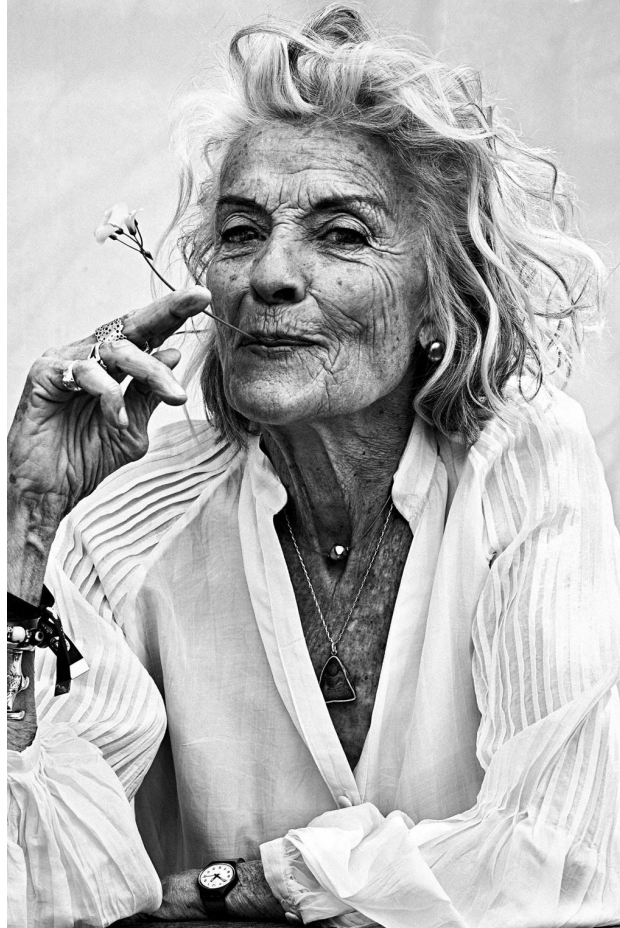




LA PERCEPTION DE L'ÂGISME EN MÉDECINE GÉNÉRALE

TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDE RÉALISÉ EN VUE DE L'OBTENTION DU
MASTER DE SPÉCIALISATION EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Auteur : Dr DEBOODT Alyson

Promoteur : Dr ROCHET Jean-Stephan

« Nous sommes capables de noter tous les détails d'une maladie et pourtant dans le même temps, nous ne prenons plus en compte les merveilles de la santé... » Maria Montessori.

Table des matières

Remerciements	4
Abstract	5
Listes des abréviations	6
Liste des tableaux.....	7
Liste des figures	7
1. Introduction	8
1.1. <i>Problématique dans le contexte actuel.....</i>	<i>8</i>
1.2. <i>Cas clinique – réflexions.....</i>	<i>9</i>
2. État des connaissances	11
2.1. <i>Épidémiologie</i>	<i>11</i>
2.2. <i>Les soins de santé mentale.....</i>	<i>12</i>
2.2.1. <i>En Belgique : « une offre qui n'est pas holistique » d'après le KCE</i>	<i>12</i>
2.2.2. <i>A l'étranger.....</i>	<i>13</i>
2.3. <i>L'Âgisme</i>	<i>14</i>
2.3.1. <i>Trois niveaux : individuel, institutionnel et sociétal.....</i>	<i>14</i>
2.3.2. <i>Une « déformation professionnelle » chez les soignants.....</i>	<i>15</i>
2.3.3. <i>Impacts cliniques des stéréotypes négatifs liés à l'âge.....</i>	<i>17</i>
2.3.4. <i>Solutions proposées dans la littérature contre l'âgisme.....</i>	<i>19</i>
3. Objectif et hypothèses de recherche	20
3.1. <i>Création de ma question de recherche.....</i>	<i>20</i>
3.2. <i>Hypothèses de recherche.....</i>	<i>20</i>
4. Méthodologie : 3 volets	21
5. Résultats et analyse des données.....	23
5.1. <i>Données concernant les participants.....</i>	<i>23</i>
5.2. <i>Données quantitatives</i>	<i>24</i>
5.2.1. <i>Connaissances sur l'âgisme préalablement à la rencontre.....</i>	<i>24</i>
5.2.2. <i>Auto-évaluation des tendances à l'âgisme chez les médecins généralistes.....</i>	<i>24</i>
5.2.3. <i>Proportion de patients ayant une vision négative de leur propre vieillissement.....</i>	<i>25</i>

5.2.4.	Impact pratique de la présentation sur l'âgisme à postériori de la rencontre	26
5.3.	<i>Données qualitatives</i>	28
5.3.1.	La perception de l'âgisme en médecine générale.....	28
5.3.2.	Facteurs déterminant l'âgisme	32
5.3.3.	Solutions proposées pour un changement de regard	35
5.3.4.	Interview de l'experte, le Dr Pauline Doucelance.....	40
5.4.	<i>Discussion des résultats en fonction de la littérature</i>	43
5.5.	<i>Biais et limites de l'étude</i>	45
6.	Perspectives d'action	46
7.	Conclusion	47
	Bibliographie	48
	Annexes	51

Remerciements

Je tiens à remercier en premier lieu mon promoteur, le Dr Jean-Stephan Rochet pour sa disponibilité et son accompagnement assidu dans l'élaboration de ce travail. C'est à lui que je dois la découverte de la méthode Montessori pour les personnes âgées, et le point de départ de mes réflexions sur mon travail.

Je remercie également Monsieur Simon Erkès, fondateur et directeur de Senior Montessori en Belgique ainsi que sa collègue Madame Alexandra Bertolutti pour m'avoir transmis les connaissances nécessaires à l'apprentissage de la méthode Montessori. Leurs précieux conseils m'ont permis de représenter du mieux possible les grands principes de cette philosophie aux médecins généralistes.

Mes remerciements s'adressent également à mes deux maîtres de stage, le Dr Valérie Colonval et le Dr Sophie Chartier pour leur soutien, leur écoute et leur compréhension inébranlables de ces 3 dernières années.

Je remercie bien évidemment tous les médecins participants aux focus groups sans lesquels ce travail n'aurait pu voir le jour. Je suis très reconnaissante envers eux pour leur ouverture d'esprit face à ce sujet peu connu, pour leurs réflexions sincères concernant mon travail ainsi que pour le temps qu'ils m'ont accordé en pleine crise sanitaire.

Je souhaite remercier tout particulièrement le Dr Pauline Doucelance pour son aide et ses encouragements dans l'élaboration de mon TFE. Je n'aurais pas pu espérer des remarques plus pertinentes et enrichissantes de sa part en tant qu'experte.

J'aimerais faire part de ma profonde gratitude à toutes les personnes qui ont pris le temps de relire à plusieurs reprises ce travail afin de le rendre le plus compréhensible et clair possible.

Enfin, j'apporte une attention toute particulière à ma famille, ma meilleure amie ainsi que mon compagnon qui ont toujours cru en moi durant ces longues années d'études et qui n'ont jamais cessé de m'encourager dans ce travail laborieux. Je les remercie du fond du cœur pour leur gentillesse, leur amour et leur soutien inconditionnel durant ces 9 années.

Je pense également très fort à ma grand-mère et mon grand-père qui m'ont beaucoup inspirée humainement dans mon rôle de médecin généraliste.

Abstract

Introduction : La discrimination fondée sur l'âge ne cesse de croître depuis plusieurs années. En 2020, elle a atteint son apogée lors de la crise sanitaire. L'âgisme a un impact significatif sur la santé des personnes âgées, cependant il reste peu connu des professionnels de la santé.

Objectifs : Ce TFE a pour but d'évaluer les connaissances des médecins généralistes sur l'âgisme, de comprendre les facteurs qui le déterminent et enfin d'envisager des pistes de solution pour le réduire en médecine générale.

Méthodologie : Ce travail comporte 3 volets. Une recherche dans la littérature a d'abord été effectuée afin d'établir une base scientifique des connaissances actuelles sur le sujet. Ensuite, trois focus groups composés de 35 médecins généralistes au total ont été réalisés sur le logiciel Teams afin de confronter les différentes opinions. Le Dr Doucelance, experte dans ce travail, a fait l'objet d'une 4^e interview individuelle. Une présentation power-point a été construite sur base des données scientifiques actuelles afin d'animer le débat et susciter l'intérêt des médecins. Enfin, deux questionnaires en ligne ont été remplis par les participants, un avant et un après la rencontre afin d'évaluer l'impact de la présentation sur leur pratique.

Résultats : La notion d'âgisme est mentionnée dans la littérature depuis de nombreuses années, ses conséquences sur la santé mentale mais aussi physique des patients âgés sont non négligeables. Une prise de conscience de la société concernant la stigmatisation du vieillissement est nécessaire pour préserver la santé mentale des personnes âgées selon le rapport du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé de 2018. Les mêmes recommandations avaient déjà été faites par l'Assemblée mondiale sur le Vieillissement en 1982. La majorité des médecins généralistes participant n'avaient aucune notion sur l'âgisme avant la rencontre en focus groups. Des témoignages discriminants voire de rejet de la population âgée se sont manifestés au cours de certaines interviews.

Conclusion : Ce qui ressort principalement de ce travail est la nécessité de sensibiliser la patientèle notamment en changeant notre regard sur le vieillissement en médecine générale.

Mots clés : âgisme, discrimination, personne âgée, médecine générale, stigmatisation, stéréotypes négatifs, soins de santé mentale, méthode Montessori

Indexation : P05 ; P28 ; Z04 ; Z10 ; QC15 ; QD22 ; QP43 ; QR33 ; QS41

Listes des abréviations

COVID-19 : Coronavirus

MR : Maison de repos

MRS : Maison de repos et de soins

OMS : Organisation Mondiale de la santé

KCE : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé

CDLH : Cebam Digital Library for Health

ORBI : Open repository and Bibliography

UCL : Université catholique de Louvain

ULB : Université Libre de Bruxelles

ULG : Université de Liège

MM Ff : Maison médicale au forfait

MM acte : Maison médicale à l'acte

SSMG : La Société Scientifique de Médecine Générale

CUESS : Certificat interUniversitaire en Ethique des Soins de Santé

Liste des tableaux

Tableau 1 : Chiffres de l'enquête de Santé de l'Institut Scientifique de Santé Publique (ISP)

Liste des figures

Figure 1 : Estimation du pourcentage de personnes âgées de plus de 65 ans en Belgique qui sont institutionnalisées, souffrent de dépression, se sentent seules et ont des problèmes auditifs: avis de la population générale et de différentes cohortes de professionnels de la santé.

