

UCL

Université
catholique
de Louvain

Faculté de Médecine

Travail de fin d'étude de Médecine générale

La liste des problèmes de santé des patients âgés, mise à jour par l'outil Geristeps, forme-t-elle le point de départ d'une décision médicale partagée orientée sur les objectifs de soins du patient ?

Étude qualitative

TFE réalisé par
Abdelmoumen Tadlaoui

Promoteur
Prof. Jean-Marie Degryse MD, PhD

Année académique 2020-2021
Master de spécialisation en médecine générale

Remerciements,

J'adresse mes remerciements les plus sincères à toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de mon travail de fin d'étude.

Je tiens particulièrement à exprimer ma reconnaissance à mon promoteur, le professeur Jean-Marie Degryse pour la confiance qu'il m'a accordée, ainsi que pour sa disponibilité tout au long de ce travail.

Enfin, je remercie tous mes proches, ma famille, mes amis ainsi que mon co-assistant le Dr. Arman Choudhry pour leurs encouragements et leur soutien inconditionnel, sans lesquels l'aboutissement de ce travail aurait été compromis.

Ainsi, à tous ces intervenants, je présente mes remerciements, mon respect et ma plus grande gratitude.

Table des matières

1. Abréviations.....	3
2. Abstract.....	4
2.1 Background.....	4
2.2 Objectifs	4
2.3 Méthode.....	4
2.4 Résultats.....	4
3. Abstract : English version	5
3.1 Background.....	5
3.2 Objectives.....	6
3.3 Method.....	6
3.4 Results.....	6
4. Introduction	7
4.1 Vieillesse de la population en Belgique.....	7
4.2 Défi des morbidités multiples.....	7
4.3 Goal-oriented care & shared-decision making.....	8
4.3.1 Goal-oriented care	8
4.4 Évaluation gériatrique standardisée	9
4.4.1 Outil GERISTEPS : Programme structuré pour les besoins de soins des personnes âgées de plus de 75 ans.....	9
4.5 Question de recherche	10
5. Matériel et méthode :.....	10
5.1 Type d'étude.....	10
5.2 Participants et recrutements	11
5.3 Collecte des données	11
5.4 Analyse des données.....	12
5.5 Recherche de littérature	12
5.6 Précautions éthiques.....	13
6. Résultats.....	13
6.1 Participants.....	13
6.2 Résultats de l'EGS	16
6.2.1 L'audition :	16
6.2.2 Cognition.....	16

6.2.3 Dépression	16
6.2.4 Vaccination	17
6.2.5 Sommeil	17
6.2.6 Autonomie	17
6.2.7 Chutes	17
6.2.8 Nutrition.....	17
6.2.9 Ostéoporose.....	18
6.2.10 Sarcopénie	18
6.2.11 Médication	18
6.2.12 Incontinence	19
6.2.13 Psychosocial	19
6.2.14 Planification anticipée des soins.....	19
6.3 Objectifs de soins prioritaires	20
6.3.1 Autonomie, indépendance fonctionnelle et mobilité	20
6.3.2 Usage minimal des soins.....	21
6.4 Décision médicale partagée.....	23
6.5 Satisfaction des patients	25
7. Discussion	26
7.1 Résumé des résultats	26
7.2 Confrontation à la littérature	26
7.2.1 Résultats de l'EGS	26
7.2.2 Soins orientés vers les objectifs.....	28
7.2.3 Décision médicale partagée.....	29
7.2.4 Satisfaction des patients de l'évaluation gériatrique	30
7.3 Points forts et limitation de l'étude	30
7.3.1 Les forces	30
7.3.2 Les limites	31
7.4 Perspectives.....	31
8. Conclusion.....	33
9. Bibliographie.....	34
10. Annexes	37
10.1 Annexe 1 : Entretien Patient#1	37
10.2 Annexe 2 : Entretien Patient#2	40
10.3 Annexe 3 : Entretien Patient#3	45
10.4 Annexe 4 : Entretien Patient#4	51
10.5 Annexe 5 : Entretien Patient#5	54
10.6 Annexe 6 : Entretien Patient#6	61
10.7 Annexe 7 : Formulaire de consentement éclairé.....	67

1. Abréviations

EGS : évaluation gériatrique standardisée

CGA : comprehensive geriatric assessment

AVC : accident vasculaire cérébrale

2. ABSTRACT

2.1 Background

Un défi majeur auquel nous sommes confrontés en occident est celui du vieillissement de la population, ceci a des répercussions directes sur notre système de santé et sur la façon dont nous prenons en charge ces patients, en effet, un patient âgé est plus susceptible de faire face à des maladies chroniques et aux complications de ces dernières. C'est pour cela qu'il est essentiel d'utiliser des outils d'évaluation gériatrique comme l'EGS afin de déceler les différentes problématiques de santé affectant ces patients.

Une approche de type «goal-oriented care », centrée sur les objectifs, est indispensable pour fixer des objectifs de soins et établir en partenariat avec son médecin, un plan de soins personnalisé axé sur les priorités du patient gériatrique. Nous faisons référence à la notion de «shared-décision making » ou « décision médicale partagée » qui est notamment axée sur les objectifs de soins prioritaires du patient.

2.2 Objectifs

Les deux questions qui sont au cœur de ce travail sont:

1. Est-ce que les données issues d'une EGS, par l'outil Geristeps, permettent d'enrichir la liste de besoins non satisfaits du patient ?
2. Est-ce que cette liste forme-t-elle le point de départ d'une décision médicale partagée orientée sur les objectifs patients ?

2.3 Méthode

Une étude qualitative par entretien individuel semi-dirigé a été menée auprès de six patients âgés de plus de 70 ans. La méthode QUAGOL nous a servi de guide pour analyser les données.

2.4 Résultats

L'évaluation gériatrique, par l'outil Geristeps, a été conduite chez neuf patients dont cinq femmes et quatre hommes. La moyenne d'âge étant de 77+-3. La durée moyenne de l'évaluation a été de 43 minutes avec comme minimum et maximum 31 et 57 minutes.

Pour chaque patient, l'outil Geristeps a révélé trois problèmes de santé en moyenne. Les plus fréquents sont :

- la vaccination antipneumococcique (89%)
- le mésusage de médicaments (67%)
- les troubles du sommeil (56%).

Seuls six patients sur neuf ont participé à la deuxième entrevue. La durée moyenne de cette consultation était de 23 minutes avec comme limites 8 et 32 minutes. Les objectifs de soins prioritaires étaient essentiellement :

- le maintien de l'autonomie
- la préservation de l'indépendance fonctionnelle et de la mobilité
- la limitation du recours aux soins et aux médicaments.

Finalement, tous les patients ont trouvé cette expérience intéressante et satisfaisante. L'évaluation gériatrique par l'outil Geristeps a attisé la curiosité de certains patients sans pour autant être perçue comme intrusive.

3. ABSTRACT : ENGLISH VERSION

3.1 Background

A major challenge we face in the West is the ageing of the population, which has a direct impact on our health care system and the way we care for these patients, as an older patient is more likely to face chronic diseases and complications. Therefore, it is essential to use geriatric assessment tools such as the CGA to identify the different health issues affecting these patients.

A goal-oriented care approach is essential to set goals of care and to establish a personalised care plan in partnership with the physician, based on the geriatric patients' priorities. We refer to the concept of "shared-decision making" which focuses on the patient's priority care goals.

3.2 Objectives

The objective of this work is twofold:

- 1) Can the data from a comprehensive geriatric assessment, using the Geristeps tool, be used to enrich the list of unmet patient needs?
- 2) Does this list form the starting point for a shared medical decision based on patient objectives?

3.3 Method

A qualitative study by individual semi-directed interview was conducted with six patients aged over 70 years. The QUAGOL method was used as a guide to analyse the data.

3.4 Results

The geriatric assessment, using the Geristeps tool, was conducted in nine patients, five of whom were women and four men. The average age was 77+-3. The average duration of the assessment was 43 minutes with a minimum and maximum of 31 and 57 minutes.

For each patient, the Geristeps tool revealed three health problems on average. The most frequent ones were

- pneumococcal vaccination (89%)
- medication misuse (67%)
- sleep disorders (56%).

Only six out of nine patients participated in the second interview. The average duration of this consultation was 23 minutes with limits of 8 and 32 minutes. The priority care objectives were essentially

- maintenance of autonomy
- preservation of functional independence and mobility
- limiting the use of care and medication.

In the end, all patients found this experience interesting and satisfying. The geriatric assessment using the Geristeps tool aroused the curiosity of some patients without being perceived as intrusive.

4. Introduction

4.1 Vieillesse de la population en Belgique

La Belgique, par conséquent au baby-boom, voit au sein de sa population une augmentation de la proportion des personnes âgées de plus de 65 ans. Ce groupe représentait 17 % en 2010 et se verra augmenté à 21 % en 2025 et 26 % en 2050⁽¹⁾. À ce jour, la proportion de femmes est plus importante pour cette partie de la population⁽²⁾. Cette tendance se retrouve également à l'échelle européenne. En effet, en 2019, 20,3 % de la population était âgé de plus de 65 ans avec une augmentation de 2,9 % par rapport à il y a dix ans⁽³⁾.

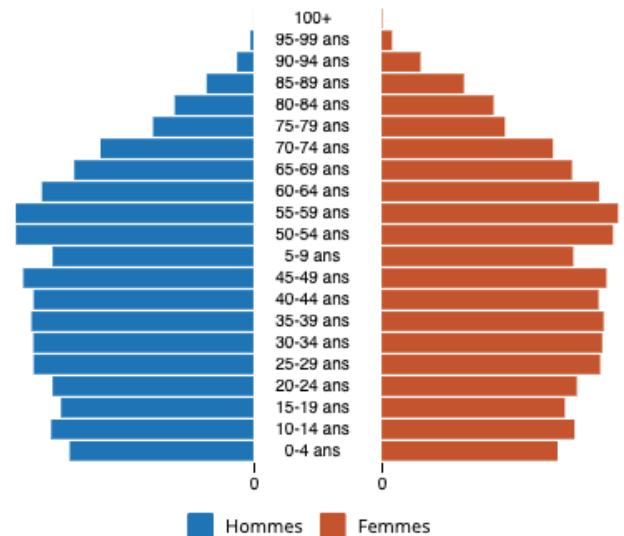
Les ressources, allouées aux structures de soins, seront fortement impactées par ce phénomène de vieillissement de la population dans les années à venir. Il faudrait donc envisager une expansion importante du nombre de lits dans les maisons de repos et de soins pour faire face à une telle demande⁽¹⁾. D'un autre côté, nous retrouverons, bien évidemment, une demande croissante de soins à domicile.

4.2 Défi des morbidités multiples

D'un point de vue médical, l'avancée dans l'âge est caractérisée par une prévalence plus importante de maladies chroniques et de comorbidités. Ceci entraîne une mauvaise qualité de vie, une polymédication, une perte d'autonomie et une mortalité accrue ; le tout justifie un recours plus important aux soins de santé⁽⁴⁾.

La démarche clinique médicale se base sur le suivi de guide de pratiques cliniques qui définissent les normes de soins et permettent d'améliorer la qualité de prise en charge médicale.⁽⁵⁾ Néanmoins, l'application des recommandations pour chacune des maladies chroniques du patient âgé peut lui entraîner des effets néfastes : en suivant toutes les recommandations, le patient pourrait se retrouver à devoir prendre une dizaine de médicaments avec leurs effets indésirables potentiels⁽⁶⁾.

Pyramide des âges de Belgique, régions et provinces



STATBEL

4.3 Goal-oriented care & shared-decision making

4.3.1 Goal-oriented care

Selon l'étude de David B. et al, l'élaboration de soins centrés sur le patient prend de plus en plus de place dans notre système de soins de santé. De façon parallèle, il y a un plus grand intérêt à faire participer le patient dans l'élaboration d'objectifs personnels de soins. Cette approche permet donc : la participation du patient, l'établissement d'objectifs personnels, la collaboration avec le prestataire dans la planification des soins et la mesure de leur succès. Les objectifs de soins peuvent être spécifiques ou globaux en regroupant plusieurs maladies. La durée de ces objectifs peut être variable. Ils peuvent également être objectifs, et donc observables, ou subjectifs, liés à un état de confort et de bien-être. L'anagramme SMART peut être utilisée lors de l'établissement des objectifs. Ils doivent être spécifiques, mesurables, atteignables, pertinents et avec une durée précise. Une fois les objectifs fixés, un entretien est mené avec le patient pour définir un ordre de priorité et les mesures à mettre en place pour les atteindre⁽⁷⁾.

Pour le patient avec de multiples comorbidités, nous comprenons qu'une approche centrée sur les pathologies ou « disease-oriented care » est inappropriée. Une autre approche consisterait à se concentrer sur les objectifs de santé individuels du patient tels que l'état fonctionnel physique, les fonctions sociales, les symptômes, etc. Les avantages de ce « goal-oriented care » sont principalement : l'incitation du patient à définir ses priorités en termes de santé et l'établissement d'un plan de soins personnalisé axé sur les objectifs du patient⁽⁸⁾⁽⁷⁾. Ce « goal-oriented care » est donc une approche centrée sur les objectifs du patient. Dès lors, le médecin ne prend plus les décisions seul, mais de façon partagée avec le patient : on parle de « shared decision-making ». Selon Chi et al., cette approche permet donc un processus d'échange d'informations, de création de consensus communs et d'accords sur le choix thérapeutique. Ce processus est dynamique et implique une participation du médecin et du patient qui est, selon cette étude, dépendante du nombre de morbidités du patient : la préférence pour une participation active aux décisions diminue avec un nombre croissant de maladies chroniques chez la personne âgée. D'autres facteurs y sont également associés tels que la passivité du patient dans la prise de décision en terme de santé est associé à : l'âge avancé, le faible niveau d'éducation et une mobilité limitée⁽⁹⁾. Dans une autre étude, la prise

de décision partagée est associée à de meilleurs résultats en termes de santé et plus grande satisfaction des patients⁽¹⁰⁾.

4.4 Évaluation gériatrique standardisée

L'état de santé de la personne âgée est caractérisé par la multi-morbidité et d'autres problèmes de santé non-spécifiques aux maladies tels que la fragilité, la polymédication, les fonctions physiques, cognitives et la perte d'autonomie⁽¹¹⁾. Le modèle de la médecine axé sur la maladie ne convient donc pas à ces patients, car ne tient pas compte de leur complexité⁽¹²⁾. Ainsi, chez cette population, nous aurons recours à l'évaluation gériatrique standardisée qui est un processus de diagnostic pluridimensionnel et pluridisciplinaire axé sur l'évaluation des capacités médicales, psychologiques et fonctionnelles d'une personne âgée afin d'élaborer un plan coordonné et intégré de traitement et de suivi à long terme des besoins de la personne⁽¹³⁾. Les besoins de soins non satisfaits les plus courants semblent être la baisse de l'acuité auditive, l'incontinence urinaire, les problèmes de mobilité, les problèmes cognitifs, l'anxiété et les plaintes dépressives⁽¹⁴⁾.

Le médecin généraliste est le mieux placé pour effectuer cette approche de par la multiplicité des contacts qu'il a avec son patient ainsi que la relation unique qu'il possède avec lui⁽¹⁵⁾.

De nombreuses études ont montré que l'usage de cette EGS était associé à une réduction de la mortalité dans le milieu hospitalier et en pratique de médecine générale⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾. Néanmoins, il faut encore définir les groupes pour qui l'EGS apporterait une réelle amélioration de la qualité de vie et de la capacité fonctionnelle.

4.4.1 Outil GERISTEPS : Programme structuré pour les besoins de soins des personnes âgées de plus de 75 ans

L'outil Geristeps est un instrument informatisé d'évaluation gériatrique standardisée disponible sur Internet et qui a été spécifiquement développé pour être utilisé en première ligne. Il permet de parcourir quatorze besoins de soins avec des tests de dépistages, des diagnostics et propose des options thérapeutiques. Dans l'ordre, nous retrouvons : l'audition, la cognition, la dépression, la vaccination, le sommeil, l'autonomie, la nutrition, l'ostéoporose, la sarcopénie et mobilité, la médication, l'incontinence, l'aspect psychosocial et les plans anticipés de soins⁽¹⁵⁾.

Il permet une approche du patient en trois étapes : premièrement, un test de dépistage est réalisé pour chaque point ; deuxièmement, un diagnostic est établi pour les situations problématiques moyennant qu'une intervention soit faisable et efficace ; en troisième lieu, un plan de soin est réalisé pour traiter ces problèmes⁽¹⁴⁾.

Les finalités de cet outil sont quant à elles : familiariser les médecins généralistes avec les principes de l'EGS, établir un dossier préventif de la personne âgée, intégrer cet outil dans le travail journalier du médecin généraliste sans être chronophage.

Il a été démontré qu'une personne âgée de plus de 75 ans a, en moyenne, onze contacts par an avec son médecin traitant⁽¹⁹⁾. En pratique, une EGS par Geristeps dure en moyenne 40 à 50 minutes si elle est réalisée en un temps. Il est également possible de répartir cette évaluation en différentes consultations en y rajoutant quelques minutes⁽¹⁵⁾. Dans l'étude réalisée par A.Deckers et al, cet outil permet de mettre en évidence, en moyenne, 2 - 3 problèmes nouvellement détectés. Les trois plus fréquents sont : la vaccination, et plus précisément celle du tétanos et du pneumocoque ; la planification précoce des soins et la médication dont l'abus de benzodiazépines⁽¹⁵⁾.

4.5 Question de recherche

En tenant compte de ce qui précède, notre étude vise à évaluer si les données d'une EGS réalisée par l'outil Geristeps permettent d'enrichir la liste des problèmes de santé des patients âgés. Dans un second temps, on vise à déterminer si cette liste forme le point de départ pour une décision médicale partagée orientée sur les objectifs de santé du patient.

5. Matériel et méthode :

5.1 Type d'étude

Nous avons opté pour une étude qualitative par entretien individuel semi-dirigé. En effet, cette méthode nous semble être la plus adaptée pour pouvoir étudier la problématique de la décision médicale partagée et les soins orientés vers les objectifs.

5.2 Participants et recrutements

Des patients de la maison médicale (Maison Médicale Marie-Christine), où j'effectue mon stage actuellement, ont été invités à participer à notre enquête.

Les critères d'inclusions sont :

- Avoir 70 ans et plus
- Parler couramment le français
- Ne pas être institutionnalisé
- Ne pas avoir de troubles cognitifs

Trente-deux patients répondaient à l'ensemble de ces critères et ont été contactés par téléphone pour participer à l'étude.

Évidemment, toutes les données ont été traitées avec respect pour la vie privée du patient et ont été stockées uniquement dans son dossier médical.

Par ailleurs, aucune rémunération n'a été proposée pour la participation à l'étude.

5.3 Collecte des données

Dans un premier temps, nous avons vérifié et mis à jour le dossier de chaque patient : antécédents, éléments de soins actifs et médication active. Ensuite, lors d'une première consultation, nous avons réalisé une évaluation gériatrique standardisée pour chaque patient avec l'outil Geristeps à la recherche de nouveaux problèmes non identifiés. Pour finir, nous avons organisé une consultation spéciale à travers laquelle nous leur avons présenté les différents problèmes de santé relevés ainsi que les actions possibles.

Nous avons entamé ensuite les entretiens individuels semi-dirigés, d'environ 30 minutes en moyenne, pour évaluer leurs priorités en termes d'objectifs de soins. Les questions posées aux patients étaient ouvertes et adaptatives aux réponses des patients. Elles étaient globalement au nombre de quatre :

- 1) Les problèmes de santé objectivés étaient-ils connus ?
- 2) Souhaitez-vous que l'ensemble des problèmes de santé soient pris en charge ? Si non, quels sont vos priorités en termes de soins ?
- 3) De manière générale, suivez-vous les recommandations du médecin ou faites-vous intervenir votre avis ?
- 4) Quel est votre avis sur cette expérience réalisée ensemble ?

Tous les entretiens ont été menés en français et ont fait l'objet d'un enregistrement audio. Ensuite, ils ont été retranscrits intégralement afin de procéder à une analyse qualitative des données par une approche itérative.

5.4 Analyse des données

Afin que notre étude soit la plus fiable possible, nous avons veillé à suivre la liste de contrôle en 32 points du COREQ (Consolidated criteria for reporting qualitative research) (20). Selon l'étude de Allison Tong et al., cette liste peut aider à mettre en lumière les aspects importants de l'équipe de recherche, des méthodes d'étude, du contexte de l'étude, des résultats, de l'analyse et des interprétations.

Nous avons également suivi le « Guide d'analyse des données qualitatives de Louvain (QUAGOL)» (21). Il permet de guider l'analyse des données qualitative par un processus itératif d'approfondissement, de façon dynamique entre les différentes étapes du processus.

La méthode QUAGOL comporte deux étapes. La première étape a consisté en la relecture des différents entretiens retranscrits afin de comprendre au mieux leur contenu. Dans la deuxième étape, à l'aide du programme NVIVO 12, nous avons réalisé le codage des concepts collectifs ; à ceux-ci, nous y avons associé l'ensemble des phrases-clés des différents entretiens.

5.5 Recherche de littérature

Tout d'abord, nous avons effectué une recherche dans la littérature scientifique francophone dans le *Cismef*, la *HAS* et le *KCE* en utilisant les mots-clés suivants : évaluation gériatrique standardisée ; décision médicale partagée.

À cela, nous avons complété nos recherches avec d'autres sources telles que *Pubmed*, *Cochrane*, *Google Scholar* et *Sciencedirecte*. Les mots clés utilisés ont été: Goal-oriented Care, Shared decision-making, Comprehensive geriatrics assessment, Withholding Treatment, Patient's Preference, Autonomy. Nous avons également filtré les recherches à la pratique de la médecine générale par l'ajout des termes suivants : General practitioner, Family medicine, primary care.

La littérature grise a également été parcourue afin d'être le plus exhaustif possible.

5.6 Précautions éthiques

Pour cette étude, l'approbation a été obtenue auprès du comité d'éthique Hospitalo-Facultaire de l'université catholique de Louvain (2021/13JUL/316). Tous les patients ont reçu un protocole d'information et ont été invités à donner leur consentement éclairé par écrit.

6. Résultats

6.1 Participants

Au total, trente-deux patients ont été contactés par appel téléphonique. Seuls quinze patients ont répondu à l'appel. Parmi eux, cinq patients ne pouvaient participer à l'étude : trois portaient en vacances et deux n'étaient tout simplement pas intéressés d'y participer.

Dix patients ont donc accepté de participer à l'étude. Néanmoins, une patiente ne s'est pas présentée à la première étape d'évaluation gériatrique et trois ont été perdus de vue avant la deuxième partie de l'étude, à savoir la présentation des résultats et la discussion sur les objectifs.

Au total, six patients ont participé à l'étude au complet. La population finale étudiée présente un ratio hommes/femmes de 1 : 1 et un âge moyen de 77 ans +/- 3.

L'évaluation gériatrique par l'outil Geristeps durait entre 31 et 57 minutes, avec une durée moyenne de 44 minutes ; la deuxième consultation durait, quant à elle, 23 minutes en moyenne avec comme limites 8 et 32 minutes.

Figure 1 – Flowchart du processus de recrutement

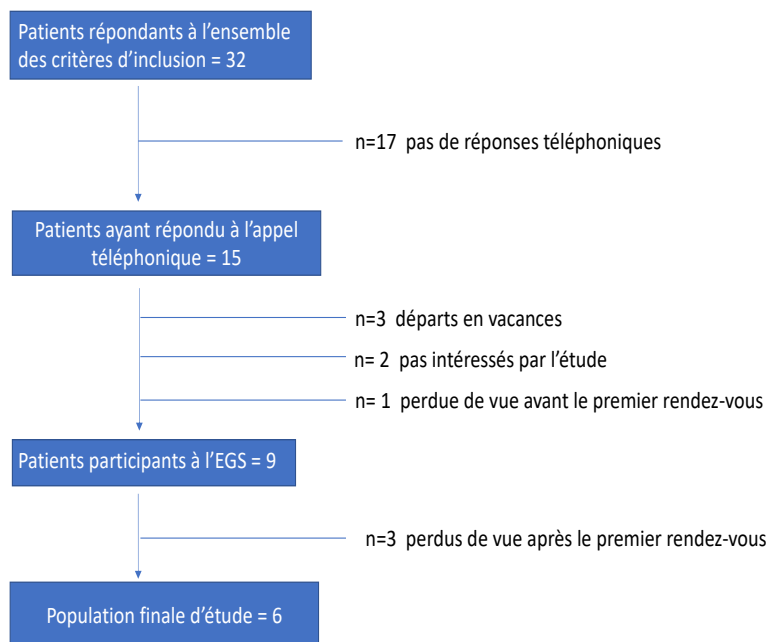


Figure 2 - Tableau des caractéristiques des patients

Voir tableau ci-dessous

Patient	Sexe	Age	Antécédents	Médicaments	EGS
Patiente#1	Femme	78	-HTA -FA -Tassement -Gastrite -Anxio-dépression	-Coveram -Pantomed -Sipralexa	-Audition -Dépression -Incontinence
Patiente#2	Femme	77	-HTA -Hypercholestérolémie -AVC -Gastrite	-Coversyl -Lixiana -Lipitor	-Audition -Sommeil -Médicaments -Incontinence
Patiente#3	Femme	78	-Arthrose -Hypercholestérolémie	-Atorvastatin	-Sommeil -Médication -Incontinence -Psychosocial
Patient#4	Homme	71	-HTA	-Asaflow	-Sommeil -Médication
Patient#5	Homme	76	-HTA -Hypercholestérolémie -HBP	-Amlor -Lipitor	-Sommeil -Médication
Patient#6	Homme	82	-HBP -Asthme	-Tamsulosine -Combivent	-Nutrition -Ostéoporose -PAS
Patient#7	Femme	79	-HTA -FA -Tassement -Gastrite -Asthme	-Amlor -Pantomed -Ventolin	-Sommeil -Médicaments -Incontience -Psychosocial
Patient#8	Homme	77	-HTA -FA -Hypercholestérolémie	-Coversyl	-Psychosocial
Patient#9	Femme	73	-Tassement vertébrale -Anxio-dépression -Hypothyroïdie	-Indéral -Asaflow -L-Thyroxine	-Audition -Dépression -Chute -Médication -Psychosocial

6.2 Résultats de l'EGS

À l'issue de l'évaluation gériatrique par l'outil Geristeps, en moyenne, trois problèmes de santé non satisfaits ont été mis en évidence par patient, avec un minimum de 1 et un maximum de 5. Les trois problèmes les plus fréquents, et qui touchent plus de la moitié des participants, sont la vaccination antipneumococcique, les troubles du sommeil et les problèmes liés à la médication.

Ci-dessous, un descriptif des résultats par chapitre de l'évaluation gériatrique :

6.2.1 L'audition :

La baisse de l'acuité auditive touche quatre patients sur six (44 %). Paradoxalement, aucun des patients interrogés ne souhaite prendre ça en charge dans l'immédiat.

« Non pas de raison particulière, quand ça sera nécessaire, je prendrai ça en charge. Je vous ai dit, je suis quelqu'un de pragmatique et de réaliste. Une fois qu'on entend plus je mets un appareil. J'ai toujours bien protégé mon ouïe. Et peut-être, j'ai eu de la chance » - Patient#5

« Euh, non, on ne me l'a dit que l'année passée et j'ai dit : il faut d'abord que je me sente bien » - Patiente#2

6.2.2 Cognition

Aucun trouble cognitif n'a été dépisté par l'outil Geristeps. Néanmoins, une patiente se plaint d'une perte de mémoire à court terme à la suite de ses AVC mais ne souhaite la prendre en charge.

« Non, j'ai perdu de la mémoire et c'est tout » - Patient#2

6.2.3 Dépression

À peu près un cinquième des patients (22 %) ont une humeur dépressive. On constate qu'il s'agit essentiellement de femmes.

« Non, non, je vous ai dit, c'est depuis que mon mari est parti que j'ai beaucoup sur mes épaules. » - Patiente#6

« Pour la dépression, car mon mari a été longtemps malade » - Patiente#1

6.2.4 Vaccination

Tous les patients sont en ordre de vaccination pour la grippe, le tétanos. Seulement un patient est vacciné contre le pneumocoque. Ainsi le problème lié à la vaccination antipneumococcique est donc le plus fréquent et touche 89 % des patients.

6.2.5 Sommeil

Cinq des neuf patients (56 %) présentent des troubles du sommeil. Dans la majorité des cas, il s'agit d'un problème d'endormissement. Par ailleurs, deux patients se plaignent, d'une durée de sommeil trop courte.

« Oui encore maintenant, je vais dormir à 23 h et des fois à 5 h je suis réveillé. Et je ne sais plus faire de sieste. Avant, je faisais une sieste d'une heure ou une heure et demie. » - Patiente#6

6.2.6 Autonomie

Tous les patients vivent de façon autonome et indépendante.

6.2.7 Chutes

Un seul patient (11 %) présente un risque de chute majoré lors du dépistage.

6.2.8 Nutrition

Un seul patient (11 %) présente un problème de nutrition, mais n'en est pas particulièrement gêné. Néanmoins, après discussion sur les résultats, le patient envisage de faire un effort à ce niveau-là.

« En tout cas, je suis comme ça et je me conviens comme ça... Tout d'abord, tenter une expérience que je n'ai jamais vraiment tentée volontairement. De me forcer à manger plus convenablement » - Patient#3

6.2.9 Ostéoporose

Un seul patient (11 %) présente un risque majoré d'ostéoporose.

6.2.10 Sarcopénie

Aucun patient n'a de sarcopénie au dépistage

6.2.11 Médication

Le problème lié à la médication est le deuxième problème le plus fréquent. Il touche 67 % des patients et dont deux tiers sont des femmes.

Deux problèmes étaient les plus récurrents :

- 1) L'utilisation de benzodiazépines pour des troubles du sommeil ou de l'endormissement (cité par deux patients) :

« Oui, il s'agit du lorazépam. » - Patiente#6

« Oui voilà, et à partir d'un certain moment, c'est du laisser-aller et de la nonchalance. J'ai commencé à prendre un lorazépam puis 2 et je me suis arrêté à deux. Et avec 3, j'ai constaté que l'effet était plutôt délétère que positif. » - Patient#3

- 2) L'utilisation de médicaments sans indication claire et depuis longtemps :

« En faisant une prise de sang, ils ont vu que Je m'en souviens plus. Vous me posez une colle-là. » - Patiente#6

« Oh l'Asaflow, je dirai 5-6-7 ans » - Patient#3

« Non parce que je n'ai plus été consulté et je ne vois pas d'effets bizarres. » - Patient#3

« ...depuis 20 ans que je le prends. Le cardiologue continue à me le donner » - Patiente#2

6.2.12 Incontinence

Les problèmes d'incontinence touchent quatre patients sur six et il s'agit surtout d'incontinence d'urgence. On constate que seules les femmes présentent ce problème.

6.2.13 Psychosocial

Les problèmes psychosociaux, caractérisés par un isolement social et une réduction des contacts sociaux, touchent également quatre patients. L'âge est évoqué comme principale raison de ce problème.