Figure 2 : Nuage des 62 mots les plus fréquemment donnés par les infirmier(-ière)s du service d'oncologie du CHU de Liège (n = 76). Les mots en rouge correspondent aux mots négatifs (-5 à -1) ; en vert, les mots positifs (+1 à +5) ; et en bleu, les mots neutres (-1 à +1).

Figure 3 : Graphiques reprenant les caractéristiques principales des médecins

Figure 4 : Graphique reprenant les caractéristiques professionnelles des médecins

Figure 5 : Graphique représentant les connaissances des médecins sur l'âgisme préalablement à la rencontre.

Figure 6 : Graphique représentant l'auto-évaluation des tendances à l'âgisme de la part des médecins généralistes participant à l'étude à l'encontre des patients âgés de plus de 55 ans et de plus de 75 ans.

Figure 7 : Graphique représentant le pourcentage de patients de plus de 55 ans et de plus de 75 ans qui ont une vision négative de leur propre vieillissement d'après les médecins généralistes participant à l'étude.

1. Introduction

1.1. Problématique dans le contexte actuel

Un jour un patient m'a dit : « Vous savez docteur, la vieillesse ça ne se guérit pas ». A l'heure où la crise sanitaire fait des ravages dans le monde entier tant au niveau des vies humaines qu'au niveau économique, l'âgisme¹, s'est révélé au grand jour.

La pandémie liée au Coronavirus (Covid-19) a d'abord été minimisée par la société sous prétexte qu'elle ne touchait que la population âgée. Malgré le taux plus important de décès chez les aînés, les médias ont diffusé un plus grand nombre de reportages sur l'histoire de vie tragique des jeunes victimes plutôt que sur celles des plus âgés. Les maisons de repos ont dû faire face à un nombre considérable de résidents malades et/ou en fin de vie avec un personnel réduit et du matériel manquant. Et pourtant, une sorte « d'hospitalocentrisme » a été créé par les médias (2). L'admiration suscitée par le travail des soignants hospitaliers est certes justifiée et bien méritée mais elle est sans commune mesure par rapport à celle témoignée pour les institutions qui ont également vécu de grandes difficultés. A l'heure actuelle, certaines familles refusent encore que leurs parents ou grands-parents ne sortent de chez eux en raison des risques qu'ils encourent à cause de la pandémie. Cette privation de liberté compréhensible peut néanmoins avoir de graves conséquences sur la santé mentale des personnes, d'autant plus lorsqu'elle n'est pas consentie librement par le patient lui-même. Malheureusement pour certains patients, ce mal-être psychologique peut être dramatique et aboutir à ce que l'on appelle un syndrome de glissement² qui leur est fatal.

La problématique actuelle réside dans la profonde difficulté à laisser la population âgée faire ses propres choix en toute connaissance des risques encourus en ce qui concerne leur santé globale. Tout particulièrement lorsque ces derniers s'éloignent de la volonté générale de « surprotection » des anciens. En d'autres termes, il existe actuellement une discrimination

¹ « On qualifie d'âgisme toutes les formes de discrimination, de ségrégation, de mépris fondés sur l'âge. » (1)

² « Le syndrome de glissement correspond à la détérioration rapide de l'état général d'un patient âgé qui s'accompagne d'anorexie et d'un désir de mort plus ou moins directement exprimé, un renoncement passif à la vie. Le patient refuse alors les soins et de s'alimenter. La mort peut en conséquence survenir très rapidement, en quelques jours ou tout au plus quelques semaines. » (2)

« acceptable » par la population générale envers nos aînés. Le but de celle-ci est de préserver avant tout leur santé physique, à tel point qu'on oublie leur libre arbitre et qu'on met en péril leur santé mentale.

« Les droits d'une personne majeure inscrits dans la présente loi sont exercés par la personne même, pour autant qu'elle soit capable d'exprimer sa volonté pour ce faire. »³

1.2. Cas clinique – réflexions

Au cours de ma première année d'assistantat en médecine générale, j'ai été amenée à suivre chroniquement une patiente qui résidait en maison de repos et de soins (MRS), Madame W. Cette patiente présentait de légers troubles cognitifs qui ne l'empêchaient pas de tenir une discussion cohérente avec moi. Un jour, elle a fait une chute accidentelle qui lui a causé une fracture de l'humérus ainsi qu'une opération. A son retour en MRS, les infirmiers et aides-soignants n'avaient qu'une crainte, qu'elle ne tombe de nouveau, surtout pendant la nuit, la surveillance étant réduite. Ils ont donc insisté pour lui mettre des barreaux de lit, ce qu'on a accepté pour sa sécurité. La patiente avait beaucoup de mal à accepter ces barreaux car elle ne pouvait désormais plus se lever la nuit pour se rendre aux toilettes. Elle m'a confié être obligée d'uriner dans sa protection ce qui ne lui convenait pas du tout. Madame W. étant sans surveillance la journée dans sa chambre, elle a malheureusement de nouveau chuté à plusieurs reprises. Ces chutes étaient sans gravité mais engendraient une angoisse chez le personnel soignant du home. Par conséquent, une contention au fauteuil lui a aussi été imposée en chambre afin de la protéger. Madame W. a extrêmement mal toléré cette privation de mouvements au point que son moral s'est dégradé de jour en jour sous les yeux impuissants de tous. D'un commun accord avec le personnel soignant, la famille et mon maître de stage, il a été décidé que sa sécurité était primordiale. Étant donné son manque de fiabilité en raison de sa démence, les contentions ont donc été laissées sans tenir compte de l'avis de la patiente. Au vu de ses pleurs incessants, un antidépresseur lui a été prescrit pour tenter d'améliorer son moral mais ce fut sans grande efficacité. Elle est décédée quelques mois plus tard d'un syndrome de glissement.

³ Article 14, paragraphe 1^{er} de la Loi relative aux droits du patient du 22 août 2002. Publiée dans le moniteur belge le 26 septembre 2002.

A la suite de cette expérience personnelle difficile, je me suis remise en question sur la prise en charge que nous avons établie pour Madame W.. Premièrement, il était évident que cette patiente avait été rapidement stigmatisée « démente » par tous les intervenants, elle était donc jugée incapable de prendre des décisions pour elle-même. Peu de gens ont pris le temps de discuter avec elle et de constater que ses propos restaient cohérents. Deuxièmement, une décision collégiale a été prise afin de préserver à tout prix sa santé physique sans penser aux conséquences de la détérioration de sa santé mentale. Pourtant d'après l'OMS, « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* »⁴ Notre prise en charge a engendré une cascade d'évènements nuisibles au bien-être général de cette patiente et ma conscience professionnelle a également été impactée négativement.

Cette situation m'a fait ressentir un profond sentiment d'inutilité et d'impuissance face à cette patiente. Les deux années qui ont suivi m'ont malheureusement révélé que ce genre de situations, dans lesquelles la souffrance mentale de la personne âgée l'emporte sur la santé physique, n'est pas si anodine. J'ai donc fait des recherches dans la littérature sur la prévention des problèmes de santé mentale dans la population âgée et leur prise en charge. C'est alors que j'ai pris conscience que la base du problème est fondée sur le regard essentiellement négatif que porte la société sur le vieillissement.

En effet, nous vivons à une époque où vieillir est devenu mauvais pour l'individu mais aussi pour la société. Le vieillissement est redouté par la majorité d'entre nous parce qu'il est actuellement plus souvent associé à l'inutilité, la perte d'autonomie et la maladie plutôt qu'à la sagesse et l'expérience de vie. Cet âgisme, comme toutes les discriminations, peut avoir de graves conséquences sur la santé de nos patients âgés.

Quelles sont les réflexions des médecins généralistes à ce sujet ? Que pouvons-nous apporter comme solutions en médecine générale pour contrer cette discrimination ?

⁴ Définition de la santé de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

2. État des connaissances

2.1.Épidémiologie

Cette vision négative du vieillissement a été objectivée dans la plupart des enquêtes récentes. L'Eurobaromètre des statistiques de discrimination en Europe souligne même que *« l'âge constitue le facteur de discrimination le plus important, loin devant le sexe, l'origine ethnique ou la religion »* (3)(4)(5). L'âgisme n'a pas toujours été aussi répandu qu'à notre époque. Trois phénomènes expliquent son augmentation depuis les années 1800 ; Premièrement, la personne âgée tend de plus en plus à être considérée comme un **poids économique** pour la société. Un trop grand nombre de retraites sont à financer comparativement au manque d'emplois pour les jeunes. Deuxièmement, l'apparition des termes tels que « dépendance », « grabatisation », « démence » ces dernières décennies a favorisé une **médicalisation** progressive du vieillissement. Par conséquent, la société associe désormais la vieillesse à une entité malade et dépendante tant au point de vue physique, social qu'économique (4)(6). Troisièmement, le « **Papy-Boom** » évident vers lequel nous nous dirigeons dans les années futures n'améliore pas la situation. En effet, le nombre de personnes âgées de 80 ans ou plus devrait tripler d'ici 2050 dans le monde entier (7). En Europe, $\frac{3}{4}$ de la population sera constituée de personnes de plus de 65 ans en 2040 (3). Ce vieillissement de la population s'accélère en raison de la diminution du taux de natalité et du fait que ce dernier reste faible après le Baby-Boum de l'après-guerre (1945-1965) mais également en raison de l'augmentation constante de l'espérance de vie (7).

En conclusion, l'existence de l'âgisme est démontrée dans les études récentes (5), de même que ses conséquences importantes sur la santé de nos patients (3). Il est également consenti que cet âgisme va devenir une préoccupation majeure et croissante dans les années à venir. Pourtant il reste peu connu par les praticiens (3).

2.2. Les soins de santé mentale

2.2.1. En Belgique : « une offre qui n'est pas holistique » d'après le KCE

Dans son rapport de 2018 sur « *l'Organisation des soins de santé mentale pour les personnes âgées* » (8), le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) explique que la population âgée est davantage exposée aux problèmes de santé mentale que le reste de la population. Cela s'explique par leur exposition plus fréquente aux situations de deuils, de handicaps, de négligences physiques et de maltraitements. Ils sont également plus souvent confrontés à l'isolement, la perte d'autonomie, la solitude ou encore l'approche de la fin de vie qui peuvent être angoissants. La population âgée est donc plus encline à souffrir de problèmes de santé mentale que la population générale. Les chiffres de l'Enquête de Santé de 2013 dans le Tableau 1 démontrent ce mal-être important chez les aînés (8). Ceci est d'autant plus inquiétant que les problèmes de santé mentale chez les personnes de plus de 65 ans sont considérés dans le rapport de 2018 du KCE comme des **facteurs de mauvais pronostics**. En effet, la santé mentale des personnes plus âgées est davantage liée à la santé physique que dans la population générale. Par conséquent, cette tranche d'âge de la population qui présente un mal-être psychologique est à risque d'hospitalisations plus longues, de pertes d'autonomie plus rapides et d'un taux d'institutionnalisation plus élevé (8).

Tableau 2 : Chiffres de l'Enquête de Santé de l'Institut Scientifique de Santé Publique (ISP) (2013).

	65-75 ans	>75 ans	Pop générale
Détresse psychologique	23,8 %	33,4 %	31,8 %
Humeur dépressive	12,9 %	18,8 %	14,8 %
Anxiété	8,2 %	11,4 %	8,1 %
Problèmes de sommeil	29,4 %	36,6 %	29,6 %
Dépression majeure	7,3 %	9,9 %	6,7 %

Au vu de cette relation significative entre le psychique et le physique, le KCE préconise une **approche globale** mais également **spécifique** dans la prise en charge des problèmes de santé mentale des personnes âgées. En effet, cette tranche d'âge de la population forme un groupe très hétérogène au point de vue de leurs besoins, ceux-ci variant fortement en fonction de leur fragilité et de leurs pathologies. Voilà pourquoi définir la vieillesse sur seule base de l'âge chronologique n'a pas beaucoup de sens.

Paradoxalement, le KCE déclare qu'en Belgique, « *le système actuel ne rencontre pas l'ensemble des besoins nécessaires au bien-être mental des personnes âgées. (...) Il semble donc que l'offre de soins ne puisse pas être considérée comme holistique en ce sens qu'elle n'englobe pas l'ensemble des besoins physiques, psychologiques et sociaux des patients* »(8). Il propose donc plusieurs pistes pour améliorer les soins de santé mentale pour les personnes âgées parmi lesquelles on retrouve, notamment, une meilleure formation gériatrique des intervenants ainsi qu'une meilleure collaboration entre les différents professionnels de la santé.

Dans ce rapport de 2018, les auteurs mettent également en avant l'impact significatif des stéréotypes négatifs de la vieillesse sur la santé mentale des personnes âgées. D'une part, les professionnels de la santé ont tendance à négliger les problèmes de santé mentale dans cette tranche d'âge en les cataloguant plus rapidement comme des signes normaux du vieillissement. D'autre part, les tabous entourant la vieillesse et encore plus la maladie mentale constituent un obstacle significatif à la demande d'aide des personnes âgées aux professionnels de la santé.

Ils insistent donc sur l'importance de « *reconsidérer les paradigmes sociaux pour réduire la solitude, mettre en avant les capacités des patients plutôt que leurs déficiences et adapter l'organisation sociale et urbanistique (p.ex les logements transgénérationnels ou de groupe)* ». La société nécessite donc une **prise de conscience** concernant la stigmatisation du vieillissement : « *Pour les personnes âgées – qu'elles soient ou non atteintes de troubles mentaux – le maintien du sens de l'existence, du sentiment d'utilité et de l'inclusion dans la communauté nécessite une remise en question des valeurs de notre société (...)* » (8).

En conclusion, les ressources concernant la prise en charge des problèmes de santé mentale en Belgique pour les personnes de plus de 65 ans sont pauvres alors que cette tranche de la population est particulièrement touchée.

Selon l'OMS, « *Une société se mesure à la façon dont elle prend soin de ses citoyens âgés* ».

2.2.2. A l'étranger

La stigmatisation du vieillissement est un sujet considéré comme préoccupant dans plusieurs autres pays. Pour y remédier, l'Angleterre et le Canada ont lancé plusieurs campagnes de sensibilisation du public mais aussi des professionnels de la santé. Ils recommandent également dans leur *guidelines* une perception plus positive des soins pour prévenir et lutter contre les stéréotypes négatifs entourant le vieillissement. (8)

2.3.L'Âgisme

L'âgisme est un préjugé dirigé contre une personne en raison de sa différence d'âge. Ce terme a été inventé par Robert Butler en 1969, il est donc relativement récent mais de nombreuses recherches ont déjà démontré la nature omniprésente, la plupart du temps subconsciente et plutôt institutionnalisée de ces préjugés notamment aux États-Unis (9). Il se distingue des autres formes de discrimination tel que le racisme et le sexisme car il engendre des préjugés dirigés à l'encontre des membres d'un groupe que l'on rejoindra un jour (10).

2.3.1. Trois niveaux : individuel, institutionnel et sociétal

Le niveau individuel de l'âgisme, particulièrement présent chez les jeunes, pourrait être expliqué en partie par la théorie de la gestion de la terreur⁵. En d'autres termes, il serait un moyen de gérer la peur de mourir (11)(12). Le processus incertain et incontrôlable du vieillissement pourrait se traduire chez certains par une angoisse, celle de ne bientôt plus pouvoir satisfaire les idéaux sociaux de la jeunesse promus par notre culture anti-âge actuelle. (10)

Le niveau institutionnel de l'âgisme représente les discriminations fondées sur l'âge dans les maisons de repos et de soins ainsi que celles présentes dans les structures hospitalières. Il se traduit le plus souvent par une réification des patients âgés, une banalisation de certaines plaintes ainsi que par des tentatives d'économie à leur dépens (11). Ce sont les personnes âgées grabataires et présentant des troubles cognitifs qui subissent malheureusement le type d'âgisme le plus grave et le plus néfaste. « *Les percevoir comme invisibles et comme n'étant plus humaines les rend plus faciles à négliger.* » (11)

Le niveau sociétal de l'âgisme est lié à la condescendance et à l'utilisation d'un langage âgiste. Il dépend de la disponibilité des ressources financières dans la société et du pourcentage des personnes âgées dans le pays (12). « *Ce type de climat institutionnel qui affaiblit les patients âgés a un effet dévastateur sur leur qualité de vie.* » (11)

⁵ « La principale thèse du TMT affirme que les humains ont créé des tampons d'anxiété psychologique constitués d'une vision culturelle du monde et d'une estime de soi pour faire face à la conscience inconsciente de leur mort inévitable, qui est une menace potentielle » (Bodner, 2009).(11)

Au niveau mondial, des études ont montré que les sociétés modernes occidentales ont de fortes influences sur le reste du monde. La tendance à la marginalisation des personnes âgées est donc devenue une réalité universelle (11).

2.3.2. Une « déformation professionnelle » chez les soignants

De nombreuses études démontrent que les professionnels de la santé sont plus vulnérables aux stéréotypes âgistes que la population générale. Stéphane Adam, psychologue spécialisé en sénescence à l'Université de Liège, a mené plusieurs études avec son unité sur le sujet. Notamment celle représentée par la Figure 1. Elle objective une surestimation de la réalité en ce qui concerne la population de plus de 65 ans davantage marquée de la part des soignants comparativement aux non-soignants.

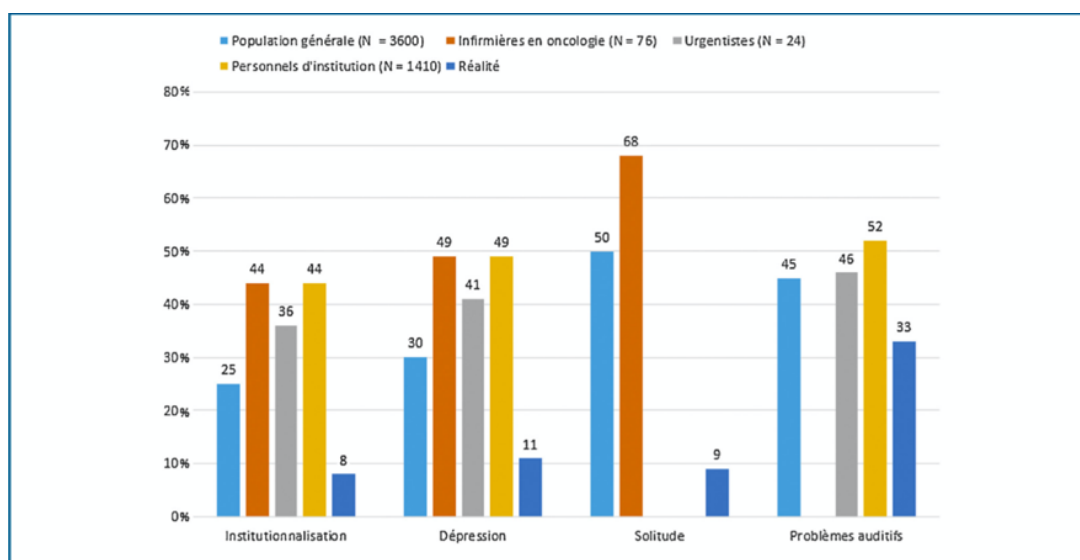


Figure 1 : Estimation du pourcentage de personnes âgées de plus de 65 ans en Belgique qui sont institutionnalisées, souffrent de dépression, se sentent seules et ont des problèmes auditifs : avis de la population générale et de différentes cohortes de professionnels de la santé. (5)

Cette « déformation professionnelle » s'explique premièrement par les contacts plus fréquents des soignants avec des personnes âgées en souffrance. Si on demande à des soignants d'énoncer les premiers mots qui leur viennent spontanément en tête quand ils pensent à une personne âgée, la grande majorité de ceux-ci sont négatifs. L'Unité de Psychologie de la Sénescence à Liège a fait l'expérience auprès d'infirmiers en oncologie. Ils ont ensuite rassemblé les 50 mots les plus cités dans la Figure 2. Celle-ci représente un nuage de mots dont 74% ont été jugés comme ayant une connotation négative. Pour avoir une idée de comparaison,

le même type de nuage a été réalisé avec des étudiants en psychologie à Liège et à Montréal et la proportion de mots ayant une connotation négative étaient plutôt de l'ordre de 46 à 48%.



Figure 2: Nuage des 62 mots les plus fréquemment donnés par les infirmier(-ière)s du service d'oncologie du CHU de Liège. Les mots en rouge correspondent aux mots négatifs ; en vert, les mots positifs ; et en bleu, les mots neutres (5).