« Non pas tellement, mais un petit peu. Et puis, faut dire aussi que quand on a un certain âge, on a tendance à se renfermer un tout petit peu.... Mais vous avez raison, les contacts sociaux sont très importants, mais qu'est-ce que vous voulez » - Patient#5

« J'avais une bonne amie, très bonne amie. Mais maintenant elle a le cancer et ça m'a choquée aussi un petit peu depuis 15 jours. » - Patiente#6

Un des patients explique que ce problème est lié à la culture du pays et à la personnalité :

« Tout à fait, les relations sociales ce n'est pas toujours évident et je pense, c'est un problème général en Belgique. Ce n'est pas un pays trop souverain pour les contacts sociaux. Ça dépend des nationalités ou des gens. » - Patient#5

6.2.14 Planification anticipée des soins

Un seul patient dit n'avoir jamais entendu parler de la planification anticipée des soins. Par ailleurs, tous les patients sont favorables à l'idée d'en parler avec leur médecin traitant.

6.3 Objectifs de soins prioritaires

6.3.1 Autonomie, indépendance fonctionnelle et mobilité

Pour tous les patients interrogés, la principale priorité est le maintien de l'autonomie et c'est ce qui doit régir tous les soins.

« Moi, je souhaite rester autonome le plus longtemps possible. » - Patient#5

« Je préfère rester autonome quitte à ne pas prendre tous les médicaments » Patient#4

« Moi, je veux rester autonome le plus longtemps possible. Moi pour l'instant avec ce que je prends ça me suffit et j'arrive à me débrouiller. » - Patiente#1

« Oui, c'est ce que je me dis, je dois essayer de faire les choses de moi-même. » - Patiente#6

Pour un des patients, cette autonomie passe par la préservation de la cognition.

« Il y a d'autres choses importantes aussi, comme l'aspect cognitif. C'est pour ça que j'essaye de lire beaucoup » - Patient#5

Avoir une bonne hygiène de vie a également été décrit comme moyen pour préserver longtemps cet objectif.

« Vous savez, on avance dans l'âge et un jour les choses deviendront plus difficiles. Mais je fais attention quand même, on était sportif. Je ne fume pas. » - Patient#4

« Je vous dis docteur, moi personnellement, je fais mon possible, je marche tous les jours, je vais nager, je me nourris le plus sainement possible. On fait attention, alors je ne sais pas faire plus. » - Patient#5

Pour deux patients, vivre de façon indépendante est ce qui donne du sens à leur vie.

« Il y a un seul objectif pour moi qui est primordial et ça, je l'ai dit à ma famille depuis longtemps. Tant que je peux être indépendant, je continue à vivre. Dès l'instant où je serai dépendant, je n'aurai plus envie de vivre. » Patient#3

« Je souhaite continuer à vivre normalement, comme je le fais maintenant. »
Patiente#2

Parmi ces patients, deux estiment que la préservation de la mobilité est un objectif important. Cet objectif de soins peut être entravé par la douleur chez le patient. Le soulagement devient, pour certains (33 %), un nouvel objectif de soins.

« Ma priorité en termes de santé c'est continuer à bouger malgré que j'aie parfois mal parce que sinon je serai complètement isolé et ça, ça ne me convient pas. » - Patiente#1

« Moi mon problème ce n'est pas avoir trop mal à mes jambes quand je marche. » - Patient#5

6.3.2 Usage minimal des soins

Pour quatre patients sur six, la prise en charge médicale de tous leurs problèmes de santé n'est pas un objectif de santé prioritaire. Ils préfèrent prendre en charge le strict nécessaire.

Trois d'entre eux disent se sentir bien comme ils sont actuellement et ne souhaitent pas changer les choses. Pour un des patients, cela lui permet d'être plus libre (voir Focus sur les médicaments).

« Moi, je ne suis pas pour courir chez le docteur à tout bout de champ » - Patient#5

« Moi pour l'instant avec ce que je prends ça me suffit et j'arrive à me débrouiller. »
- Patiente#1

« C'est vrai, il y a des choses qui peuvent arriver et c'est vrai et je m'en fou, je passe outre ce que je n'aurai pas fait il y a 2 ans. » - Patiente#6

Deux patients, quant à eux, préfèrent une prise en charge de l'ensemble de leurs problèmes de santé.

« Non, non, ça je fais d'office, c'est quand même quelque chose qu'il est civilisé de faire. » - Patient#3

« Oui, je souhaite que l'ensemble soit traité et surtout continuer comme maintenant. » - Patiente#2

La moitié des patients préconise un usage minimal de médicaments : une petite dose et ce, pour une durée limitée.

« Je prendrai les médicaments que je considère comme vraiment nécessaire. » - Patient#5

Les principales raisons évoquées sont :

a) L'appréhension des effets secondaires et l'âge du patient.

« Quand je lis la notice, je vois beaucoup d'effets secondaires » - Patient#4

« Oui, mais on a toujours quelques problèmes. Comme je vous ai dit, je fais mon possible pour préserver mes reins parce qu'une fois qu'on n'a pas de reins et de foie on peut partir. Alors je prends les médicaments, les plus légers possibles et le moins possible. Dans les médicaments il y a des bénéfiques, mais des risques aussi... Peut-être, mais je trouve que pour mon âge ce médicament est lourd. »

- Patient#5

b) La dépendance au système de soins.

En effet, un des patients perçoit l'usage des médicaments au long cours comme une entrave à sa volonté première de rester indépendant et autonome.

« Je préfère rester autonome quitte à ne pas prendre tous les médicaments. » - Patient#4

« ...et c'est assez contraignant, il faut des prises de sang, des contrôles de l'hémostase... Je me suis dit non, je ne le prends pas. » - Patient#5

- c) Le manque d'information donnée par le médecin et la manière de faire parvenir cette information.

« Je n'ai pas eu l'information comme il faut et j'ai pris le risque de ne pas le prendre. Je n'ai rien contre le médicament, j'ai dit que, dans la façon dont ça s'est passé... Et d'ailleurs, je n'étais pas très content. » - Patient#5

- d) Les difficultés financières rencontrées par le patient et le coût des médicaments.

« Pour moi, c'est beaucoup les médicaments que je dois acheter. Mon médecin je ne le paye pas, mais tous les médicaments, bon euh... » - Patiente#6

6.4 Décision médicale partagée

Pour quatre patients sur six, l'avis du médecin prime dans le processus de décision. En effet, le médecin représente, pour eux, un homme de savoir et doit occuper une place plus importante dans la prise de décision. Pour certains d'entre eux, avoir l'accord du médecin est nécessaire avant une quelconque prise de décision médicale.

À la question *« si le médecin vous demande de faire quelque chose, vous la faites d'office ou alors vous faites intervenir vos préférences et vos priorités »* les réponses furent :

« Non, je le fais d'office. » - Patiente#6

*« Oui, je suis l'avis du médecin, il est mieux placé que moi pour voir ce qui est le mieux. »
- Patient#4*

« Euh non, le médecin est quand même un homme de savoir, alors il faut suivre les recommandations. » - Patient#3

Ils lui attribuent cette place de par la confiance qu'ils ont en lui : si confiance il y a, alors les dires du médecin sont décisifs. Par ailleurs, les patients n'ont pas précisé si cette confiance est attribuée surtout à leur médecin traitant ou à tous les médecins.

« Je vais chez le médecin et si j'ai confiance en lui alors j'écoute ce qu'il dit, si je n'ai plus confiance alors je n'y vais pas. » - Patient#2

Deux patients, quant à eux, font primer leurs priorités et préférences dans la décision médicale.

« ... Mais je considère que moi pour l'instant, j'ai le droit de décider moi-même si je le prends ou pas. » - Patient#5

Néanmoins, une patiente a un avis partagé : même si l'avis de son médecin est prioritaire, elle privilégie également ce qui lui est avantageux.

« Ben non je dois voir ce qui est le plus avantageux pour moi. Si c'est plus contrôlé ça m'empêchera de faire d'autres choses dans le futur. Je dois en discuter avec mon médecin pour voir ce qui est le plus intéressant pour moi » - Patient#2

Après l'évaluation par l'outil Geristeps, cinq patients sur six étaient d'accord pour discuter avec leur médecin traitant des problèmes objectivés afin d'établir une décision médicale partagée.

« Et dans le même temps, prendre rendez-vous avec mon médecin traitant pour discuter des médicaments » - Patient#3

6.5 Satisfaction des patients

À l'issue des deux rendez-vous, tous les patients interrogés étaient satisfaits de cette expérience et ont trouvé cette approche du patient positive et intéressante.

« Je suis satisfaite de cette évaluation. » - Patient#1

« C'était une bonne expérience. » - Patiente#2

« Mon avis, c'est que c'est concluant. Il n'y a que du positif dans cette approche. Parce que vous vous intéressez sur le vécu des personnes qui ont atteint un certain âge et quels sont les points saillants qui se dégagent et propre à chacun des patients. » - Patient#3

« C'était intéressant » - Patient#4

« Je trouve ça très bien. Il faut réfléchir. Je trouve que c'est une bonne démarche. » - Patient#5

« Il y a quand même eu beaucoup de point positif quand vous m'avez posé les questions » Patient#6

Concernant l'évaluation gériatrique, personne n'en avait déjà entendu parler. Le questionnaire Geristeps a été perçu par certains comme stimulant et par d'autres comme étant curieux, mais aucun des patients ne l'a trouvé intrusif.

« Non, c'est plus avec vous que j'ai appris que j'ai un peu réfléchi le soir » - Patiente#6

« Non, c'était bien, c'était intéressant et nouveau. » - Patient#4

« Elles étaient curieuses mais probablement nécessaires à votre travail. Mais j'ai trouvé ça très intéressant. Le patient ne s'attend pas forcément à ce genre de question, mais c'est nécessaire selon moi » - Patient#3

« Non, c'est des généralités. C'est des questions sur la santé. » - Patiente#5

7. Discussion

7.1 Résumé des résultats

Après évaluation par l'outil Geristeps, il en ressort que chaque patient a en moyenne trois problèmes de santé parmi les quatorze.

Pour un grand nombre de patients, la prise en charge de ces problèmes de santé n'est pas souhaitée.

Les objectifs de soins prioritaires relevés sont le maintien de l'autonomie, l'indépendance fonctionnelle et la préservation de la mobilité, ainsi que la limitation de l'usage des médicaments.

Concernant la décision médicale partagée, on note que l'avis du médecin prend une place importante. Cette place est permise par la confiance qui lui est accordée. Les préférences du patient sont également évoquées comme prioritaires par certains.

Pour finir, cette expérience a eu un succès auprès des patients. Ils ont trouvé cela intéressant et positif. L'évaluation gériatrique a été une découverte pour eux et a été perçue comme étant convenable.

7.2 Confrontation à la littérature

7.2.1 Résultats de l'EGS

Le premier objectif de notre travail est d'évaluer si l'outil Geristeps met en lumière des besoins de soins non satisfaits chez nos patients. Ceci a été motivé par le fait qu'en consultation de médecine générale, un certain nombre de problèmes peut être négligé. De plus, l'évaluation gériatrique standardisée prend en compte la complexité du sujet âgé et réduit la mortalité⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾.

Nous avons mis en évidence en moyenne trois problèmes par patient. Les plus fréquents sont : la vaccination contre le pneumocoque, le mésusage des médicaments et les troubles du sommeil. Ces résultats concordent avec l'étude de A.Deckers et al, où la moyenne des problèmes était également au nombre de 2 - 3 avec une fréquence accrue des problèmes lié à la médication et à la vaccination contre le pneumocoque⁽¹⁵⁾. Par contre dans l'étude de

Lucchetti et Granero, qui ont évalué 170 patients âgés de plus de 60 ans, leur évaluation gériatrique met en évidence en moyenne six problèmes de santé méconnus. Le double donc par rapport à nos résultats. En comparaison à nos résultats, ils mentionnent des problèmes de sédentarité, de troubles cognitifs et des risques de chutes qui ne figure pas chez nous⁽²²⁾. Néanmoins, vu l'âge des patients, ces résultats ne sont pas superposables aux nôtres.

La vaccination, et en particulier la vaccination antipneumococcique, est le problème le plus fréquent. En effet, 89 % de nos patients n'ont jamais reçu le vaccin contre le pneumocoque. Dans l'étude de A.Deckers et al., la vaccination antipneumococcique apparaît également comme étant un problème fréquent, mais, chez eux, c'est le vaccin contre le tétanos qui est le plus souvent négligé⁽¹⁵⁾. Dans l'étude de Lucchetti et Granero, le vaccin antipneumococcique est également le problème le plus fréquent. Néanmoins, pour les auteurs, ces résultats ne reflètent pas la réalité étant donné que les recommandations vaccinales sont différentes au Brésil. Pour rappel, ce germe est redoutable et en particulier dans cette catégorie d'âge. D'après le KCE, ce germe a causé chez nous environ 5 800 hospitalisations et 430 décès en 2015⁽²³⁾. De plus, la couverture vaccinale antipneumococcique en Belgique n'est pas suffisante et représentait, en 2013, 10% des sujets de 65 à 84 ans.

Le mésusage des médicaments est donc le deuxième problème le plus fréquent chez nos patients (67 %). Il représente un problème de santé publique majeur qui, selon Gallagher et al., touche jusqu'à 40 % des personnes âgées⁽²⁴⁾. Nous avons constaté dans notre étude que le problème concerne principalement l'usage de benzodiazépines. Dans l'étude de A.Deckers et al., où 115 patients ont été évalués, des résultats similaires sont observés. Les auteurs citent également d'autres problèmes liés à la médication, mais qui ne ressortent pas dans notre étude⁽¹⁵⁾. Une étude du KCE met également en lumière une consommation élevée d'antidépresseurs et de calmants chez les résidents en maison de repos.⁽²⁵⁾

Les troubles du sommeil représentent également un problème majeur chez le sujet âgé. Selon Gulia et Kumar, qui étudient les troubles du sommeil du sujet âgé, la prévalence de l'insomnie est plus élevée dans cette catégorie de patients⁽²⁵⁾. Ceci corrèle bien avec nos résultats où les troubles du sommeil concernent 56 % des patients. À l'image de nos résultats, dans l'étude de Lucchetti et Granero, 52,9 % des patients sont concernés par ce problème⁽²²⁾.

7.2.2 Soins orientés vers les objectifs

Le deuxième objectif de notre étude a été d'évaluer les préférences des patients en termes de soins et leurs objectifs prioritaires.

Dans notre étude, les principaux objectifs de soins mis en évidence sont le maintien de l'autonomie, la préservation de l'indépendance fonctionnelle et la mobilité ainsi que la limitation du recours aux soins et aux médicaments.

Autonomie, indépendance fonctionnelle et mobilité

Pour rappel, l'autonomie se définit comme étant « *la capacité des patients à réaliser les activités de base de la vie quotidienne et à entreprendre individuellement des tâches qu'une majorité statistique de personnes accomplit normalement* »⁽²⁶⁾.

Le maintien de l'autonomie est ressorti comme étant un objectif de soins important chez tous nos patients. On comprend alors aisément pourquoi certains patients ne souhaitent prendre en charge que le strict minimum. Comme déjà cité, pour un des patients, être attaché au système de soins est vécu comme une forme de dépendance et l'éloigne de son objectif de soins prioritaire. Nos résultats sont confortés par l'étude de Kuluski et al., qui a étudié les objectifs de soins de 28 patients âgés, où le maintien de l'indépendance fonctionnelle est également ressorti comme prioritaire. Les études de Bogardus et al., ainsi que de Fried et al., corroborent également nos résultats ⁽²⁷⁾⁽²⁸⁾.