Le développement d'attitudes âgistes chez les soignants serait également être favorisé, selon plusieurs études (5,6,13), par la **formation théorique ambivalente** que reçoivent les étudiants en médecine et de son inadéquation avec la réalité. D'une part, les cours reçus par les futurs médecins définissent le vieillissement comme étant un processus normal, non associé à l'âge chronologique. D'autre part, l'apprentissage des soins médicaux prodigués à la population âgée fait partie d'un cours spécialisé de gériatrie qui est très souvent jumelé aux cours de soins palliatifs et de fin de vie (6). De plus, ces cours sont très souvent axés sur le versant pathologique du vieillissement (maladie, dépendance, démence) plutôt que sur les capacités préservées des patients âgés (5). A cette ambiguïté théorique, vient s'ajouter la popularité croissante de la médecine régénérative et de la bio-médicalisation du vieillissement dont sont témoins les jeunes médecins de notre époque (6). Du point de vue pratique, les étudiants sont rapidement exposés à des patients âgés très malades et fragiles dont la prise en charge est souvent plus d'ordre social que véritablement médical et nécessite des soins de longues durées plutôt qu'une guérison rapide et efficace. Ceci fait contraste avec les exigences institutionnelles du système de soins de santé actuel qui valorise plutôt le rendement et l'efficacité des soins (6). Cette première rencontre avec la population âgée teintée de négatif et de frustration pour les jeunes médecins pourrait contribuer à développer chez eux une perception négative du vieillissement (6).

Peu d'articles ont été réalisés concernant l'âgisme chez les médecins généralistes, cependant il a déjà été mis en évidence dans des études réalisées en Chine et en Amérique (14,15). Même si la culture chinoise apprécie et respecte énormément la population âgée, elle n'en prouve pas moins une tendance à la discrimination envers eux de la part de leurs médecins

généralistes (14). Dans la présente étude, cet âgisme serait causé par une **connaissance insuffisante du vieillissement** et basé sur le **fondement d'idées fausses** à l'encontre de la vieillesse. « *Ce résultat prouve une fois de plus que le programme d'enseignement de la médecine se concentre toujours de manière rigide sur la maladie, sans tenir compte du bien-être social et psychologique des personnes âgées, comme le préconise l'Organisation Mondiale de la Santé* ». (14) Dans les zones rurales de la Floride, une étude a également démontré la présence de perceptions âgistes préoccupantes venant des médecins généralistes, principalement à l'égard des personnes âgées de plus de 85 ans et de celles vivant en maisons de repos. En conséquence : « *De nombreuses personnes âgées sont déjà conditionnées pour accepter le déclin fonctionnel et cognitif comme inévitable avec l'âge.* » (15)

2.3.3. Impacts cliniques des stéréotypes négatifs liés à l'âge

L'âgisme qu'il soit bienveillant ou malveillant a de graves conséquences sur la santé de la population âgée comme le démontrent de nombreuses recherches.

La **perte de mémoire** est souvent considérée comme une conséquence normale du processus de vieillissement. Le déclin mnésique devrait donc être identique dans toutes les cultures or ce n'est pas le cas. En effet, Levy et Langer ont comparé les performances de mémoire des personnes âgées chinoises et américaines en 1994 (9). Les tests ont révélé de moins bons résultats cognitifs dans la population américaine que dans la population chinoise. Cette étude suggère donc une influence psychosociale significative sur le déclin de la mémoire. Autrement dit, la vision du vieillissement étant plus pessimiste en Amérique qu'en Chine, cela amène la population américaine à croire en la véracité de ces stéréotypes négatifs liés à l'âge. Finalement, « *cela devient une prophétie qui se réalise d'elle-même* » (9)(16), même lorsqu'ils ne pensent pas consciemment que ces stéréotypes pourraient s'appliquer à eux. En conséquence, plus la population âgée croit en l'inévitabilité du déclin de la santé lié à l'âge et moins elle pense avoir le contrôle sur leur santé (16). Elles sont donc moins sujettes à adopter des **comportements préventifs et sains** ou encore à demander de l'aide médicale quand cela s'avère nécessaire (5,9). « *Elles sont et se déclarent être en moins bonne santé dans les années à venir (jusqu'à 28 ans après)* » (5).

Ces croyances aveuglantes et négatives propagées par la société sur le vieillissement ont donc aussi un impact sur la **santé physique** de la population âgée. En effet, la façon dont les personnes âgées sont perçues et dont elles se perçoivent elles-mêmes sont une source de stress

supplémentaire. Cette augmentation d'adrénaline a une influence négative sur le fonctionnement immunitaire et la santé cardiovasculaire ce qui engendre une **espérance de vie** moindre. De cette façon, une personne ayant une vision négative de son propre vieillissement peut vivre jusqu'à 7,5 ans en moins par rapport à une personne qui a une vision plus positive de sa santé (5). Cette dernière peut gagner entre 2,5 et 4,5 ans de longévité si elle a des pensées positives concernant respectivement sa santé mentale et sa santé physique (9). Autrement dit cela entraîne un taux de mortalité plus de deux fois supérieur si on pense que vieillir est mauvais (9). Ceci s'applique également **au niveau pathologique**, on peut prédire l'évolution d'un cancer sur un délai d'un an en fonction de la vision initiale du vieillissement qu'ont les patients atteints au moment du diagnostic (5). Une moins bonne récupération après une maladie peut également en découler (9).

En plus d'avoir un impact sur la perception qu'elles ont d'elles-mêmes, l'âgisme influence aussi **nos attitudes personnelles** envers les personnes âgées (4). En effet, il est courant que nous utilisions des phrases plus simples ou que nous parlions plus fort et/ou plus lentement lorsque nous sommes en présence d'une personne en apparence plus âgée, c'est ce que l'on nomme l'elderspeak (appelé aussi le « parler petit vieux »). De même, nous avons souvent tendance à vouloir mettre en place des aides excessives pour faciliter la vie de nos aînés voire parfois faire les choses à leur place. Ces « over-accommodations » sont des attitudes âgistes bienveillantes à l'égard de la population âgée mais elles ont également des effets délétères sur leur santé. Cela contribue à réduire la confiance en leur aptitude à réaliser des activités par eux-mêmes, une plus grande difficulté à les accomplir ainsi qu'une baisse de leurs performances réelles (4). « *En d'autres termes, l'excès d'aide participe à la grabatisation de nos aînés* » (5) et augmente leur dépendance.

Notre attitude professionnelle à l'égard de cette population vieillissante peut également être biaisée par l'âgisme et entraîner des répercussions sur leur santé. Vu la surestimation de la réalité concernant la population âgée de la part des professionnels de la santé (cf, Figure 1), il en découle une surestimation de certaines pathologies (la dépression par exemple (8)) et donc une sur-prescription médicamenteuse. Une réduction de leurs performances peut en découler et alimenter de nouveau la vision négative que nous avons sur le vieillissement. Or, plus nous vieillissons et plus la conception que nous avons du vieillissement impacte sur notre propre santé (10).

2.3.4. Solutions proposées dans la littérature contre l'âgisme

L'âgisme intra-personnel est fortement influencé par la personnalité et par des facteurs psychologiques propres à chacun (12). En d'autres mots, certaines personnes sont plus enclines à réduire l'âgisme par leurs attitudes naturellement plus positives à l'égard des personnes âgées tandis que d'autres préféreront s'éloigner de cette tranche d'âge pour des raisons qui leur sont propres. Au niveau interpersonnel et intergroupe, les stéréotypes âgistes sont déterminés en grande partie par les relations partagées avec la population âgée (12)(13).

Pour lutter contre l'âgisme, les recommandations sont donc premièrement, une **sensibilisation** de la société quant à la stigmatisation des personnes âgées, aux effets néfastes sur leur santé et aux mythes concernant le processus de vieillissement (8,10,17). Autrement dit, il faudrait promouvoir **une vision plus positive** du vieillissement et réduire les « over-accommodations ». Deuxièmement, il faudrait favoriser les **contacts intergénérationnels de bonne qualité** (5,9,17) dans le but de renforcer le soutien social et familial et diminuer les risques de développer des attitudes âgistes chez les plus jeunes. Ces relations familiales positives procurent un sentiment de sécurité et de considération chez les personnes âgées ce qui permet de faire tampon avec leurs perceptions négatives d'eux-mêmes et les conséquences néfastes des stéréotypes sur leur santé (9,17). « *Nous sommes moins susceptibles de stéréotyper les personnes âgées dont nous avons une image positive* » (12). Troisièmement, il faut **conscientiser les professionnels de la santé quant aux impacts des stéréotypes négatifs** liés à l'âge sur la santé de la population âgée en améliorant leur formation. (5,10,15,17,18).

Nous pouvons donc conclure que les études démontrant l'omniprésence de l'âgisme dans la société sont nombreuses de même que celles qui prouvent ses conséquences graves sur la santé des personnes âgées. Les professionnels de la santé mais aussi la population générale restent peu informés sur ce sujet (5). Pourtant, l'Assemblée mondiale sur le Vieillissement avait déjà énoncé des recommandations concernant cette problématique en 1982 : « *Les gouvernements et les organisations internationales qui s'occupent du problème du vieillissement devraient mettre en œuvre des programmes visant à informer la population en général au sujet du processus de vieillissement et des personnes âgées. Cette sensibilisation devrait débiter dès l'enfance et être dispensée dans les établissements d'enseignement de tous les niveaux..., ce qui conduirait à une connaissance plus profonde du sujet et aiderait à corriger les attitudes stéréotypées que l'on observe trop souvent à cet égard dans les générations actuelles* » (4).

3. Objectif et hypothèses de recherche

3.1. Création de ma question de recherche

Les recherches effectuées dans la littérature sur l'âgisme ainsi que mes deux formations⁶ à la méthode Montessori m'ont apporté un tout autre regard sur le vieillissement et son accompagnement en tant que médecin généraliste. Mon objectif de départ était de récolter les avis des médecins concernant l'application des grands principes de cette méthode en médecine générale pour lutter contre l'âgisme en tant que soignant. C'est au travers de cette première étape que j'ai pu rapidement me rendre compte du manque de connaissances des médecins généralistes à propos de l'âgisme en lui-même et de ses impacts cliniques sur les patients. J'ai donc décidé de changer mon objectif de recherche et de me concentrer essentiellement sur **la perception de l'âgisme en médecine générale**. Grâce à la récolte de ces données, j'espère pouvoir ouvrir des perspectives d'action pour lutter contre l'âgisme en médecine générale.

3.2. Hypothèses de recherche

Le médecin généraliste se trouve au cœur de la prise en charge de la patientèle âgée par ses relations étroites, durables mais également plus fréquentes avec celle-ci (8). Le regard qu'il porte sur le processus du vieillissement a donc un impact considérable sur la façon dont le patient âgé se perçoit mais aussi sur la façon dont il est perçu par son entourage et ses aidants. Adopter une **vision plus positive dans les soins aux personnes âgées en consultation de médecine générale** pourrait amorcer un changement de regard sur la vieillesse et réduire les stéréotypes âgistes. De plus, étant donné notre rôle important dans la prévention et la prise en charge des problèmes de santé mentale de cette tranche d'âge, il serait également opportun de **sensibiliser les médecins généralistes** quant aux impacts cliniques significatifs de la stigmatisation de la vieillesse. Cette sensibilisation sur l'âgisme en médecine générale pourrait être un premier pas vers un changement de regard sur le vieillissement et son accompagnement.

⁶ « Vieillissement cognitif difficile et comportements associés : comprendre et agir au quotidien avec la méthode Montessori » via l'ASBL SARAH qui a organisé 5 séances de formation sur l'année 2020. J'ai également suivi 4 journées de formation à la méthode Montessori pour les personnes âgées données par le directeur de Senior Montessori, Simon Erkès fin de l'année 2020.

4. Méthodologie : 3 volets

Mon travail de fin d'étude est une étude mixte composée d'une partie quantitative dont les données sont récoltées à l'aide de deux questionnaires en ligne et d'une partie qualitative dont les données résultent de 3 focus groups composés de médecins généralistes.

J'ai tout d'abord fait des recherches dans la littérature afin d'étoffer mes connaissances scientifiques sur le sujet. Ces recherches ont été réalisées sur le site CDLH (Cebam Digital Library for Health), Farmaka, PubMed⁷ ainsi que dans ORBI (Open repository and Bibliography)⁸ et s'étendent de 2011 à 2021. Cette première étape me permet de comparer les données de la littérature à celles récoltées dans les interviews avec les médecins généralistes.

Ensuite, j'ai créé une présentation power point qui résume l'ensemble de mes recherches sur le sujet de l'âgisme en première partie et de la méthode Montessori en seconde partie. Le but était de sensibiliser les médecins généralistes à la problématique de l'âgisme et de ses impacts cliniques grâce à une base scientifique pour pouvoir lancer un débat sur les pistes de solutions possibles pour lutter contre celui-ci en médecine générale. La présentation power point a été exposée en totalité dans le 1^{er} focus group avant la discussion. J'ai ensuite décidé de faire passer celle-ci après la discussion lors du 2^e focus group et de la raccourcir afin d'obtenir un débat plus riche en réflexions. Pour le 3^e focus group, j'ai décidé de supprimer la seconde partie sur la méthode Montessori vu la réorientation de ma question de recherche. J'ai contacté les médecins généralistes par mail par l'intermédiaire des postes de garde des régions de Charleroi, Namur, Binche et du Brabant Wallon. Grâce à leur participation volontaire, j'ai créé 3 focus groups composés respectivement de 8, 6 et 21 médecins. Les focus groups ont été réalisés sur le logiciel Teams en raison des mesures sanitaires actuellement en vigueur. L'avantage des focus groups était de confronter les différentes opinions autour du sujet de

⁷ MeSH utilisé dans PubMed : (*âgisme.mc[TER_MSH]*), *médecine générale.mc[TER_MSH]*. Equation de recherche :*((("ageism"[MH] OR ("ageism"[TW] OR "age discriminations"[TW] OR "discriminations, age"[TW] OR "discrimination, age"[TW] OR "age discrimination"[TW]))) AND ((("community medicine"[MH] OR "physicians, family"[MH] OR "gatekeeping"[MH] OR "general practitioners"[MH] OR "general practice"[MH] OR "physicians, primary care"[MH]))).*

⁸ Répertoire des publications scientifiques de l'Université de Liège

l'âgisme, de ses déterminants et des pistes de solutions. Un guide d'entretien a été établi pour faciliter la récolte des données qualitatives.

En parallèle, j'ai écrit deux questionnaires en ligne sur le site internet LimeSurveyProfessional. Le premier me permet de récolter les données personnelles et professionnelles concernant les participants ainsi que leurs connaissances préalables sur le sujet de l'âgisme. Il est rempli par les participants avant le focus group. Le deuxième a pour but d'identifier l'impact de ma présentation sur leur pratique, il est donc complété par les médecins après leur participation au focus group.

Je me suis également entretenue individuellement par Teams avec le Dr Pauline Doucelance, médecin généraliste et lauréate du prix du généraliste 2020 pour son travail de fin d'étude sur la méthode Montessori en maison de repos de 2018-2019⁹. Grâce à une brève formation sur cette méthode, les médecins généralistes participants à son étude ont témoigné avoir un nouveau regard sur leurs patients âgés : « *les médecins considèrent cette méthode comme du bon sens, elle revalorise la personne âgée* », « *c'est l'essence même de la relation humaine* » (19). Je considère le Dr Doucelance comme experte dans mon travail en raison de sa grande sensibilité concernant le bien-être psychologique des personnes âgées. De plus, son approche basée sur la philosophie Montessori permettra d'apporter des remarques pertinentes sur la perception de l'âgisme en médecine générale et diversifiera également les pistes de solutions.

⁹ Question de recherche du Dr Pauline Doucelance : « *Quelle est la place d'une formation à la méthode Montessori adressée aux médecins généralistes pour une meilleure prévention et prise en charge des troubles du comportement des personnes âgées souffrant de démence en maison de repos ?* »

5. Résultats et analyse des données

5.1. Données concernant les participants

35 médecins généralistes ont participé aux focus groups. 35 ont répondu au premier questionnaire et 25 au deuxième questionnaire. Seuls les questionnaires contenant des réponses complètes et pertinentes ont été sélectionnés. Le premier questionnaire a donc récolté 26 résultats et le deuxième en a récolté 21.

La majorité des participants sont des femmes, ont moins de 35 ans et ne sont pas coordinateur de maison de repos. La plupart d'entre eux ont moins de 20 années de pratique, néanmoins 8 parmi eux exercent depuis plus de 30 ans la médecine générale dont 3 qui comptent plus de 39 ans d'expérience. Les participants possèdent entre 30 et 50% de patients âgés de plus de 65 ans mais la majorité de ceux-ci ne résident pas en maison de repos.

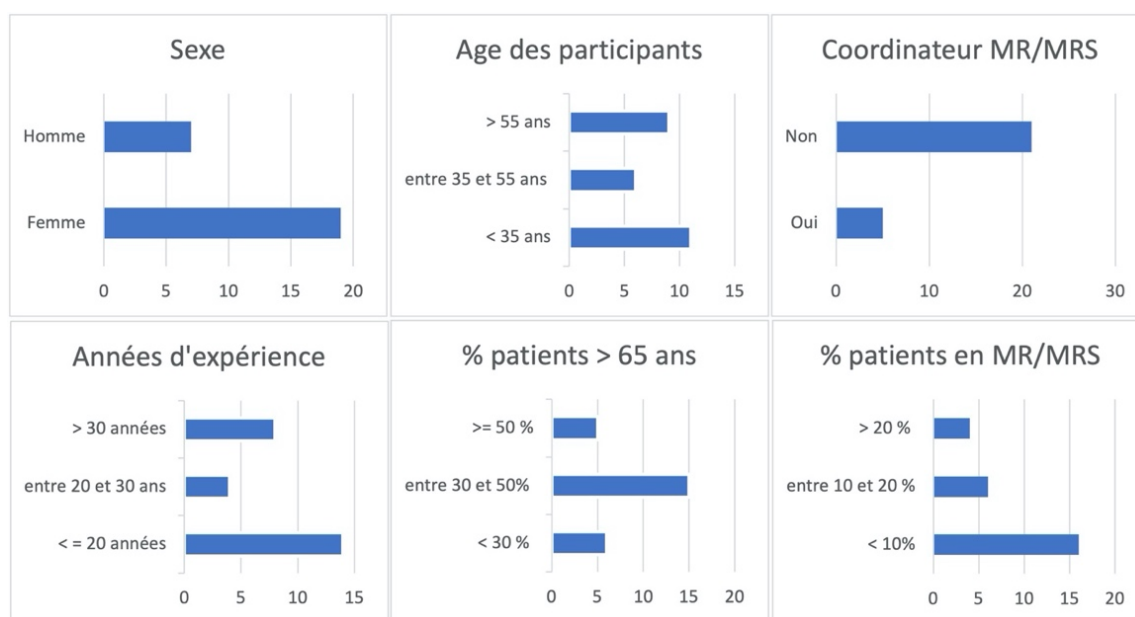


Figure 3 : Graphiques reprenant les caractéristiques principales des médecins

Les médecins généralistes ont été formés soit à l'Université Catholique de Louvain (UCL) soit à l'Université Libre de Bruxelles (ULB), seuls deux d'entre eux ont suivi leur formation médicale à l'Université de Liège (ULG) ou à Anvers. Les participants travaillent en majorité seuls et en milieu semi-urbain.

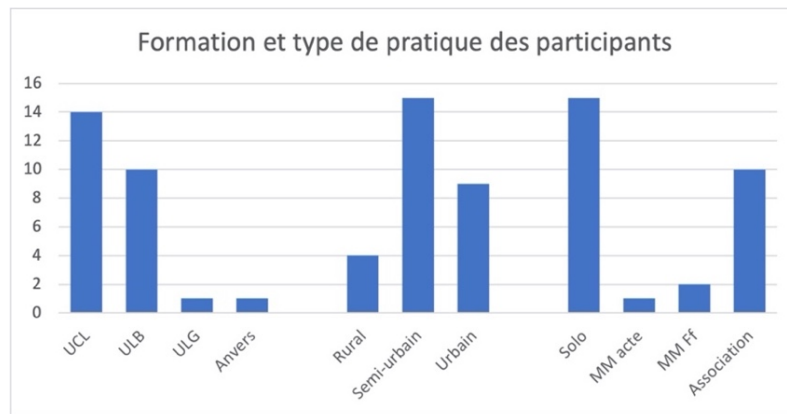


Figure 4 : Graphique reprenant les caractéristiques professionnelles des médecins

5.2. Données quantitatives

5.2.1. Connaissances sur l'âgisme préalablement à la rencontre

57% des médecins généralistes n'avaient jamais entendu parler d'âgisme avant les focus groups, soit 16 médecins sur les 26. Sur la totalité des médecins, 6 d'entre eux n'ont pas su donner une définition de l'âgisme et 7 l'ont mal défini. En conclusion, la moitié des médecins généralistes participants n'avaient aucune notion sur l'âgisme préalablement aux focus groups.