La préservation de la mobilité va de pair avec l'indépendance fonctionnelle. Pour certains patients, la satisfaction de cet objectif passe par la prise en charge de la douleur qui devient un objectif de soins intermédiaire mais nécessaire. Dans l'étude de Fried et al., on note que le soulagement de la douleur est un objectif prioritaire pour 7 % des patients et est un objectif secondaire, voire tertiaire, pour un grand pourcentage de patients⁽²⁸⁾.

Limitation du recours aux soins et au médicaments

Comme nous avons pu le constater, la prise en charge de tous les problèmes de santé n'est pas souhaitée par tous nos patients. Les personnes âgées ont souvent des pathologies multiples et traiter chaque problème de santé contraint la vie du patient au vu du nombre de médicaments à prendre et de recommandations à suivre⁽⁴⁾. De plus, selon Yap et al., l'adhésion thérapeutique est un processus complexe chez ce groupe de patients et dépend de cinq

grands facteurs liés aux patients, aux médicaments, aux médecins, au système et d'autres facteurs affectant la mauvaise observance des médicaments chez les personnes âgées⁽²⁹⁾.

À travers notre étude, un certain nombre de facteurs, cités par les patients, expliquent la non-adhésion thérapeutique. Nous retrouvons le manque d'information reçu par le patient ; la relation médecin-patient ; la peur des effets indésirables et les facteurs socio-économiques du patient. Dans l'étude de Holt et al., qui étudie les obstacles à l'adhérence thérapeutique cardiovasculaire du sujet âgé, nous retrouvons que la relation positive avec le prestataire de soins induit une meilleure observance⁽³⁰⁾. Une autre étude décrit également l'adhésion thérapeutique comme un processus complexe et cite, entre autres, les effets indésirables et les facteurs liés aux patients (socio-économique, psychologiques,...) comme causes de non-observance⁽³¹⁾.

Ainsi, nous comprenons que la limitation du recours aux soins et aux médicaments est multifactorielle : d'un côté, elle est expliquée par la volonté de vivre de façon autonome et indépendante ; d'un autre côté, nous allons retrouver toute une série de freins liés aux patients, aux médecins et aux médicaments qui expliquent ce phénomène.

7.2.3 Décision médicale partagée

Dans notre étude, nous avons abordé la question de la décision médicale partagée. Nous avons cherché à savoir quelle place le patient se réserve dans ce processus de prise de décision. Par la même occasion, nous avons étudié la représentation qu'ont les patients de leur médecin.

Pour rappel, la décision médicale partagée est un processus d'échange d'informations et de création de consensus sur le choix thérapeutique entre le patient et son médecin⁽⁹⁾.

Nous observons à travers nos résultats que le médecin a une place importante voire, privilégiée dans la décision médicale. La plupart de nos patients suivent de façon scrupuleuse les recommandations médicales sans faire intervenir leur propre avis. Seule une minorité de nos patients considère que leur propre avis est prioritaire. Le médecin, en tant qu'homme de savoir, dispose, aux yeux des patients, d'une légitimité pour prendre seul les décisions médicales. Honavar décrit la relation médecin-patient comme étant une « *interaction psychosociale complexe ou s'entremêle vulnérabilité, confiance et autorité au sein d'un cadre*

professionnel »⁽³²⁾. Il est admis dans la littérature que cette relation est asymétrique : le patient est vulnérable en confiant sa santé au médecin, ainsi la balance du pouvoir n'est plus en sa faveur ⁽³³⁾⁽³⁴⁾. De plus, les personnes âgées, de par la complexité de leur santé, peuvent s'en remettre plus facilement aux médecins ce qui peut renforcer cette relation asymétrique⁽³⁵⁾. Ainsi, la décision médicale partagée axée sur les objectifs permet de redonner une place au sujet âgé dans le processus de prise de décision. Pour ce faire, le médecin doit inciter le patient à y participer. L'étude de Couët et al., montre que très peu de prestataires de soins facilitent la participation des patients à cette décision médicale partagée⁽³⁶⁾.

7.2.4 Satisfaction des patients de l'évaluation gériatrique

Comme dit plus haut, les patients ont trouvé cette expérience positive et intéressante. Aucun patient n'avait entendu parler de l'évaluation gériatrique auparavant et elle a été perçue comme stimulante.

Une observation similaire est retrouvée dans l'étude menée par Renoux et al., qui évalue la satisfaction de 133 patients après une évaluation gériatrique en soins primaires. En effet, une grande partie de leurs patients (72 %) était satisfait de cette évaluation⁽³⁷⁾.

7.3 Points forts et limitation de l'étude

7.3.1 Les forces

La principale force de notre travail a été d'étudier les préférences du patient âgé en termes d'objectifs de soins. Cette étude nous a également permis d'évaluer la représentation, qu'à le patient, de la décision médicale partagée et de sa place dans ce processus. Il s'agit, à notre connaissance, de la première étude qualitative Belge qui étudie le point de vue des patients à ce sujet.

Deuxièmement, nous avons ciblé au mieux notre échantillonnage au sein de la maison médicale où j'effectue mon stage à Bruxelles.

Finalement, nous avons également effectué une analyse rigoureuse des différents entretiens en respectant au mieux la méthodologie QUAGOL. Cela nous a permis de cerner au mieux les récits des patients avant de procéder à leur analyse par l'outil NVIVO.

7.3.2 Les limites

Il est important de noter que notre étude présente certaines limites.

Premièrement, l'âge de 70 ans ne représente pas réellement la population gériatrique. En effet, l'âge admis en gériatrie est de 75 ans. Le choix de sélectionner l'âge de 70 ans nous a permis de contacter suffisamment de patients. Malgré cela, notre population finale, constituée de six patients, n'est probablement pas suffisante pour extrapoler les résultats à l'ensemble de la population gériatrique belge. Le climat actuel de pandémie peut également expliquer le manque d'inclusion des participants. Compte tenu du manque de patients, nous n'avons probablement pas atteint la saturation des données.

Deuxièmement, nous nous sommes focalisés principalement sur la vision des patients au sujet de la décision médicale partagée. Il serait intéressant de prendre en compte le point de vue des médecins pour avoir une vue globale sur le sujet. Également, il aurait été plus aisé de disposer d'un guide d'entretien pour orienter au mieux la discussion sur les objectifs. En effet, les réponses des patients étaient par moments hors-sujet.

Troisièmement, parmi les neuf sujets ayant bénéficié de l'évaluation par l'outil Geristeps, peu de nouveaux problèmes ont été dépistés. Les patients connaissaient la plupart des problèmes objectivés.

Finalement, vu l'étendue de la thématique, nous avons dû limiter notre recherche de littérature qui est donc probablement non exhaustive.

7.4 Perspectives

Cette thématique est vaste et donne un grand champ de possibilités d'études. De façon non-exhaustive voici quelques suggestions de travaux et de pistes à découvrir :

Tout d'abord, il serait judicieux de réaliser cette étude sur une population plus grande et plus variée telle que des patients en incapacité fonctionnelle ou résidant en maison de repos. Pour être complet, il serait également intéressant d'étudier les objectifs de soins prioritaires des patients âgés déments par le biais de leurs aidants proches. Ainsi, cela donnerait un meilleur aperçu des préférences de soins des patients âgés en Belgique.

Nous pouvons évaluer si l'approche par l'outil Geristeps a un impact sur la qualité de vie ainsi que sur le risque de déclin fonctionnel et d'hospitalisation des patients.

Il serait également intéressant d'étudier quantitativement l'application, par les médecins généralistes belges, de la décision médicale partagée centrée sur les objectifs du patient.

Le degré de satisfaction des médecins généralistes à l'issue de ces consultations peut également faire l'objet d'un questionnaire.

8. Conclusion

Ce travail m'a permis, par l'usage de l'outil Geristeps, de mettre en évidence certains besoins non satisfaits fréquents chez le sujet âgé et de discuter avec eux de leurs objectifs de soins prioritaires. Les problèmes les plus fréquents ont été la vaccination contre le pneumocoque, le mésusage de médicaments et les troubles du sommeil. Par ailleurs, pour la grande majorité des patients, les problèmes étaient connus.

Dans une dynamique de « goal-oriented care », nous avons cherché à comprendre quelles étaient les objectifs de soins prioritaires des patients. Les priorités principales pour les patients étaient le maintien de l'autonomie, la préservation de l'indépendance fonctionnelle et de la mobilité ainsi que la limitation du recours aux soins et aux médicaments.

À partir de ces objectifs, nous nous sommes intéressés au processus de décision médicale partagée ainsi que la place que s'accorde le patient dans cette démarche. Il en est ressorti, pour certains, que l'avis du médecin y occupe une place importante au vu du savoir qu'il incarne. Néanmoins, cette place lui revient de par la confiance que lui accorde le patient et de la relation positive qu'il entreprend avec lui. Pour d'autres, les préférences du patient sont prioritaires et doivent être déterminantes dans la décision médicale.

Aux yeux des patients, cette expérience a été intéressante et satisfaisante. L'évaluation gériatrique par l'outil Geristeps a attisé leur curiosité sans pour autant être intrusive.

Finalement, cette étude, malgré ses limites, peut apporter un nouveau regard sur la prise en charge des patients âgés en les mettant au centre de leur propre projet thérapeutique.

9. Bibliographie

1. KAREL VAN DEN BOSCH, PETER WILLEMÉ, JOANNA GEERTS, JEF BREDA, STEPHANIE PEETERS, STEFAAN VAN DE SANDE, FRANCE VRIJENS,, CARINE VAN DE VOORDE, SABINE STORDEUR. SOINS RÉSIDENTIELS POUR LES PERSONNES ÂGÉES EN BELGIQUE : PROJECTIONS 2011-2025. 2011; Disponible sur:
https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_167B_soins_residentiels_en_Belgique_Synthese.pdf
2. STATBEL. Pyramide des âges de Belgique, régions et provinces [Internet]. 2020. Disponible sur:
<https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/structure-de-la-population>
3. Eurostat. Elderly population across EU regions [Internet]. 2020 [cité 9 janv 2021]. Disponible sur: <https://ec.europa.eu/eurostat/fr/web/products-eurostat-news/-/DDN-20200402-1>
4. Boyd CM, Darer J, Boult C, Fried LP, Boult L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *JAMA*. 10 août 2005;294(6):716-24.
5. Garber AM. Evidence-based guidelines as a foundation for performance incentives. *Health Aff Proj Hope*. févr 2005;24(1):174-9.
6. Tinetti ME, Bogardus ST, Agostini JV. Potential Pitfalls of Disease-Specific Guidelines for Patients with Multiple Conditions. *N Engl J Med*. 30 déc 2004;351(27):2870-4.
7. Reuben DB, Jennings LA. Putting Goal-Oriented Patient Care Into Practice. *J Am Geriatr Soc*. juill 2019;67(7):1342-4.
8. Mold JW, Blake GH, Becker LA. Goal-oriented medical care. *Fam Med*. janv 1991;23(1):46-51.
9. Chi WC, Wolff J, Greer R, Dy S. Multimorbidity and Decision-Making Preferences Among Older Adults. *Ann Fam Med*. nov 2017;15(6):546-51.
10. Joosten EAG, DeFuentes-Merillas L, de Weert GH, Sensky T, van der Staak CPF, de Jong CAJ. Systematic Review of the Effects of Shared Decision-Making on Patient Satisfaction, Treatment Adherence and Health Status. *Psychother Psychosom*. 2008;77(4):219-26.
11. Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, et al. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Res Rev*. sept 2011;10(4):430-9.
12. Tinetti ME, Fried T. The end of the disease era. *Am J Med*. 1 févr 2004;116(3):179-85.
13. Palmer K, Onder G. Comprehensive geriatric assessment: Benefits and limitations. *Eur J Intern Med*. août 2018;54:e8-9.
14. Deckers A, Willekens B, Helsmoortel A, Gouhie J, Depraetere S, J.M Degryse. Zorgnoden van thuiswonende ouderen De gestructureerde GAZETO-agenda. 2012;41(4).

15. Deckers A, Gouhie J, Willekens B, Helsmoortel A, Depraetere S, Degryse JM. Detectie van nieuwe zorgnoden bij kwetsbare ouderen. 2014;43(5).
16. Ellis G, Gardner M, Tsiachristas A, Langhorne P, Burke O, Harwood RH, et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database Syst Rev.* 12 sept 2017;9:CD006211.
17. Mann E, Koller M, Mann C, van der Cammen T, Steurer J. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) in general practice: results from a pilot study in Vorarlberg, Austria. *BMC Geriatr.* 19 mai 2004;4:4.
18. Stuck AE, Iliffe S. Comprehensive geriatric assessment for older adults. *BMJ.* 27 oct 2011;343:d6799.
19. Drieskens S, Van der Heyden J, Hesse E. Gezondheidsenquête, België 2008. Rapport III: Medische consumptie. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Operationele Directie Volksgezondheid en surveillance. 2010;42(3).
20. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 16 sept 2007;19(6):349-57.
21. Dierckx de Casterlé B, Gastmans C, Bryon E, Denier Y. QUAGOL: A guide for qualitative data analysis. *Int J Nurs Stud.* mars 2012;49(3):360-71.
22. Lucchetti G, Granero AL. Use of comprehensive geriatric assessment in general practice: results from the « Senta Pua » project in Brazil. *Eur J Gen Pract.* mars 2011;17(1):20-7.
23. Blommaert Adriaan, Hanquet Germaine, Willem Lander, Theeten Heidi, Thiry Nancy, Bilcke Joke, et al. Quelle vaccination contre le pneumocoque chez les personnes âgées? [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://kce.fgov.be/fr/publication/report/quelle-vaccination-contre-le-pneumocoque-chez-les-personnes-âgées>
24. Gallagher P, Barry P, O'Mahony D. Inappropriate prescribing in the elderly. *J Clin Pharm Ther.* avr 2007;32(2):113-21.
25. Vander Stichele R.H., Van de Voorde Carine, M., E, Verrue C., K., S, Smet Mike, et al. La consommation des médicaments dans les maisons de repos : trop élevée et de qualité trop faible [Internet]. 2006 [cité 5 août 2021]. Disponible sur: <https://kce.fgov.be/fr/publication/report/lutilisation-des-médicaments-dans-les-maisons-de-repos-et-les-maisons-de-repos-et>
26. Gulia KK, Kumar VM. Sleep disorders in the elderly: a growing challenge: Sleep in elderly. *Psychogeriatrics.* mai 2018;18(3):155-65.
27. Arrieta Valero I. Autonomies in Interaction: Dimensions of Patient Autonomy and Non-adherence to Treatment. *Front Psychol.* 14 août 2019;10:1857.
28. Bogardus ST, Bradley EH, Williams CS, Maciejewski PK, van Doorn C, Inouye SK. Goals for the

care of frail older adults: do caregivers and clinicians agree? *Am J Med.* févr 2001;110(2):97-102.

29. Fried TR. Health Outcome Prioritization as a Tool for Decision Making Among Older Persons With Multiple Chronic Conditions. *Arch Intern Med.* 14 nov 2011;171(20):1856.

30. Yap AF, Thirumoorthy T, Kwan YH. Systematic review of the barriers affecting medication adherence in older adults: Medication adherence and older adults. *Geriatr Gerontol Int.* oct 2016;16(10):1093-101.

31. Holt EW, Rung AL, Leon KA, Firestein C, Krousel-Wood M. Medication Adherence in Older Adults: A Qualitative Study. *Educ Gerontol.* mars 2014;40(3):198-211.

32. Gellad WF, Grenard JL, Marcum ZA. A systematic review of barriers to medication adherence in the elderly: looking beyond cost and regimen complexity. *Am J Geriatr Pharmacother.* févr 2011;9(1):11-23.

33. Honavar SG. Patient-physician relationship - Communication is the key. *Indian J Ophthalmol.* nov 2018;66(11):1527-8.

34. Rajasoorya C. Credat Emptor - The Sacrosanct Doctor-Patient Relationship. *Ann Acad Med Singapore.* août 2018;47(8):275-7.

35. Ridd M, Shaw A, Lewis G, Salisbury C. The patient–doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients’ perspectives. *Br J Gen Pract.* 1 avr 2009;59(561):e116-33.

36. Ubachs-Moust J, Houtepen R, Van der Weijden T, ter Meulen R, Vos R. Trust in medical decision-making concerning older people: The views of key professionals in the Dutch health care practice. *Health Interdiscip J Soc Study Health Illn Med.* nov 2010;14(6):564-84.

37. Couët N, Desroches S, Robitaille H, Vaillancourt H, Leblanc A, Turcotte S, et al. Assessments of the extent to which health-care providers involve patients in decision making: a systematic review of studies using the OPTION instrument. *Health Expect.* août 2015;18(4):542-61.

38. Renoux M, Chicoulaa B, Lagourdette C, Escourrou E, Secher M, Oustric S, et al. Patients’ satisfaction after a geriatric assessment into primary care: data from FAP study. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Viellissement.* déc 2018;16(4):391-7.

10. Annexes

10.1 Annexe 1 : Entretien Patiente#1

Moi : Donc pour vous en reprenant tous les points, vous me signaler que vous avez un problème d'audition. Mais les problèmes sont traité donc il n'ya rien a faire. La cognition et l'humeur c'est bien. La vaccination c'est parfait. Vous signaler que vous étiez gêné par des troubles du sommeil, est ce que c'est suffisamment pris en charge ?

Patiente : Ben écoutez, avec ce que je prends ça marche très bien.

Moi : Et vous prenez quoi encore à ce niveau-là ?

Patiente : Des gélules de valérianes

Moi : Ok donc ici vous n'avez pas quelque chose de nocif, c'est très bien. Alors l'autonomie c'était très bien aussi. Pour la musculature ça avait l'air correcte. Rappelez moi vos médicaments

Patiente : Pantomed, sipralax , coveram et parfois des antidouleurs

Moi : Et le sipralaxa c'est pour quoi ?

Patiente : Pour la dépression car mon mari a été longtemps malade

Moi : Et ça va mieux maintenant

Patiente : Oui oui

Moi : Ok donc pour les médicaments globalement c'est correct et à revoir l'indication du pantomed si les symptômes sont soulagés
Au niveau de la continence, vous me signalez que vous aviez des pertes urinaires et ça c'est traité

Patient : J'ai déjà fait de la kiné spécial et ça suffit. Avec l'âge ça revient mais c'est pas catastrophique.

Moi : Et vous avez vu un urologue ?

Patiente : Oui et tout est très bien

Moi : Donc pour vous c'est supportable et ça vous gênes pas plus que ça ?

Patiente : Oui voilà

Moi : Et donc vous ne voulez pas allez plus loin dans le bilan et dans le traitement ?

Patiente : Non non

Moi : Alors au niveau du psychosocial il y avait du bon et moins bon, et faut savoir que ça peut impacter votre santé globale. Donc c'est important de se rendre compte que le psychosocial fait partie de la santé globale. Donc globalement tout était très bien

J'ai une dernière question, qu'avez-vous pensez de l'évaluation ?

Patiente : Je suis satisfaite de cette évaluation.

Moi : C'était des choses connues pour vous ou ce sont des choses nouvelles

Patiente : Non, c'étaient des choses connues et les questions étaient correcte

Moi : Et quelles sont vos priorités en termes de santé :

Patiente : Ma priorité en termes de santé c'est continuer à bouger malgré que j'ai parfois mal parce que sinon je serai complètement isolé et ça ça me convient pas.

Moi : Et vous vous souhaitez prendre en charge l'ensemble de vos problèmes de santé ?

Patiente : Non non, j'ai déjà été voir des spécialistes et on me propose de opération et on me dit que j'aurai 50% de chances que les douleurs soient toujours là et donc là j'hésite encore.

Moi : Et vous appliquez ce que les médecins vous disent ou votre avis intervient dans la réflexion ?

Patiente : Mon avis prime parce que je me dis si c'est pour avoir 50% de réussite, la chirurgie du dos ça me fait un petit peu peur.

Moi : Vous me disiez que vous voulez rester autonome le plus longtemps possible, si par exemple il faille prendre des médicaments qui impactent légèrement cette autonomie, vous prendriez quand même ces médicaments ?

Patiente : Moi je veux rester autonome le plus longtemps possible. Moi pour l'instant avec ce que je prends ça me suffit et j'arrive à me débrouiller.

Moi : Ok madame je vous remercie pour vos réponses

Schéma conceptuels :

Question 1 : Résultats de l'évaluation :

- Troubles de l'audition 7 4
- Humeur dépressive d
- Incontinence urinaire H
- Psychosocial c

Question 2 : Est-ce que la patiente veut aller plus loin dans la prise en charge de ces problèmes :

- Satisfaction de son propre état de santé 14

Question 3 : avez-vous des priorités en termes de santé ou tout doit être pris en charge

- Priorité en termes de soins
 - Continuer à bouger 3
 - Éviter l'isolement social 2
 - Autonomie et Longévité 3

Question 4 : La place de votre avis dans la décision médicale

- Importance de son avis dans la décision 4
- Les choses doivent lui convenir 12

Question 5 : Qu'avez-vous pensé de l'évaluation :

- Satisfaite de l'évaluation 5

Question 6 : La patiente a-t-elle appris de nouvelle chose sur sa santé

- Pas de choses nouvelles, tout était connu 13

10.2 Annexe 2 : Entretien Patiente#2

1. Vous avez eu quoi comme antécédents ?

J'ai eu deux AVC en 19 et en 20 et j'ai été opéré du cœur. J'avais un syndrome de tachycardie-bradycardie. On a coupé les veines pulmonaires.

La seule chose que j'ai c'est les malaises vagues de temps en temps. J'en ai parlé à tout le monde et on m'a dit que ça pouvait être les suites des AVC.

Vous

2. Vous prenez quoi comme médicaments ?

Lipitor 40mg depuis 20 ans

Lixiana 60 mg kumasi but can't

Amlor 5 mg

Omlésartan 10

Betaserc

Grunvalder

3. Pourquoi prenez-vous le lipitor ?

Patiente : Pour le cholestérol. Depuis 20 ans que je le prends. Le cardiologue continue à me le donner.

Moi : Pourquoi prenez-vous l'amlor ?

Patiente : Je le prend depuis mon AVC

Moi : L'amlor peut rajouter des problèmes de malaise, ça peut surajouter un problème de malaise. Ça augmente également le risque de chute et peut altérer l'autonomie.

4. Pensez-vous que l'ensemble de vos problèmes de santé sont traités de façon optimale

-Patiente : Je continue à tout faire normalement. J'ai surtout une impression que ma tête se vide et j'en avais beaucoup plus au début, après mon opération. AU début on m'a donné amlor et olmésartan.

5. Souhaitez-vous que l'ensemble de vos problèmes de santé doivent être traité ou avez-vous des priorités dans les problèmes de santé à traiter ?

Oui, oui je souhaite que l'ensemble soit traité et surtout continuer comme maintenant. Je souhaite continuer à vivre normalement, comme je le fait maintenant.

6. Que signifie pour vous continuer à vivre normalement ?

Maintenant qu'on peut ressortir, voir des amis, visiter des musées. Peut-être voyager. J'étais une grande voyageuse : toute l'europe, toute l'asie, Amérique centrale, Afrique du nord. J'aime beaucoup le Cambodge, le Laos et le Vietnam.

7. Supposons que le médicament vous donne les vertiges, vous préférez que votre problème de tension soit traité ou alors vous préférez arrêter le médicament au prix que votre tension ne soit pas contrôlé pour garder votre autonomie ?

Ben non je dois voir ce qui est le plus avantageux pour moi. Si c'est plus contrôlé ça m'empêchera de faire d'autres choses dans le futur. Je dois en discuter avec mon médecin pour voir ce qui est le plus intéressant pour moi.

8. Qu'est ce qui est le plus prioritaire pour vous ? Une prise en charge purement médicale ou plutôt prioriser votre autonomie.

Pour moi, les deux doivent aller ensemble et je préfère prendre le médicament

Moi : Si je résume ce serait plutôt prendre en charge l'ensemble des problèmes médicaux quitte à accepter qu'il y ait certains effets secondaires et qui vous permettent dans le futur de garder une plus longue durée de vie et autonome.

Moi : Dans votre évaluation gériatrique finalement qu'on avait fait oui il y n'y a pas eu grand-chose de négatif qui en est ressorti.

Les éléments problématiques qui sont ressortis sont :

- a) L'audition : Est-ce traité ou pas encore ?

Euh non, on me l'a dit que l'année passée et j'ai dit il faut d'abord que je me sente bien. J'ai été chez le dentiste maintenant je dois aller chez le kiné du périnée parce que le matin je sens que je dois aller plus vite à la toilette ça c'est là j'ai tout le bazar mais non je vais à la toilette normalement mais je ne sais pas traîné pendant 3/4 d'heure comme ça et ça j'aime pas parce que si je pars en voyage je pourrais avoir des problèmes alors j'ai été voir aussi un médecin de la clinique du périnée on a fait une cystographie et elle dit ce sont les muscles probablement et tout c'est l'âge aussi et elle m'a prescrit une kiné du périnée et je vais la semaine prochaine pour la première fois et après je verrai mes oreilles.

- Je préfère traiter une chose après l'autre, je n'aime pas faire tout en une fois c'est trop en une fois. C'est mon caractère je n'arrive pas à régler plusieurs choses. Quelquefois on veut faire tout en une fois et on ne fait rien pour finir.

b) Le deuxième problème était le sommeil :

Je prenais du métasleep mais pas de benzodiazépines. Pendant 1 mois je dors très très mal et puis maintenant depuis 3 semaines je dors mieux. Je prend métasleep et ça suffit, ça ne m'intéresse pas d'aller plus loin que ça dans la prise en charge du sommeil.

c) La médication :

Moi : Il faudra réévaluer l'intérêt du Betaserc avec votre ORL.

Patiente : J'ai quand même beaucoup moins de vertige qu'avant mais ça peut être psychologique aussi.

Moi : Pensez-vous avoir trop de médicaments :

*Patiente : Ah non, parce que ça doit soigner mes AVC. Je suis ce que les médecins disent c'est tout, j'ai confiance en mon cardiologue.

Moi : Si les médecins vous disent de faire quelque chose, vous suivez la recommandation ou votre opinion intervient dans le choix ?

Oui, oui je suis les recommandations sinon je vais plus chez le médecin.

Je ne vais plus chez ma gynécologue parce que l'année passée j'avais rendez-vous chez elle et c'était juste avant d'être opérée du cœur. J'avais rendez-vous à Brugmann chez elle. Je suis arrivée elle m'a engueulé : Madame qu'est-ce que vous venez faire c'est dangereux avec le COVID et vous sortez ! Je l'ai regardé et j'ai dit : vous ne croyez quand même pas docteur que je vais rester chez moi je dois faire des courses, je viens chez vous masquer tout ça y'a rien à faire donc elle n'était pas contente sur moi et je n'étais pas contente sur elle. Elle me dit qu'il faudrait plus venir chez moi, j'ai dit oui mais je dois faire une écho et mammographie toutes les années parce que maman a eu un problème aussi un cancer à quatre-vingts ans comme je vais approcher je dois faire attention donc toutes les années alors elle était fâchée sur moi parce que j'étais là. Elle n'avait qu'à refusé mon rendez-vous.

Moi : Et vous voulez revoir une autre gynécologue ?

Patiente : oui je verrai mais pas maintenant j'ai été l'année passée.

Je vais chez le médecin et si j'ai confiance en lui alors j'écoute ce qu'il dit, si je n'ai plus confiance alors je n'y vais pas.

Moi : Est-ce que votre avis prime sur l'avis médical ?

Non j'écoute ce qu'on me dit et je suis tout.

d) Moi : Pour vos soucis de mémoire, avez-vous pris ça en charge ?

Patiente : J'ai des séances de « kiné » pour retrouver des mots etc après mon premier AVC, mais j'ai eu un deuxième et j'ai du arrêter.

Moi : Est-ce que ça vous intéresse de reprendre ?

Patiente : Non, j'ai perdu de la mémoire et c'est tout.

e) Moi : Pour le reste c'était bon. Juste réévaluer l'intérêt de l'amlor par votre cardiologue et du betaserc par l'ORL.

Patiente : Je dois retrouver chez mon cardiologue à la demande de mon ophtalmologue car la paupière tombe.

Moi : Et vous vous souhaitez prendre ça en charge ?

Patiente : Oui, ce n'est pas très grave mais paraît que ça risque de progresser. Mais je dois voir mon cardiologue parce que ça saigne beaucoup. Et je dois demander à mon cardiologue s'il est d'accord et voir ce qu'il pense.

J'hésite un peu pour le saignement mais si c'est ok je le ferai peut-être.

Moi : C'est sur qu'il faille poser le pour et le contre.

f) Avez-vous notion des problèmes qu'on a mis en évidence ?

Non je savais tout ça avant. Rien de plus rien de moins

g) Votre appréciation de l'outil ?

C'était une bonne expérience. Tout ce qui est nouveau j'aime bien faire. J'aime tout ce qui est médecine

h) Le recommanderiez-vous à d'autres personnes ?

Oui

i) Les questions vous paraissaient intrusifs ?

Non pas du tout

Résumés conceptuels :

Question : Quelles sont les problèmes relevé par l'EGS ? 5

- Audition 7
- Sommeil 2
- Médication 5

Question : Objectif de santé de la patiente 9

- Traité tous ses problèmes pour la longévité de vie
- Continuer à vivre comme maintenant : Indépendante et autonome 3

Question : Place du patient et du médecin dans la décision médicale

- Ce que le patient pense être avantageux pour lui prime 12
- L'avis du médecin est important : Suivi des recommandations
- Importance de la communication médecin-patient
- Importance de la confiance envers le médecin qui conditionne le reste 10

Question : Avez-vous appris de nouvelle chose sur votre santé ?

- Les problèmes de santé étaient connus 3

Question : Appréciation de l'expérience

- Très bonne expérience et non intrusif 16

10.3 Annexe 3 : Entretien Patient#3

Moi : : et l'asaflow, pourquoi vous le prenez ?

Patient : C'est mon cardiologue qui me l'a conseillé tout simplement

Moi : Et depuis quand vous l'avez ?

Patient : Oh l'asaflow, je dirai 5-6-7 ans

Moi : Et vous avez rediscuter avec votre cardiologue de l'intérêt de l'asaflow ou pas ?

Patient : Non parce que je n'ai plus été consulté et je ne vois pas d'effets bizarres. J'ai entendu des personnes dire qu'on peut oublier d'en prendre un ce n'est pas grave. Et le cardiologue disait que j'avais le cœur sec, je ne sais pas ce que ça veut dire.

Moi : Alors ici dans l'évaluation qu'on a faites la plupart étaient très bien

Patient : d'accord

Moi : Les éléments que je relève enfin qui ont été relevés par le programme comme étant problématique sont :

1. le sommeil : donc vous prenez de somnifères vous me disiez oui

Patient : Oui et on disait que c'était paradoxale parce que je suis quelqu'un qui lutte contre le sommeil, c'est une perte de temps.

Moi : C'est plutôt l'usage de somnifères qui est problématique et qui peut provoquer d'autres complications.

Patient : Je ne sais pas, je ne dirai pas que c'est quelque chose de négatif, mais c'est probablement l'accoutumance prolongée qui fait que c'est problématique.

Moi : Oui voilà, et pourquoi on préfère éviter ce genre de médicament car ils peuvent causer comme vous dite une forme d'addiction et également d'autres complications. Après pour vous, vous êtes très autonome et vous bouger assez mais qui peut chez beaucoup de patients gériatriques causer des chutes.