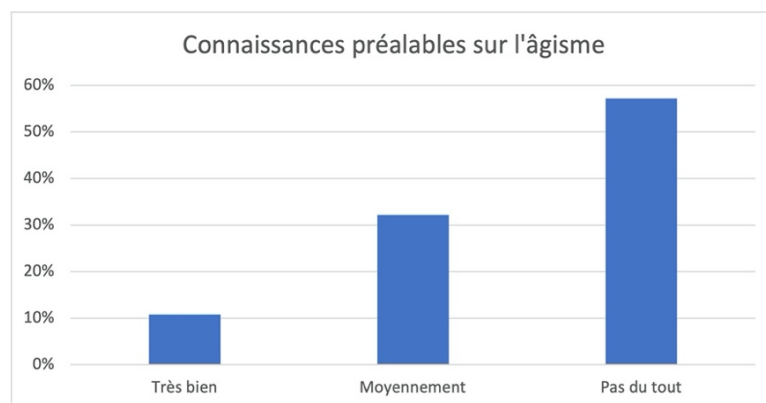


Figure 5 : Graphique représentant les connaissances des médecins sur l'âgisme préalablement à la rencontre.

5.2.2. Auto-évaluation des tendances à l'âgisme chez les médecins généralistes

Sur les 35 médecins généralistes interviewés dans les focus groups, 21 ont répondu entièrement aux questions du second questionnaire. Celui-ci a été publié en ligne 3 semaines après la rencontre sur Teams. Les participants sont donc tous sensibilisés à la notion d'âgisme et de ses impacts cliniques sur les patients quand ils répondent au questionnaire.

A la première question : « Comment évalueriez-vous votre tendance à l'âgisme avec les patients d'âge supérieur à 55 ans ? », 76% des médecins (c'est-à-dire 16/21) ont répondu une note inférieure à 5 sur 10 tandis que 24% seulement (soit 5/21) ont donné une note supérieure ou égale à 5 sur l'échelle de 1 à 10. Le score moyen de cette question est de 3 sur 10.

A la seconde question : « Comment évalueriez-vous votre tendance à l'âgisme avec les patients d'âge supérieur à 75 ans ? », la tendance s'inverse légèrement avec 52% des médecins qui ont donné une note supérieure ou égale à 5 sur une échelle de 1 à 10 (soit 11/21) et 48% gardent une note inférieure à 5 sur 10 (soit 10/21). Le score moyen de cette question est de 5 sur 10.

Les médecins généralistes participants aux focus groups estiment donc avoir plus d'attitudes âgistes envers les personnes de plus de 75 ans qu'envers celles de plus de 55 ans même si la tendance reste ambivalente.

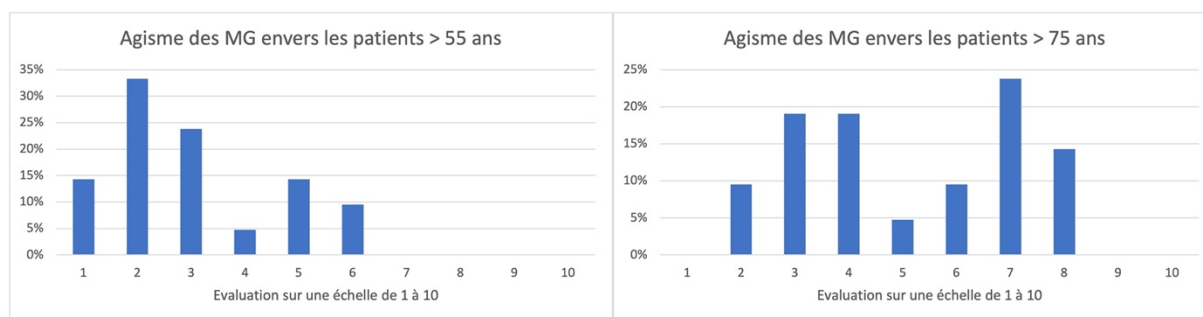


Figure 6 : Graphique représentant l'auto-évaluation des tendances à l'âgisme de la part des médecins généralistes participant aux focus groups à l'encontre des patients âgés de plus de 55 ans et de plus de 75 ans.

5.2.3. Proportion de patients ayant une vision négative de leur propre vieillissement

Les médecins généralistes ont également dû répondre à postériori des focus groups aux deux questions suivantes concernant la vision du vieillissement que possèdent leurs patients en fonction de leur âge.

Premièrement : « Comment évalueriez-vous la proportion de vos patients d'âge supérieur à 55 ans qui ont une vision négative de leur propre vieillissement ? » Les réponses sont plus dispersées mais marquent néanmoins une tendance plus importante pour une note supérieure ou égale à 5 sur l'échelle de 1 à 10. En effet, 71% des médecins estiment que plus de la moitié

de leurs patients âgés de plus de 55 ans ont une vision négative de leur propre vieillissement (soit 15/21). Le score moyen de cette question est de 5.57 sur 10.

Deuxièmement : « Comment évalueriez-vous la proportion de vos patients d'âge supérieur à 75 ans qui ont une vision négative de leur propre vieillissement ? » L'opinion générale majoritaire est représentée par une note supérieure ou égale à 5 sur l'échelle de 1 à 10. Par conséquent, 90,5% des médecins participant pensent que plus de la moitié de leur patientèle âgée de plus de 75 ans a une vision négative de leur propre vieillissement (soit 18/21). Le score moyen de cette question est de 7,19 sur 10.

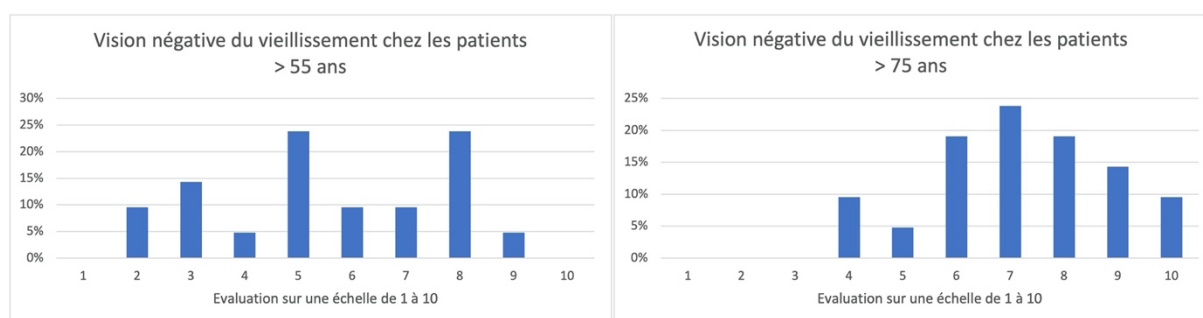


Figure 7 : Graphique représentant le pourcentage de patients de plus de 55 ans et de plus de 75 ans qui ont une vision négative de leur propre vieillissement d'après les médecins généralistes participant à l'étude.

5.2.4. Impact pratique de la présentation sur l'âgisme à postériori de la rencontre

Afin d'avoir une idée de l'impact de ma présentation sur l'âgisme chez les médecins traitants participants, je leur ai posé les questions suivantes :

« Comment évalueriez-vous l'impact dans votre pratique de cette sensibilisation sur l'âgisme ? » La quasi-totalité des médecins ont donné une note supérieure ou égale à 5 sur 10, soit 95% ont trouvé que cette présentation visant à la sensibilisation des comportements âgistes avait eu un impact significatif dans leur pratique (20 médecins sur les 21). Le score moyen de cette question est de 6,5/10.

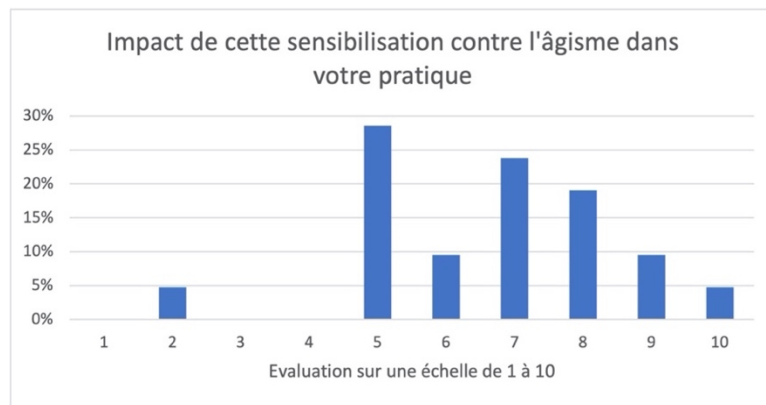


Figure 8 : Impact de cette sensibilisation contre l'âgisme

« Qu'est-ce que cette sensibilisation sur l'âgisme vous a apporté en pratique ? » La plupart des médecins déclarent que cette présentation les a conscientisés au problème et a permis de modifier leur regard sur le vieillissement.

ID4 : « Un rappel d'être attentif à cela car bien plus présent que ce qu'on pense. Être sensibilisé nous permet de changer notre regard et c'est ça qui fera la différence je pense. »

ID10 : « Une autre façon de voir, une plus grande ouverture d'esprit. Une réflexion sur la vie. »

ID2 : « (...) Cette présentation m'a ouvert les yeux sur mon propre comportement discriminant vis-à-vis des plus âgés, dont je n'avais pas conscience, malgré mon envie d'aider cette tranche de la population. »

« Avez-vous sensibilisé des patients à l'âgisme depuis notre rencontre ? Si oui, comment cela s'est-il passé ? Si non, pourquoi ? » 11 médecins sur 21 ont répondu négativement à cette question, notamment en raison du peu d'occasions qui se sont présentées. Certains d'entre eux ont néanmoins exprimé des réflexions positives sur le sujet. Les médecins restants ont principalement changé leur discours sur le vieillissement et ont fait participer les patients plus activement à leur prise en charge pour les sensibiliser à la problématique de l'âgisme. Un des médecins a même intégré le concept d'âgisme dans un des cours du CUESS (Certificat interUniversitaire en Ethique des Soins de Santé) qu'il donne à l'UNamur intitulé « Choix au grand âge ».

ID9 : « Non, pas eu franchement l'occasion. Par contre dans une discussion avec un spécialiste oui. Je pense que c'est d'abord mon attitude et celles d'autres soignants qu'il faut d'abord travailler, et les patients vont suivre si on les considère mieux »

ID1 : « (...) Je suis plus attentif à la perception de la sénescence et je tente de modifier mon entretien. Mais pas d'angélisme , chaque patient à son vécu et son patrimoine génétique qui vont aussi influencer sa façon de gérer son vieillissement. »

ID25 : « Oui, 1x. Un patient de 70 ans qui me disait "de toutes façons, je suis vieux". Je lui ai brièvement expliqué l'impact négatif que pouvait avoir cette pensée sur sa santé, et que "la vieillesse était dans la tête". »

5.3. Données qualitatives

3 focus groups ont été réalisés sur le logiciel Teams pendant une durée de 2h environ. Les médecins nommés de A à H font partie du premier focus group, de J à N du 2^e focus group et de 1 à 21 du 3^e focus group. Plusieurs thématiques en sont ressorties avant et après la sensibilisation des médecins sur le sujet. Celles-ci permettent d'avoir une meilleure idée de la représentation que se font les médecins généralistes sur l'âgisme.