Patient : Ce qu'on peut faire ce que j'ai déjà fait. Ils sont sécables ces médicaments. Donc je peux couper en deux.

Moi : Oui aussi, et on peut essayer de sevrer avec de la valériane et faire ça lentement avec votre médecin traitant.

Patient : Oui j'en ai pris par le passé.

Moi : Voilà, donc ça vous pouvez en discuter avec votre médecin traitant pour voir comment le remplacer. Pour vous actuellement encore ce n'est pas trop un problème mais disons que c'est un médicament que s'il reste présent sans qu'on y fasse attention ça peut causer des problèmes par la suite.

Alors automatiquement, il y a eu aussi la case médication qui est revenu problématique de par le lormétazepam. Il y avait également l'asaflow que vous prenez. C'est un médicament qu'on utilise souvent dans une prévention dite secondaire : imaginons un patient présente un évènement cardiaque on objective cet évènement donc le patient a eu cet évènement.

Patient : Mais quel est le principe actif de l'asaflow

Moi : Il s'agit globalement d'un médicament qui va agir sur les plaquettes en diminuant leur fonctionnement.

Et donc actuellement, il n'est indiqué qu'en secondaire, que quand il y a eu un évènement donc. En prévention primaire, comme dans votre cas, il n'est pas indiqué quand bien même il ne serait pas très nocif. Mais voilà, il peut toujours y avoir des interactions médicamenteuses, des risques de saignement majorés

Patient : Et donc j'aurai mieux fait d'aller reconstrôler chez mon cardiologue et revoir l'indication.

Moi : Oui voilà. Et donc quand la case médication revient rouge ça veut dire qu'il y a des attentions à avoir à ce niveau-là et il faut se dire « OK ces médicaments là que je prends il me font rien actuellement c'est sûr mais c'est des médicaments que je dois régulièrement réévaluer.

Patient : Voilà c'est ça d'accord. Alors je vais réévaluer avec mon médecin traitant.

Moi : Donc voilà ça c'était la case médication.

Patient : Oui voilà, et à partir d'un certain moment c'est du laisser-aller et de la nonchalance. J'ai commencé à prendre un lorazepam puis 2 et je me suis arrêté à deux. Et avec 3 j'ai constaté que l'effet était plutôt délétère que positif.

Moi : Alors, il y avait un dernier point d'attention qui concernait la nutrition. Vous me disiez que votre nutrition n'était pas extrêmement étoffée et ça peut avoir un impact sur votre masse musculaire et indirectement sur votre risque de chute et autonomie. Donc ça c'est important de toujours garder en tête si par exemple vous voyez que vous n'avez pas plus d'appétit que ça, il existe des suppléments alimentaires ou des choses qui permettent de combler un petit peu le manque de calories et puis pourquoi pas envisager un passage chez la diète la diète elle peut toujours voir si votre bilan calorique est bon s'il est bon avec ce que vous prenez il n'y a aucun changement à faire.

En tout cas c'est un élément garder en tête. Donc voilà à part ça tout le reste était bon parce que voilà vous semblez être quelqu'un en assez bonne santé.

Patient : En tout cas je suis comme ça et je me convient comme ça . De temps en temps je vais avoir un pincement au cœur ou autre.

Moi : Et est-ce que vous ces éléments-là vous vous les connaissiez ou ça vous a permis de d'avoir de nouvelles informations sur votre santé ?

Patient : Ben ça m'a permis de repenser à toute une série de choses que j'avais peut-être oublié volontairement : l'alimentation, la masse musculaire et toute une série de choses qui sont tributaires d'une bonne alimentation. Ça me donne l'information que je connaissais mais que je ne voulais probablement pas connaître dans mon subconscient. C'est vrai qu'une bonne alimentation contribue à avoir un équilibre avoir toute une série de choses que normalement il faut conserver plus longtemps possible.

Moi : Et les éléments qu'on a abordé dans le questionnaire. Est-ce que vous saviez que l'ensemble faisait partie de la santé globale ou alors il y a des choses nouvelles pour vous ?

Patient : Non pas nécessairement. C'est un questionnaire qu'il est bon de mettre en avant pour des personnes qui ont vraiment 70 ans. Et si je vous dis ça c'est parce que j'ai mon ex-épouse sur laquelle j'ai dû veiller. Elle a perdu le goût de tout, elle est handicapé physiquement.

Moi : Pour vous, ça aurait été plus intéressant chez elle ?

Patient : Oui voilà. Et de plus elle a fait une chute qui l'a fort limité. Et je me demande si c'est pas bon de faire le même procédé que pour moi

Moi : En tout cas vous pouvez toujours lui recommander de réaliser ça chez son médecin traitant ou alors en consultation de gériatrique. Pour ma part, j'ai déjà sélectionné dans le cadre de mon étude un certain nombre de patient et ça serait un peu tard de la convoquer maintenant. Et vous voyez aussi les conséquences des chutes et l'importance de la prévention à ce niveau-là.

Patient : Oui, et c'est quelqu'un qui depuis des lustres s'adresse à une flopé de médecins parce que à chaque fois que le diagnostic que le médecin livre ne correspond pas à ce qu'elle veut entendre.

Moi : Voilà, donc ici je verrai pour elle deux solutions : Son médecin traitant pourrait faire le même test que j'ai réalisé avec vous, ou alors prendre rendez-vous en hôpital de jour gériatrique pour une évaluation complète similaire : La mémoire, le poids, l'appétit, les bilan de chutes, la continence. Il donne un compte Le numéro est 02.764.24.53

Patient : Pouvez-vous me donner le nom du site

Moi : Donc il s'agit de « GERISTEPS »

Patient : Et c'est le médecin traitant qui le fait ou sa spécialiste

Moi : Moi je l'ai fait moi-même, mais il faut que votre médecin traitant soit motivé pour le faire et doit s'inscrire sur le site pour l'évaluation.

Patient : Et est ce qu'à l'hôpital ils évaluent le comportement de personne ou une évaluation psychiatrique

Moi : Ils font une évaluation neuropsychologique dans le cadre de ce bilan-là. Et donc un des objectifs de mon travail c'est d'implémenter ça en médecine générale. Dans votre cas, il n'y a pas beaucoup de problèmes de santé mais peut être que pour votre épouse on aurait eu plus de choses.

Patient : On est divorcé depuis 25 ans et ce sont ces enfants qui s'inquiètent pour elle. Elle a développé des symptômes ou elle a peur de tout

Moi : En tout cas c'est un bilan qu'elle doit réellement réaliser.

Patient : Je voulais vous poser une question, au terme des questions que vous allez poser à vos patients est ce que vous comptez publier les résultats ?

Moi : Comme je vous avais dit, je vais réaliser un travail écrit. Et si vous êtes intéressé je pourrai vous l'envoyer.

Patient : Oui certainement, par mail à l'adresse suivante : XXXXXXXXXXXX@XXXXX.fr
En tout cas ça m'intéressera franchement.

Moi : Ici dans mon travail, il y a eu, indépendamment de ma volonté, un biais de sélections, car quasi tous les patients interrogés étaient autonomes. Et la plupart savait se déplacer, donc j'ai pas eu de patients avec beaucoup de problèmes mais voilà ça fait partie du jeu ;

Et votre avis sur cette expérience ?

Patient : Mon avis c'est que c'est concluant. Il n'y a que du positif dans cette approche. Parce que vous vous intéressez sur le vécu des personnes qui ont atteint un certain âge et quelles sont les points saillants qui se dégagent et propre à chacun des patients

Moi : Et vous quelles sont vos objectifs en termes de santé

Patient : Tout d'abord, tenter une expérience que je n'ai jamais vraiment tenté volontairement. De me forcer à manger plus convenablement. Et dans le même temps, prendre rendez-vous avec mon médecin traitant pour discuter des médicaments. Diminuer les médicaments et compenser par autre chose et voir s'il me conseille de voir le cardiologue pour l'asaflo

Moi : Et en dehors de ces problèmes ci, vous êtes dans quel état d'esprit pour votre santé ?

Patient : A vrai dire, je ne me suis jamais soucié de ma santé. Je suis quelqu'un qui vit sa vie plus ou moins bien et puis on meurt

Moi : Et vous préférez prendre en charge tous vos problèmes de santé ou alors vous fonctionner avec des objectifs prioritaires ?

Patient : Il y a un seul objectif pour moi qui est primordial et ça je l'ai dit à ma famille depuis longtemps. Tant que je peux être indépendant je continue à vivre. Dès l'instant où je serai dépendant, je n'aurai plus envie de vivre. Et là je suis pétillant de santé, pétillant d'objectifs. Le jour où je sentirai que j'ai besoin d'aide extérieure, alors ça ne va plus aller.

Si le handicap devient trop flagrant et que je sens que je peux plus faire les choses par moi-même alors là

Moi : Tout ça rentre dans la planification anticipée des soins qu'on a abordé l'autre fois. Vous en avez déjà parlé avec votre médecin traitant.

Patient : il y a assez longtemps, il y a 25 ans

Moi : Ca peut être intéressant de discuter de ça avec votre médecin traitant.

Patient : Oui voilà, ça il le sait déjà

Moi : et vous prendre en charge tous vos problèmes de santé activement, est ce que ça vous fait ressentir dépendant ?

Patient : Non non ça je fais d'office, c'est quand même quelque chose qu'il est civilisé de faire.

Moi : Et est-ce que votre avis intervient dans la décision médicale ? Par exemple ; si quelque chose ne convient pas vous ne le faite pas ?

Patient : mmh non, le médecin est quand même un homme de savoir, alors il faut suivre les recommandations. On essaye, si ça va tant mieux et si ça ne va pas tant pis. Il ne faut pas être obstiner et dire non par principe

Moi : Et si les médicaments interfèrent avec votre objectif d'autonomie que faite vous ?

Patient : Mon avis est très partagé là-dessus, y a dû pour et il y a du contre.

Moi : Et donc votre objectif prioritaire de soins c'est de rester indépendant le plus possible. Il ya des patients qui disent vouloir être autonome et si un médicament empêche ça il ne le prendrai pas.

Patient : Non non au moins essayé

Moi : Pour vous les questions que je vous ai posé, vous ont-ils paru trop intrusives ?

Patient : Elles étaient curieuses mais probablement nécessaire à votre travail.
Mais j'ai trouvé ça très intéressant. Le patient ne s'attend pas forcément à ce genre de question mais c'est nécessaire selon moi

Moi : en tout cas merci à vous d'avoir participé.

Schéma conceptuels :

Questions 1 : Problèmes relevés par l'évaluation ?

- Sommeil *a*
- Médication : Benzodiazépine et Asaflo en prévention primaire *3*
- Nutrition *2*

Question 2 : Objectifs de soins :

- Indépendance *3*
- Nutrition *18*
- Eviter médicaments inutiles *+*
- Patient satisfait de son état de santé
- Pas soucieux de sa santé *10*

Question 3 : Le patient souhaite-il que tous ces problèmes de santé soient pris en charge

- Oui par civilité *14'*

Question 4 : Place du patient et médecin dans la décision médicale ?

- Médecin= homme de savoir
- Avis du médecin prime *4*

Question 3 : Est-ce que l'évaluation à apporter de nouvelles choses pour le patient ?

- La plupart des éléments étaient connu inconsciemment *13*
- Pousse à la réflexion et conscientisation *19*

Question 4 : Avis du patient sur l'expérience ?

- Expérience intéressante *5*
- Que du positif *5*
- Met en avant le vécu du patient *20*

Question : Les questions étaient-ils intrusifs ?

- Questions curieuses mais nécessaires *16'*

10.4 Annexe 4 : Entretien Patient#4

Moi : Concernant vos résultats, la plupart des choses sont bien. Il y avait juste un risque que vos os soient fragiles.

Patient : J'ai vu mon médecin traitant qui me dit que l'examen des os peut attendre, c'est pas obligatoire maintenant.

Moi : Selon vous, vos problèmes de santé vous semblent ils bien traités ?

Patient : Oui c'est très. J'ai pas de problèmes. Je me méfie un peu du médicaments que l'urologue m'a donné : dutastéride et tamsulosine. Quand je lit la notice, je vois beaucoup d'effets secondaires. Mais il n'était pas la pour lui dire qu'il me change ça.

Moi : Et vous sentez que ça améliore vos symptômes ?

Patient : C'est l'urologue qui me dira si c'est mieux, il doit faire la caméra.

Moi : Dans vos antécédents, vous avez eu quelle autre maladie ?

Patient : Pas grand chos , juste asthme et le problème de prostate

Moi : Préférez-vous que l'on traite tous vos problèmes de santé indépendamment des effets secondaires ?

Patient : Je préfère rester autonome quitte a ne pas prendre tous les médicaments

Moi : De manière générale, suivez-vous toutes les recommandations des médecins ou votre choix intervient dans la réflexion.

Patient :
Vous savez Docteur, j'avance dans l'âge et je n'ai pas envie de rester jusqu'à 90 ans et on voit les réalités.
Concernant l'opération de prostate, on m'a dit que cela se fait par laser, vous avez idée de ça ? Un médecin me dit qu'il faut ouvrir le bas du ventre et tu restes une semaine à l'hôpital.

Moi : Et vous, ça vous intéresse de faire ça ?

Patient : Je ne sais pas, je dois voir le médecin et faire le point avec lui.

Moi : Et vous, préférez-vous être opéré pour régler le problème ou rester comme ça sans prendre le risque de l'opération ?

Patient : Je ne fais pas l'opération pour l'instant et je vois dans un an ou deux si j'ai des difficultés à uriner alors je fais l'opération –

Moi : En dehors de l'urologue, vous suivez l'avis du médecin scrupuleusement ou votre avis intervient dans votre choix ?

Patient : Le médecin est mieux placé que moi, je suis son avis.

Moi : Si le médecin vous dit de faire une chose, vous la faite d'office alors ?

Patient : Oui je suis l'avis du médecin, il est mieux placé que moi pour voir ce qui est le mieux

Moi : Qu'en pensez-vous du questionnaire ?

Patient : C'était intéressant

Moi : Et les questions, est ce qu'ils vous ont semblé un peu trop personnel ou intrusif ?

Patient : Non c'était bien, c'était intéressant et nouveau.

Moi : le but de notre démarche est de voir comment le patient réfléchis par rapport à la décision médical. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

Patient : Vous savez bien que le médecin est mieux placé que nous mais attention il y a médecin et médecin. Les médecins peuvent aussi commettre des erreurs. J'étais chez un médecin qui prenait tous les paramètres. Maintenant chez le nouveau il ne prend pas d'office les paramètres. Mais de manière générale je suis l'avis du médecin, et lui doit nous dire aussi de réfléchir.

Moi : Et donc quand un médecin donne son avis, vous avez votre propre avis sur la situation ?

Patient : Non je suis l'avis du médecin. Vous savez on avance dans l'âge et un jour les choses deviendront plus difficiles. Mais je fais attention quand même, on était sportif. Je ne fume pas. J'ai un frère qui fumait beaucoup et qui est mort avant moi.

Moi : Concernant votre alimentation, tout était très bien. N'hésitez pas à bien bouger et bien manger pour maintenir vos muscles et votre autonomie.

Résumé narratif :

A l'issu de l'évaluation par Geristeps, le patient présentant un seul point d'attention qui concernant le risque d'ostéoporose.

Le patient se dit méfiant de certains médicaments au vu des effets secondaires qui peuvent entrainer.

Le patient trouve également important d'avoir une bonne hygiène de vie qui va de pair avec une bonne santé.