5.3.1. La perception de l'âgisme en médecine générale

Avant la présentation sur l'âgisme :

L'âgisme complètement méconnu pour certains, vaguement familier pour d'autres, a généralement été défini par les médecins généralistes comme une **attitude différente** envers les personnes présentant un âge plus avancé, comme le tutoiement abusif et l'infantilisation notamment. Des médecins témoignent être mal à l'aise avec certaines situations, d'autres justifient ces attitudes comme de la solidarité entre les membres de la famille.

Med 1 : « (...) le tutoiement abusif déjà, je trouve que c'est une forme de mépris en soi parfois (...) »

Med 12 : « (...) Ca me met mal à l'aise parce qu'elle est vraiment bien et ils la traitent vraiment comme un enfant je trouve. »

Med M : « (...) je pense aussi que les personnes âgées, en tout cas en ce qui me concerne, ont parfois plus de difficultés à s'exprimer et cela peut parfois chez moi provoquer une attitude même de « rejet » (...) Je me sens mieux, plus à l'aise avec des personnes plus jeunes qu'avec des personnes plus âgées, tout en étant moi-même en train de vieillir bien sûr. (...) »

Med 6 : « (...) Moi je vais dire mes deux parents sont autonomes (...) mais s'il neige je vais leur dire : « ne sortez pas » parce que s'ils se cassent la jambe, ils me mettent moi dans l'embarras (...) C'est une question de solidarité dans la famille à ce moment-là. Et le covid aussi (...) c'était de la solidarité parce qu'ils savaient que s'ils étaient hospitalisés ils ne pouvaient pas aller les voir et être à l'hôpital tout seuls c'est pas évident. (...) Maintenant c'est vrai qu'on fait ça tous les jours, on va pas dire pour le moment à quelqu'un de 40 ans, faites attention ne tombez pas sur le trottoir, ne vous cassez pas la jambe alors qu'on le dira à quelqu'un à partir de 70-80. »

Au niveau professionnel, les médecins témoignent de divergences en fonction de l'âge dans **les interventions médicales proposées** aux patients ainsi que leur tendance à **banaliser** plus facilement certaines plaintes, en les mettant sur le compte de l'âge ou simplement par facilité. Certains expriment également des difficultés à tenir compte du seul avis de leur patient âgé quand une décision importante est en jeu (hospitalisation, refus de traitement par exemple). Le plus interpellant dans cette thématique, c'est le commun accord des médecins généralistes sur la **perte de liberté avec l'âge**. Celle-ci s'exprime tout particulièrement dans la notion de choix en maison de repos ou à l'égard des personnes présentant des troubles cognitifs.

Med M : « (...) je pense qu'il y a des choix qui sont pris, et encore maintenant bien sûr, en fonction de l'âge. (...) Il y a certainement la composante médicale pure, il y a probablement aussi le fait « est-ce que ça vaut la peine de traiter cette personne alors que, peut-être, elle n'a plus qu'autant de mois à vivre ? » (...) »

Med 14 : « C'est vrai que les personnes âgées qui ont des douleurs, on a tendance un peu banaliser. On dit que c'est de l'arthrose, c'est normal ! Alors qu'une personne plus jeune qui vient avec des douleurs directement on va faire un bilan, on va chercher pourquoi. (...) »

Med L : « (...) je me surprends moi-même à demander beaucoup plus vite l'avis de quelqu'un, soit à la place soit en tout cas en plus de la personne âgée quand c'est une personne âgée. Ce que je ne me permettrais pas avec quelqu'un de 50 ans. (...) »

Med K : « (...) Une personne [âgée] qui ne veut pas être hospitalisée (...) il faudra que je demande l'avis de la famille. (...) j'aurais peur pour la suite, j'aurais peur qu'elle ait mal compris donc je veux un autre appui (...) »

Med 14 : « Moi ce que je trouve étonnant c'est quand on les met en maison de repos, est-ce qu'elles ne doivent pas signer un papier comme quoi elles sont d'accord ? Ou on considère qu'elles sont trop âgées et elles n'ont plus leur mot à dire ? (...) »

Med 6 : « De toute façon, en vieillissant on perd notre liberté. Ne fut-ce que le home, les gens qui veulent faire des grasses matinées, ils ne peuvent pas (...) c'est tout le temps des règles imposées. On entre dans votre chambre sans frapper, on vous tutoie, on perd sa liberté en vieillissant je trouve. (...) »

Med J : « (...) Quand un diagnostic de démence est collé parce qu'il y a des troubles cognitifs débutants, c'est une catastrophe hein. Alors là on est dans l'âgisme en plein, on ne leur demande plus leur avis pour rien, et ils sont devenus incompetents pour tout (...) »

Concernant l'impact clinique de l'âgisme, les médecins généralistes sont partagés. Deux médecins du 3^e focus group ont répondu négativement à la question, niant tout impact clinique négatif lié à l'âgisme, trois d'entre eux estiment que l'effet de ce dernier varie en fonction des cultures et la plupart des médecins des deux autres focus groups soulignent un impact surtout au niveau psychologique.

Med 2 : « (...) Peut-être en Belgique, comme dit (Med 15), les parents en ont ras-le-bol mais là [en Italie] si les enfants ne font pas ça, ça ne va pas. C'est tout à fait ce que disait (Med 6) tantôt, culturellement on ne peut pas comparer. »

Med K : « (...) sur leur santé physique je ne sais pas peut-être mais sur leur santé mentale je pense que c'est clair que ça a un impact, sur leur moral à terme (...) »

Âgisme subconscient : Dans le 3^e focus group, des réflexions âgistes se sont construites au cours du débat malgré leur affirmation unanime de départ de traiter toutes les situations de la même manière quel que soit l'âge du patient. Un des médecins s'en rend compte et le met en évidence.

Med 6 : « A côté de ça, on a dit qu'il n'y avait pas d'âgisme par rapport aux jeunes et alors on est en train de massacrer les plus âgés (rires). »

Après la présentation sur l'âgisme :

La sensibilisation sur le sujet de l'âgisme et de ses conséquences cliniques sur les patients a suscité des réflexions intéressantes chez les médecins généralistes participant aux focus groups. Beaucoup d'entre eux ont marqué leur étonnement concernant l'impact clinique significatif des stéréotypes négatifs liés à l'âge sur la santé globale des patients mais aussi sur leurs performances. Trois des médecins appartenant au 2^e focus group ont mis en avant la stigmatisation liée aux tests MMSE et ont remis en question leur utilité.

Med A : « (...) c'est un peu comme Monsieur Jourdain qui faisait de la prose sans le savoir, et bien ici c'est la même chose. Le fait de pouvoir souligner cette problématique est vraiment très très intéressant (...) je suis assez secoué. A la fois sur le plan personnel (67 ans) et sur le plan professionnel [40 ans de pratique], en me disant que j'ai quand même raté pas mal de choses, même si on fait parfois sans le vouloir (...) »

Med J : « Je suis sidérée par les chiffres de réduction de la durée de vie liés à ces stéréotypes négatifs, je n'avais jamais lu ça nulle part donc je suis assez sciée. »

Med L : « Ça veut dire que le contexte dans lequel on vit influence très fort leur comportement, le contexte dans lequel nous mettons nos personnes plus âgées que la moyenne comme dit BD ça les influence très fort dans leurs compétences ?! »

Med N : « pour la présentation, je savais que la positivité pouvait influencer la durée de vie, on avait vu ça en cours d'oncologie je pense mais que nous soignants on pense si négatif, ça fait peur. Et faire encore passer le MMSE c'est une bonne question, je me rendais pas compte du traumatisme... »

Med J : « Moi j'ai une patiente que je vois régulièrement, une fois par mois, elle vient d'avoir 80 ans. (...) un jour elle a oublié qu'on était mercredi et qu'elle devait aller chercher ses petits-enfants à l'école. (...) une de ses filles, sans qu'on en ait vraiment discuté, a pris un rendez-vous et est allée lui faire passer un MMSE qui n'était pas très bon, je ne me souviens plus du score. Et elle est revenue à la maison avec une prescription de donépézil (...) on en a discuté et elle ne l'a jamais pris et cela ne s'est plus jamais reproduit. (...) Mais ce test, ça a vraiment été un traumatisme (...) Moi un jour j'ai aussi oublié mes filles à l'école, j'avais 35 ans (...) heureusement que je n'avais pas l'âge de faire un MMSE (...) ! »

5.3.2. Facteurs déterminant l'âgisme

Concernant les patients

Durant les interviews, les médecins ont relevé des caractéristiques propres aux patients âgés qui favorisent une prise en charge plus complexe, pénible voire parfois un comportement âgiste de leur part envers les patients.

L'auto-discrimination des patients est fréquente et difficile à vivre en médecine générale. En effet, les patients peuvent être extrêmement pessimistes, voire fatalistes quant à leur propre vieillissement. Les médecins peinent alors à faire ressortir le positif de ces consultations tandis que d'autres en tirent plutôt des avantages pour leur suivi. Dans le cas inverse où le patient refuse de vieillir et de modifier ses habitudes de vie en fonction de ses capacités parfois réduites, il peut mettre sa sécurité gravement en péril. Cette **non-acceptation du vieillissement** chez certains patients plus âgés complexifie la prise en charge par le médecin généraliste car celui-ci se retrouve alors tiraillé entre la sécurité et la liberté du patient mais également entre le désir de protection de la famille et le respect du libre-arbitre du patient.