Le patient a certaines priorités dans sa santé en l'occurrence rester le maximum autonome jusqu'à son décès. Il ne souhaite pas avancer trop dans l'âge au point de devenir dépendant

On ressent à travers le récit que l'avis du médecin est important pour le patient et que ce dernier à une place privilégié au vu de ce qu'il incarne. Son propre avis ne peut dépasser celui du médecin. Mais le patient reste quand même critique et fait la distinction entre les bons et les moins bons médecins : un bon médecin selon lui est celui qui est consciencieux et va au-delà de la simple demande formulée par le patient. Il met également l'accent sur l'incitation par le médecin à la réflexion.

Le patient a trouvé cette expérience intéressante et non intrusifs

Schéma conceptuels

Question 1 : Problèmes de santé : 1

- Risque d'ostéoporose

Question 2 : Quels sont les éléments importants pour le patient concernant sa santé :

- Méfiance vis-à-vis de certains médicaments 1
- Bonne hygiène de vie 2

Question 3 : Qu'est ce qui est prioritaire pour le patient :

- Autonomie et indépendant 3

Question 4: La place du médecin dans la décision :

- Place crucial du médecin dans la décision médicale
- Avis du médecin plus important que le patient
 - Médecin consciencieux et qui pousse à la réflexion

Question 5 : Quel est votre avis sur cette expérience ? Les questions étaient intrusifs ?

- Expérience intéressante 16
- Questions non intrusives 6

10.5 Annexe 5 : Entretien Patient#5

Moi : Bonjour Mr, comment ça va ?

Patient : ça va, ça va ça peut aller.

Moi : Qu'est ce qui ne va pas ?

Patient : Non non rien, tant qu'on a pas mal c'est bon

Moi : Est-ce que vous savez me rappeler les médicaments que vous prenez ?

Patient : Je prends justement le emcoretic et c'est tout

Moi : Au niveau des résultats, globalement la plupart des choses vont bien

Patient : Ben au niveau de la prise de sang, il y a certaines choses qui sont bien et d'autres moins

Moi : Ici, je parle de l'évaluation qu'on a faite ensemble. Il y avait un petit problème d'audition.

Patient : Oui oui avant j'entendais mieux et j'ai un petit problème de douleur et de tendinite de temps en temps quand je marche beaucoup ou que je prend un peu de poids. Mais sinon bon, j'ai un peu de pathologie un peu comme tous les vieux.

Moi : Il y avait une notion d'incontinence aussi

Patient : Non pas vraiment, ça peut encore aller. Je dois juste par moment aller vite à la toilette. Mais c'est un moment où j'ai pris beaucoup de médicament et le rein à pris un coup.

Moi : Et est ce que vous devez aller vite à la toilette ou pas ?

Patient : Non non je vais uriner normalement, mais c'est minime. Je me plaint pas trop à ce niveau là pour le moment.

Moi : Voilà, en tout cas chez moi c'était à surveiller.

Patient : Et il y avait un petit problème d'équilibre.

Moi : Oui c'est exact, et vous comptez prendre en charge les problèmes d'audition en charge ou pas. ?

Patient : Non pour le moment ça va. Le problème d'audition se pose quand on parle par téléphone ou quand on regarde la télé.

Moi : et pour les problèmes d'équilibre vous comptez voir un médecin pour ça ?

Patient : Non pas pour l'instant

Moi : Pour des raisons particulières ou vous ne souhaitez juste pas ?

Patient : Non pour l'instant je ne veux pas, je suis une vieille voiture vous savez ...

Moi : Et il y a des raisons particulières ?

Patient : Non pas de raison particulière, quand ça sera nécessaire je prendrai ça en charge. Je vous ai dit je suis quelqu'un de pragmatique et de réaliste. Une fois qu'on entend plus je met un appareil. J'ai toujours bien protégé mon ouïe. Et peut être j'ai eu de la chance

Moi : Ici, le dernier point que le programme mettait à surveiller c'est le point psychosocial. Vous me disiez que vous n'avez pas beaucoup de personne à contacter en Belgique. Et ça peut avoir un impact sur d'autres aspects

Patient : Tout à fait, les relations sociales ce n'est pas toujours évident et je pense c'est un problème général en Belgique. Ce n'est pas un pays trop souverain pour les contacts sociaux. Ça dépend les nationalités ou les gens.

Moi : Et ça vous dérange de pas voir beaucoup de gens ?

Patient : pas tellement, je m'occupe en lisant un peu en bricolant. Mais vous avez raison, les contacts sociaux sont très importants mais qu'est-ce que vous voulez

Moi : Et vous pensez que ça vous impacte ?

Patient : Non pas tellement mais un petit peu. Et puis faut dire aussi, quand on a un certain âge, on a tendance à se renfermer un tout petit peu. Et moi c'est question de mobilité, je touche du bois pour l'instant ça va. Je fais ma marche, et je me débrouille encore assez bien.

Moi : En tout cas n'hésitez pas à rester actif

Patient : Oui, je fais ma promenade quelque chose. Il y a toujours quelques choses à faire. Moi mon problème ce n'est pas avoir trop mal à mes jambes quand je marche.

Moi : En tout cas les contacts sociaux c'est important pour garder une certaine autonomie et éviter comme je vous ai expliqué que l'humeur soit impactée et que vous vous repliez et que vous fassiez plus trop d'activité. Le manque d'activité ça peut avoir un impact sur votre autonomie. Et donc grosso modo c'est plutôt ça vos problèmes.

Et vous dans votre état d'esprit c'est de pas traité tous les problèmes que vous avez ?

Patient : Non non, les problèmes de santé, au fur et à mesure je regarde un peu. Je prend des médicaments s'il faut. Mais ce n'est pas une priorité vraiment. Mais je ne suis pas très soucieux à ce niveau-là.

Moi : Et c'est quoi vos priorités en termes de santé

Patient : Comme je vous ai dit l'autre fois, c'est de protégé au maximum mon rein et mon foie. Ya d'autres chose important aussi, comme l'aspect cognitive. C'est pour ça que j'essaye de lire beaucoup. La cigare la porte et la fleur haha ...Mais c'est sur qu'avec l'âge on a plus de soucis.

Moi : Et donc vous vous souhaitez prendre tout en charge ou vous fonctionner plutôt par objectif comme rester autonome et si par exemple il y a des médicaments que vous souhaitez pas, vous les prenez pas.

Patient : Moi je souhaite rester autonome le plus longtemps possible. Je prendrai les médicaments que je considère comme vraiment nécessaire. Le problème dans les médicaments que j'ai pas voulu prendre c'est le choix entre la peste et le choléra et j'ai peut être choisi le choléra. Sur ces questions-là, les questions de médicaments, je me renseigne au maximum. Un problème j'essaye de l'étudier au maximum. Je suis curieux quoi. Je vous ai déjà expliquer, je veux savoir le pourquoi des choses et alors je vais au fond des questions dans la mesure de mes possibilités. Mais pour le reste je n'ai pas de problème contre quoi que ce soit

Moi : Et pour vous prendre des médicaments à vie c'est quelque chose qui vous dérange ?

Patient : Moi je prends les médicaments pour me soigner à un moment donné mais je vais pas euh. Je prends le médicament pour la tension ok mais pour le reste non, parce que je dois faire attention avec mes reins et foie.

Moi : Même si c'est un problème de santé qui peut avoir un impact sur le futur, vous ne prendriez pas le médicament alors ?

Patient : ça c'est à voir. C'est comme le médicament qu'on m'a donné. C'était un médicament assez lourd et je n'ai pas eu l'information comme il faut et j'ai pris le risque de pas le prendre. Je n'ai rien contre le médicament, j'ai dis que dans la façon dont c'est passé et vu que c'est un médicament sur le long terme et c'est assez contraignant il faut des prises de sang des contrôles de l'hémostase des tchik des tchak, je me suis dis non je le prend pas.

Moi : Et donc vous vous ne le prenez pas, indépendamment du risque que ça cause parce que vous voulez restez libre ?

Patient : il y avait deux risques : mourir de la coagulation là ou d'une hémorragie de la tête et parce que moi aussi j'ai fait l'Helicobacter. J'ai également saigné par le nez l'année passée et je vois que la coagulation n'est pas trop un problème. J'ai vu mes plaquettes, j'ai vu vitesse de sédimentation, mon d-dimère. J'ai vu tout et je prends ça en conséquence.

Moi : Et vous vous si le médecin vous dit de faire quelque chose vous le faites ou alors vous prenez le dire et si c'est bon pour vous vous le faites et si non vous ne le faites pas

Patient : Moi je pense que chaque personne doit assumer ces responsabilités. Je leur ai dit si je dois signer une décharge je le fais. Mais je considère que moi pour l'instant j'ai le droit de décider moi-même si je le prends ou pas. Comme les gens qui veulent partir. Moi ce qui est le plus important c'est la confiance qu'on a envers le médecin et le dialogue.

Moi : Et vous pensez que si vous étiez bien informée vous le feriez ?

Patient : Peut-être, mais je trouve que pour mon âge ce médicament est lourd. Pour quelqu'un de plus jeune, je veux bien. Et en plus je l'ai pris pendant une dizaine de jours, je vous assure ce n'était pas la rigolade : j'avais mal de tête, alors si le remède est pire que la maladie ben ... Je vous dis docteur, moi personnellement, je fais mon possible, je marche tous les jours, je vais nager, je me nourris le plus sainement possible. On fait attention, alors je ne sais pas faire plus. Moi je ne suis pas pour courir chez le docteur à tout bout de champs

Moi : Donc vous vous préconisez de vivre bien même vivre avec un peu de risque que vivre attaché au médecin.

Patient : Dans la vie, il faut prendre des risques, j'ai dû prendre des risques dans mon travail. En prenant la voiture, on prend des risques.

Moi : Ca va, je comprends votre état d'esprit. Et qu'est ce que vous avez pensé de cette expérience.

Patient : Moi je suis d'accord, vous faites un travail valable. Faut voir comment la société évolue et les gens il y en a qui souhaitent déjà à 60 ans rentrer dans un home et y en a qui restent le plus possible autonome. Je trouve, pour moi personnellement, quand on a une santé plus ou moins valable, il faut rester le plus longtemps autonome. Moi j'aime bien bouger, j'aime pas rester des heures et des heures sur un fauteuil.

Moi : Et par exemple, votre problème d'audition, tant que ça ne vous gêne pas dans vos activités, vous ne le prenez pas en charge ?

Patient : Préventivement vous dites ? Mmh oui, par exemple si je sais que ma tendinite me fait mal, je sais que je dois rester calme pendant une semaine.

Moi : Et pour l'audition, est ce que vous le prendriez en charge préventivement même si ça ne cause pas de problème ou alors tant que vous entendez vous ne faites rien ?

Patient : Oui tant que j'entends c'est bon. Mais vous savez dans les téléphones, il y a des choses qui ne vont pas si bien. Mais bon pour l'instant ça va encore. Ya des sons qui sont pas faciles à entendre

Moi : Ok parfait, et quel est votre avis sur l'expérience qu'on a fait ensemble ? Sur les questions que je vous ai posé la dernière fois. C'est quoi votre avis

Patient : JE trouve ça très bien. Il faut réfléchir. Je trouve que c'est une bonne démarche.

Moi : Vous trouvez que les questions sont trop intrusives, personnels ?

Patient : Non c'est des généralités. C'est des questions sur la santé.

Moi : Et vous avez déjà entendu parlé de ce genre de questionnaire, l'évaluation gériatrique

Patient : Non jamais

Moi : Et est ce que ça vous à apporter de nouveaux éléments sur votre santé ?

Patient : Euh oui oui, c'est bien de savoir tout ça. Mais je savais que un jour j'allais avoir tout ça. C'est l'âge. Moi je lis beaucoup sur la vieillesse. Il y a des gens qu'ils sont plus sensibles que d'autres. Il y a des gens en meilleurs santé que d'autres ou en moins bonnes.

Moi : Donc en résumé pour vous c'était une bonne expérience. La plupart des choses étaient connues. Et est-ce que ça vous à donner envie de prendre plus les choses en main ? Par exemple, le psychosocial, est ce que vous saviez que c'était un problème dans la santé globale.

Patient : Euh oui quand j'ai quelque chose j'essaye de le prendre en charge, c'est pour ça que je suis à la maison médicale. Et aussi quand il y a eu le problème de médicament, je l'ai dis aussi. Et je vous l'ai déjà dis, il faut écouter le patient. L'écoute n'est pas toujours évident. Quand un patient vous dit qu'il a mal quelque part, il sait exactement où il a mal. Et les autres la façon de m'avoir donné le médicament n'était pas tellement ... mais un médicament que je vous ai expliqué, ce n'est pas un médicament annodin. Et d'ailleurs je n'étais pas très content. Vous savez Dr, je garde les papiers de tout, donc voilà vous voyez que je m'intéresse à ma santé.

Moi : Donc pour vous c'est une bonne expérience

Patient : Oui et quand vous voulez je repasse

Moi : Parfait, mais voilà globalement vous êtes en assez bonne santé

Patient : Oui, mais on a toujours quelques problèmes. Comme je vous ai dis, je fais mon possible pour préservé mes reins parce que une fois qu'on a pas de reins et de foie on peut partir. Alors je prends les médicaments les plus léger possible et le moins possible. Dans les médicaments il y a des bénéfices mais des risques aussi

Moi : Eh ben c'est très bien, pour moi j'ai eu réponses à toute mes questions

Patient : Je vous ai appris quelque chose ?

Moi : Ce qui est intéressant c'est de voir comment chaque patient réfléchit

Patient : Oui l'état d'esprit sur ces problèmes médicaux sur la vieillesse.

Moi : oui voilà, donc vous vous avez votre état d'esprit. D'autres appliquent directement les dires du médecin etc. Donc voilà j'ai trouvé intéressant ce que vous dites
En tout cas je vous remercie beaucoup d'avoir participé.

Schéma conceptuels :

Question 1 : Quels problèmes de santé ont été relevés après l'évaluation ?

- Troubles de l'audition ^f
- Trouble de l'équilibre ^f ⁴
- Urgences mictionnelles ^h
- Aspect psychosocial ^c

Question 2 : Prise en charge des problèmes médicaux du patient

- En cas de nécessité : En cas de gêne importante ¹⁴
- Pragmatisme quant à sa santé : Ne veut pas tout prendre en charge, veut rester libre
- Un problème après l'autre
- Importance de la curiosité du patient et renseignements exhaustifs ¹²

Question 3 : Quels sont vos objectifs de soins prioritaires ?

- Ne pas avoir mal pour bouger ¹⁶
- Protéger le rein et le foie ¹
- Protéger la cognition par lecture
- Garder une autonomie ³
- Bonne hygiène de vie ¹³

Question 4 : Place du patient et du médecin dans la décision médicale

- Impact de l'information donnée par le médecin et la manière ! ¹⁰
- Importance de la communication entre les deux et confiance envers le médecin ¹⁰
- Droit du patient de décider pour lui-même. Notion de responsabilité à assumer ¹²

Question 5 : Avis du patient sur l'expérience

- Bonne démarche ⁵
- Pousse à réfléchir ¹⁴
- Nouvelle expérience, n'avais jamais entendu parlé de l'EGS ¹⁶

Question 6 : Questions étaient intrusifs ?

- Questions générales pour le patient

Question 7 : Le patient a-t'il appris des choses nouvelles

- Nouvelles notions sur sa santé apprises via le questionnaire

17

10.6 Annexe 6 : Entretien Patiente#6

Moi : Globalement les résultats sont assez bien.

Il y avait un problème au niveau du sommeil et une notion que vous prenez des somnifères. Savez-vous le nom du calmant .

Patiente : Oui, il s'agit du lorazepam.

Moi : Autre chose ?

Patiente : Asaflow, thyroxine 25, escitalopram 20 mg, du calcium fort, du magnésium, oméprazole,

Moi : Vous avez déjà eu quoi comme maladie ?

Patiente : Une bactérie pour laquelle je suis resté une semaine et demie à l'hôpital. Ils m'ont donné des antibiotiques et c'était fini.

Moi : Et au niveau du cœur, vous avez quelque chose ?

Patiente : Ben écoutez dans le temps, j'avais beaucoup mon cœur qui battait vite très vite et mon médecin, il m'a fait passer chez un cardiologue et lui m'a prescrit un indérale plus un tambocor.

Moi : Avez-vous déjà eu des problèmes du style infarctus du myocarde où problème au niveau des vaisseaux.

Patiente : Non, et le docteur m'a retiré le tambocor et le Dr.Mallali a diminué l'Indéral à un demi comprimé

Moi : et l'asaflow vous le prenez pour quoi ?

Patiente : En faisant une prise de sang ils ont vu que Je m'en souviens plus. Vous me posez une colle là.

Moi : Donc ici on a surtout un problème au niveau du sommeil.

Patiente : Oui encore maintenant, je vais dormir à 23h et des fois à 5h je suis réveillé. Et je ne sais plus faire de sieste. Avant je faisais une sieste d'une heure ou une heure et demie. Mais je dors bien la nuit depuis 3-4 jours.

Moi : Ici donc on a un problème au niveau de la médication que vous prenez. En fait le lorazepam ce n'est jamais un bon médicament. Donc ça permet de d'aider à s'endormir ou de permettre d'avoir une meilleure nuit vraiment des médicaments qu'il faille à partir d'un certain moment essayer de sevrer. Avec l'âge et un certain moment ce sont des médicaments qui peuvent quelque part augmenter des risques d'autres maladies comme faire des chutes. C'est toujours un médicament qui qui faille discuter avec le médecin pour voir est-ce qu'on peut le sevrer un certain moment et voir comment est-ce qu'on peut le remplacer par quelque chose de moins nocif. Et donc au niveau de la médication, il y a le lorazepam et l'Asaflow qui n'est plus recommander pour de la prévention dite primaire :

avant qu'un événement qui se produit. Ensuite il y a l'oméprazole à revoir si c'est toujours nécessaire ou est-ce que on peut le on peut le diminuer.

Patiente : Il n'y a pas longtemps que je l'ai celui-là , avant j'avais du pantomed. C'est parce que j'ai mal à l'estomac.

Moi : Il faut toujours garder à l'œil les médicaments et voir si tout est encore nécessaire.

Moi : Concernant le 3e point qui est revenue rouge, c'était le point psychosocial donc en fonction de vos réponses on voit que finalement l'aspect psychosocial n'est pas optimal et dans risque d'impacter toute une série d'autres catégories a abordé comme par exemple l'humeur, la dépression et puis qui dit dépression on dit que la personne serait moins actif dans sa vie quotidienne et donc perdrait un petit peu en fonction et en musculature si je peux dire ça comme ça et donc finalement c'est un cercle vicieux . Et tout ça va impacter la personne et surtout avec l'âge ça peut « entraîner une perte d'autonomie ».

Ce qui est recommandé de faire c'est par exemple de faire de la marche de continuer à faire des activités, toute activité qui qui peut vous mettre en contact avec d'autres personnes.

C'est un effet bénéfique sur plein d'autres paramètres et sur votre santé globale en fait.

Patiente : J'avais une bonne amie, très bonne amie. Mais maintenant elle a le cancer et ça m'a choqué aussi un petit peu depuis 15 jours. Elle est en terme finale, elle fait les choses palliatifs. Maintenant la femme d'au-dessus, elle descend souvent chez moi.

Moi : N'hésitez pas vous non plus d'être actif, et d'aller vers les autres.

Patient : Je suis active à la maison mais ma fille me dit « ce n'est pas bon maman »

Moi : Concernant le point dépression, ici il est revenu vert mais en discutant avec vous on sentait un fond d'humeur dépressive. Et donc l'un impact l'autre. Si vous gardez une activité ça améliorera les deux aspects discutés.

Sur ces éléments que je vous ai cités, avez-vous connaissances des éléments problématiques que je vous ai cités ou ce sont des choses nouvelles.

Patiente : Non non, je vous ai dit c'est depuis que mon mari est partie que j'ai beaucoup sur mes épaules. Avec ma fille avant ça n'allait pas depuis deux ans avant qu'elle ait un mari maintenant. Elle ne trouvait pas son gout, elle avait quelqu'un et ce n'était pas bon et puis c'était les petits enfants qui lui en voulaient. Et tout ça elle venait me le raconter. Moi je m'en faisais car je m'en fait trop vite, et ça pour tout le monde même mes amis. Et là ça faisait beaucoup. Je devais même l'aider financièrement car elle travaillait avec trois enfants c'était très difficile pour payer son loyer. Et tout ça ensemble c'était pas bon. Et ici avec son nouveau petit copain ça va très bien. Mais vu qu'elle a beaucoup de crédit elle m'a demandé un prêt sur mon appartement.

Moi : Avez-vous déjà pensé à voir une psychologue ?

Patiente : Non, j'aime discuter avec mon docteur, lui raconter les histoires. Mais une psychologue savez-vous euh.. Je suis contente de vous le raconter à vous parce que vous me le demandé. Et maintenant ça va très bien avec ma fille, on rembourse le crédit. Et les enfants vont très bien, j'ai juste l'enfant de 20 ans avec moi mais savez-vous c'est lourd aussi.

Moi : Donc ici nous avons la médication et l'aspect psychosocial. Est-ce que vous vous saviez que c'étaient des composantes de la santé. Nous les avons relevés comme étant problématiques, le voyez-vous comme ça aussi ?

Patiente : Moi je crois avec tous les ennuis que j'ai eu pendant 6 ans.. Quand mon mari était là, il y avait des problèmes mais on savait les résoudre beaucoup plus facilement que moi toute seule avec une petite pension. Vous imaginez avec 1350 presque 1400 avec un jeune homme de 20 ans chez moi ce n'est presque pas possible. Moi je dois épargner pour payer ce qui doit être payé. Pour payer ce que je dois payer par moi je m'en sors mais je ne sais pas faire de miracle pour donner à mes petits-enfants.

Moi : Et saviez-vous que cet aspect-là fait partie de la santé globale ou vous l'aviez appris avec cet exercice ?

Patiente : non c'est plus avec vous que j'ai appris que j'ai un peu réfléchi le soir et je me suis dit dans le fond : c'est vrai que j'ai quand même eu beaucoup de problèmes tout ça.

Moi : Et pour vous si vous deviez dire vos priorités en termes de soins. Êtes-vous plutôt dans une dynamique où vous souhaitez prendre en charge tous vos problèmes de santé et que tout soit pris en charge ou vous avez des priorités en termes de traitement ou de soins.

Patiente : Non, de priorité non. Pour moi c'est beaucoup les médicaments que je dois acheter. Mon médecin je le paye pas mais tous les médicaments bon euh.. La nourriture et la nourriture que je dois faire à côté pour mon petit garçon. Je suis toute seule j'y arrive mieux. Pourtant on dit toujours «c'est une compagnie», non mais une compagnie comme ça non car il fait rien il fait pas attention à ses affaires, je dois faire tout pour lui et on m'a déjà dit « ouais mais laisse le maman, s'il a fait il peut se servir ». Et je dit mais c'est pas facile, je dois faire à manger pour moi à 12h puis à manger le soir car Monsieur ne mange pas à 12h.

Moi : Et avez-vous des éléments prioritaires à prendre en charge dans votre santé ?

Patiente : Oui c'est ce que je me dit, je dois essayer de faire les choses de moi-même. Je n'aime pas déranger les autres. Mais non pas de chose prioritaire, bon j'ai le deuil de mon mari mais avec les antidépresseurs ça va mieux

Moi : Avec les antidépresseurs vous traitez surtout les symptômes mais pas le problème profond qui nécessite une psychothérapie. Et les psychologues font le même travail que nous faisons là mais ils ont parfois d'autres techniques d'approches. Et parfois il suffit d'un petit coup de pouce pour aller mieux. Finalement l'objectif de notre travail c'est de voir dans comment vous réfléchissez face à vos problèmes de santé. Soit vous vous dites « Moi face à

mes problèmes de santé j'aime que tout soit prise en charge et j'utilise tous les médicaments qu'il faut pour prendre ça en charge ou alors vous vous dites finalement avec mon âge prendre tout en charge ne m'intéresse pas forcément tant que je traite ce qui est prioritaire pour moi.

Patiente : c'est vrai, il y a des choses qui peuvent arriver et c'est vrai et je m'en fou, je passe outre ce que j'aurai pas fait il y a 2 ans. Et puis un psychologue c'est vrai mais il faut le payer.

Moi : Mais savez-vous, dernièrement, il y a eu toute une démarche pour que les patients qui bénéficient d'une intervention majorée ne payent que 4 euros la consultation chez le psychologue et vous en avez droit à 16 par an. Et ce moyennant de compléter un document par le médecin. Vous saviez ça ?

La patiente : Non, je ne savais pas.

Moi : Ca typiquement ça a été changer récemment pour que les patients puissent avoir droits à ça.

Patiente : Et c'est de bons psychologues ?

Moi : Oui oui, mais vous savez c'est le même travail qu'on fait avec les patients en médecine générale mais les psychologues ont d'autres techniques et d'autres façon de faire pour aider le patient à aller mieux. Et nous on aime travailler en équipe et référé le patient vers les bons professionnels. Et dernièrement i y a eu tout un travail pour réduire le prix de la consultation et permettre à tous les patients de bénéficier de ça. Comme j'ai dit le lorazepam traite les symptômes mais il comporte aussi certains aspects négatifs pour votre santé. Et donc il faut le tout ensemble, le médicament, la psychothérapie pour traiter au mieux.

Et vos problèmes de santé, vous les priorisés surtout selon un aspect social ou vous réfléchissez autrement. Par exemple si le médecin vous demande de faire quelque chose vous le faite d'office ou alors vous faite intervenir vos préférence et vos priorités.

Patiente : Non je le fais d'office.

Moi : Et vous ne faite pas intervenir votre propre avis ou préférence ?

Patiente : Non

Moi : Une dernière question : Qu'avez-vous pensé de cette expérience, votre avis sur tout ça ?

Patiente : Ben écoutez, ça m'a fait du bien. Franchement oui, j'en ai parlé à ma fille et elle m'a dit « ben voilà tant mieux maman »

Moi : Et est ce qu'on a relevé des problèmes de santés que vous ne saviez pas ?

Patiente : Non, je savais une bonne moitié mais pas tout

Moi : Et pour vous, quels sont les points positifs ?

Patiente : Ya quand même eu beaucoup de point positif quand vous m'avez posé les questions

Moi : Et pour vous les questions vous ont semblé trop intrusifs ou personnels

Patiente : Franchement non, je me croyais chez un psychologue.

Moi : et saviez-vous que tous les chapitres abordés faisaient partie de la santé globale

Patiente : Ah oui oui. Mais je vais vous dire, depuis que j'ai fais les deux vaccins, j'ai mal aux jambes et aux bras. C'est possible ?

Moi : Ce sont des choses à évaluer plus en détails avant de conclure. Parfois la part psychologique peut être prédominante. En tout cas n'hésitez pas à vous stimuler à bouger

Patiente : mais pour l'instant j'ai mon genou qui m'empêche de marcher.

Moi : Eh ben ça va ! Vous avez des questions ?

Patiente : Je vous remercie docteur je n'ai plus de question

Moi : Je vous remercie d'avoir participer, merci beaucoup !

Résumé narrative :

A l'issu de l'évaluation gériatrique par l'outil geristeps, la patiente présente les problèmes suivants : troubles du sommeil, médications, humeur dépressive et psychosocial. La patiente insiste fortement sur ces difficultés sur le plan financier qui l'empêcherait de prendre en charge convenablement. De plus, ça l'empêche de pouvoir apporter l'aide qu'elle souhaiterait apporter. La patiente est assez isolée socialement et n'est pas proactif socialement. La patiente n'a pas l'air d'être au courant des différents avantages dont elle dispose qui lui permettrait de réduire le cout des soins.

Concernant ses problèmes de santé relevé par l'EGS, la patiente savait une bonne moitié mais pas tout.

La patiente n'était pas au courant que ce problème faisait partie de la santé globale et l'a appris via l'entretien.

Concernant ses priorités, l'aspect financier prend une place importante dans la décision. Elle souhaite continuer à faire les choses seules et souhaite prendre en charge le deuil lié au décès de son mari. De plus la patiente ne semble pas vouloir prendre en charge tous ses problèmes de santé, elle s'inquiète moins qu'avant pour ses choses-là.

Face à la décision médicale, la patiente ne fait pas intervenir son propre avis, elle a tendance à suivre l'avis de son médecin.

La patiente était satisfaite de l'expérience, elle y trouvait beaucoup de points positifs sans les détaillés. Elle a perçu ça comme une consultation chez un psychologue.

Schéma conceptuel :

Question 1 : Quel problème à mis en évidence 4

- Sommeil a
- Médication b
- Psychosocial c
- Humeur d
- Manque d'information médicale e 10

Question Central 2 : Est-ce que la patiente établit une priorisation dans ses
Pour la patiente : Priorisation dans la prise en charge de ses problèmes

- Statut financier et le cout des soins 7
- Faire les choses seules 3
- Prise en charge psychologique 6

Question 3 : Place de la patiente dans la décision médicale

- L'avis du médecin prime 4
- Son avis n'intervient pas 4

Question 4 : Son avis par rapport à cette expérience

- Satisfaite 5
- Procure du bien 5

10.7 Annexe 7 : Formulaire de consentement éclairé

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE AU PATIENT/PARTICIPANT

1. Je _____ soussigné(e) _____ (NOM, _____ Prénom(s)),

.....
déclare avoir lu l'information qui précède et accepter de participer à « Est-ce que les données d'une évaluation gériatrique standardisée réalisée par l'outil Geristeps permettent d'enrichir la liste des problèmes de santé des patients âgés. Dans un second temps, est-ce que cette liste forme le point de départ pour une décision médicale partagée orientée sur les objectifs de santé du patient. »

-
.....
.....
2. On m'a remis une copie de ce formulaire de consentement éclairé signé et daté, ainsi que de la note d'information destinée au patient. J'ai reçu une explication concernant la nature, le but, la durée de l'expérimentation et j'ai été informé(e) de ce qu'on attend de ma part. On m'a donné le temps et l'occasion de poser des questions sur l'expérimentation; toutes mes questions ont reçu une réponse satisfaisante.
 3. J'ai été informé(e) de l'existence d'une assurance.
 4. Je sais que cette expérimentation a été soumise et approuvée par le Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc - UCLouvain.
 5. Je suis libre de participer ou non, de même que d'arrêter l'expérimentation à tout moment sans qu'il soit nécessaire de justifier ma décision et sans que cela n'entraîne le moindre désavantage.
 6. En signant ce document, j'autorise l'utilisation des données me concernant dans le respect de
 - la loi belge du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée ;
 - la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient ;
 - la loi du 7 mai 2004 relative à l'expérimentation sur la personne humaine ;

- les réglementations européennes (règlementation générale européenne sur la protection des données à caractère personnel [RGPD] du 25 mai 2018) et belges en vigueur.

7. Je n'ai subi aucune pression physique ni psychologique induite pour ma participation à l'expérimentation/enquête.

8. Je consens de mon plein gré à participer à cette expérimentation/enquête.

.....

...../...../20.....

Nom, prénom et Signature

Date (jour/mois/année)

du (de la) patient(e)/participant(e)

Je, soussigné, M. Tadlaoui Abdelmoumen confirme que j'ai expliqué la nature, le but et la durée de l'enquête au (à la) patient(e) mentionné(e) ci-dessus.

.....

...../...../20.....

Signature de la personne qui procure l'information

Date (jour/mois/année)