Med 2 : « (...) moi je pense à une dame qui a 95 ans qui vit chez elle toute seule, impeccable mais : « c'est plus le même qu'avant docteur ! », c'est extraordinaire quoi ! Allez promener avec elle à la mer, elle va aller plus vite que vous mais « rho j'ai quand même mal au dos, ça ne va pas c'est quand même pas normal ! Vieillir comme ça ! » (...) »

Med J : « (...) Par rapport au fatalisme (...) Je pense que certains acceptent qu'il y ait un déclin physiologique (...) je pense que ceux qui sont dans cette acceptation sans pour autant en être malheureux, c'est plus facile quelque part pour nous, médecins généralistes, de les accompagner dans peut-être certains déficits qui arriveront à un certain moment. »

Med 17 : « Il y a beaucoup de personnes âgées qui n'acceptent plus de ne plus pouvoir faire ce qu'elles faisaient avant et d'être limitées (...) C'est quand même difficile parce que si la personne fait une mauvaise chute avec des conséquences plus graves, on se sent coupable quand même. C'est vrai qu'il faut essayer de respecter l'avis de la personne mais ils ne se rendent pas toujours compte qu'ils se mettent en danger donc on doit quand même essayer de les protéger à ce moment-là. (...) »

Med 18 : « (...) c'est pas toujours facile de convaincre la famille de laisser un petit peu de liberté (...) »

Concernant les médecins :

Les participants ont également décrit lors des interviews des caractéristiques personnelles et professionnelles qui influencent considérablement leur façon de voir et d'interagir avec les patients âgés. Chaque médecin généraliste a montré dans son discours une **sensibilité propre** à la problématique de l'âgisme. Au travers de leurs **expériences personnelles** positives ou négatives avec les aînés mais aussi de par leur **parcours professionnel**, certains portent plus facilement leur énergie sur ce combat que d'autres. Des médecins déclarent avoir évolué concernant le regard porté sur leurs patients âgés et leur accompagnement grâce à des formations supplémentaires. Un des médecins explique par exemple accepter plus facilement **la frustration** depuis sa formation en soins palliatifs. La frustration engendrée par une prise de décision du patient qui diffère de celle proposée par le médecin peut en effet être difficile à accepter et parfois même entraîner une attitude plus méprisante du médecin envers le patient.

Med M : « (...) je pense que chacun, individuellement, nous avons des sensibilités différentes. Mais moi personnellement, je peux dire que j'ai acquis ces dernières années un peu plus de répulsion je dirais à aborder des personnes âgées (...) Ce que j'ai vécu moi-même, dans mes propres relations familiales, ça, ça joue beaucoup dans notre manière après de le répercuter sur nos contacts avec nos patients. »

Med J : « Moi je me suis peut-être un peu drillée au fil des années. L'attitude que j'ai aujourd'hui je ne l'ai pas toujours eue (...) je suis médecin référent soins palliatifs dans ma région et de temps en temps il y a des gens qu'on ne parvient pas à soulager parce qu'ils ont des croyances que la morphine ça va les endormir, qu'ils ne seront plus en possession de leurs moyens, que si que là... ils crèvent de mal et on ne parvient pas à instaurer un traitement qui nous paraîtrait être apaisant et on est extrêmement frustré. Donc ça fait partie de notre job la frustration de la non-acceptation de quelqu'un qui a bien compris l'enjeu, qui a bien compris les possibilités qu'on lui offre et qui dit non. C'est pareil pour la personne âgée, ne pas accepter notre frustration et faire du forcing c'est de l'âgisme aussi, sous prétexte qu'il est âgé et qu'il faut prendre la décision à sa place. (...) »

Une responsabilité sociétale

Outre ces facteurs individuels propres aux patients et à leurs médecins, **l'ambiance environnementale négative** régnant autour du vieillissement est aussi un déterminant important de l'âgisme. Celui-ci est tellement ancré dans la société depuis des années que certains médecins déclarent même ne pas s'en être aperçu avant la présentation. Cependant, certains médecins généralistes du 3^e focus group estiment que l'âgisme doit faire l'objet d'une analyse au cas par cas, étant donné qu'il peut varier d'une culture à une autre et survient dès lors dans des situations qui ne sont pas comparables. Notre rôle est donc d'adapter notre perception en fonction de la famille à laquelle nous faisons face.

Med G : « (...) c'est aussi quelque chose de sociétal donc c'est un peu dans les mœurs comme ça... Comme disait notre confrère au début, on ne connaît pas vraiment parce qu'en fait on est habitué à ça ! (...) »

Med 6 : « mais au niveau de la patientèle, je pense qu'on vieillit avec eux donc on s'en rend pas bien compte. Moi j'ai jamais ressenti ça. Ni avec mes collègues ni avec les patients en tout cas. »

Med B : « (...) On souffre un peu de l'ambiance de l'environnement qui prône l'âgisme justement et qui garde, si on veut ou pas, parfois une tendance à considérer les personnes âgées comme non indépendantes, non autonomes, aller vite vite, qu'on ne respecte pas. (...) on a une position très importante dans toute la chaîne des soignants je pense, et donc si on ne l'applique pas nous et on ne montre pas l'exemple, et si on ne le reconnaît pas nous, ça ne fonctionnerait pas. (...) j'ai été une fois en Chine et là c'est tout à fait différent. Toutes les personnes surtout âgées, ils sortent dans les parcs, ils font leurs danses et tout ça, d'une manière très dynamique et sociale et donc c'est une toute autre atmosphère que par rapport aux personnes âgées ici en Europe je trouve. »

Med 6 : « (...) En tant qu'italienne, je l'ai senti quand j'ai été médecin. (...) J'ai eu très peu de patients italiens qui sont venus chez moi parce que je n'adhérais pas à ça. (...) A cette surprotection ! (...) c'est particulier, c'est la comédie de l'art parfois. (...) un peu mélo [mélodramatique]! C'est pour ça que je dis que c'est culturel ! Changer il ne faut pas changer, c'est toi qui doit t'adapter ! »

Évolution favorable des mentalités.

Malgré l'âgisme ambiant actuel, les médecins interviewés sont pour la plupart optimistes quant à l'évolution de celui-ci. Pour cause, un médecin évoque l'augmentation du temps de travail et donc moins de disponibilité de la part des enfants pour s'occuper de leurs parents. Il y voit un gain d'autonomie et d'indépendance pour les personnes âgées dans le futur. Des progrès dans la formation médicale ont également été mis en évidence par plusieurs médecins, notamment en ce qui concerne la gériatrie. A présent, les prises en charge des aînés sont plutôt basées sur leur degré de fragilité que sur leur âge chronologique. De même, les méthodes alternatives telle que la méthode Montessori deviennent de plus en plus connues des soignants.

Med 1 : « Mais ça [la surprotection] avec les générations ça va changer, parce que voilà c'est la génération des personnes âgées de maintenant mais par après si tu regardes les générations suivantes, je ne pense pas que je serai comme ça avec mes parents. (...) Donc à mon avis ça va se perdre »

Med J : « Je pense qu'en gériatrie, les choses ont quand même un peu changé dans le bon sens. (...) A un moment donné, les critères d'admission dans un service de gériatrie c'était d'avoir 75 ans, donc c'était clairement lié à l'âge. Ils ont modifié leurs critères dans la plupart des services de gériatrie, c'est vraiment une grille de fragilité (...) Je pense que quand même le regard change et qu'il y a des gens qui implémentent des notions différentes, voilà vous avez évoqué Montessori mais il y en a d'autres, pour vraiment valoriser les gens dans leurs capacités et dans leurs envies ! Dans leurs « en-vie » (...) »

Med K : « (...) Je suis sûre qu'il y a quelques années c'était pas comme ça du tout. Et maintenant on le voit effectivement dans les hôpitaux avec les services de gériatrie et de liaison. C'est vrai que le patient âgé est pris dans sa globalité et plus en fonction de son âge. Moi je trouve qu'on fait de plus en plus de choses. Et je vois au fur et à mesure des années, depuis que je travaille que ça évolue encore. »

5.3.3. Solutions proposées pour un changement de regard

Enfin, les médecins généralistes ont discuté des solutions envisageables en médecine générale pour réduire les comportements âgistes mais également changer le regard des patients sur le vieillissement. Quatre pistes ont été débattues lors des focus groups.

Promouvoir le positif dans les soins aux personnes âgées

L'attitude du médecin généraliste a un impact significatif sur la façon dont une personne âgée se perçoit et est perçue. Changer le regard porté sur la vieillesse doit donc commencer par la modification de toute une série de petites choses au cours de la consultation de médecine générale. Les médecins généralistes proposent notamment :

- D'adopter un discours **plus rassurant** sur le vieillissement sans pour autant nier son processus et ses impacts ;
- De **valoriser** la personne âgée en la laissant faire ses propres choix mais aussi en pointant et stimulant ses **capacités préservées** plutôt que ses déficits, tout en respectant son rythme ;
- D'opter pour un **dialogue ouvert, argumenté** ainsi qu'une **capacité d'écoute** plus importante avec les patients mais également leur entourage afin de les aider à accepter et à s'adapter à leur déclin physiologique variable mais inévitable. **Octroyer plus de temps** à ces patients est donc indispensable.

Med C : « (...) je crois qu'il ne faut pas nier l'impact de l'âge sur toute une série de problèmes. (...) je ne crois pas d'ailleurs que le patient attende qu'on nie ce genre de chose. Souvent même ça les rassure (...) on sait à quoi c'est dû, mais voilà on va quand même faire quelque chose pour vous. »

Med L : « En vous entendant, je repensais à une formation que j'avais suivie sur l'hypnose, mais sur le premier pas de l'hypnose qu'ils appellent la communication thérapeutique et qui est déjà dans nos phrases, de formuler les choses déjà de façon beaucoup plus positive. J'essayais de l'appliquer avec les enfants, il y en a un qui dit « oui c'est pas mal », je dis « donc c'est bien ! » (rires). Donc voilà retravailler toutes nos phrases au quotidien dans ce sens-là. Et quand on est effectivement avec des personnes en perte d'autonomie, bonjour la négativité du terme, ça peut être vraiment super important (...) même quand les personnes ne peuvent plus réaliser quelque chose, elle peuvent encore désirer des choses et exprimer leurs choix. Et si on peut être « les défenseurs » de cette expression-là de l'autonomie je trouve ça vraiment super important. (...) Quand on est avec des personnes âgées, on est vite en interaction avec d'autres intervenants donc je trouve que là effectivement on a quand même un rôle à jouer dans cette vision positive des capacités, des capacités de choix, des petits choix qui restent à faire, de l'adaptation de l'environnement. »

Med J : « je pense que c'est déjà avoir un dialogue ouvert. Voilà ne pas lister que les déficits mais justement pouvoir lister aussi les choses qui vous reviennent et qui sont valorisantes pour la personne, ou des choses qu'elle voudrait pouvoir développer à l'intérieur de la maison de repos. (...) Je pense que la clé c'est vraiment d'écouter et de prendre du temps. (...) je pense que c'est vraiment la première condition pour pouvoir communiquer et cheminer. (...) »

Sensibiliser les professionnels de la santé, les patients et leur entourage

Selon plusieurs médecins participants, être soi-même sensibilisé à la problématique de l'âgisme permet de sensibiliser les autres mais également de développer une attention particulière aux prémices de celui-ci. Un des médecins estime qu'il est de notre rôle de se positionner en tant que « **défenseur des droits du patients** » vu l'impact positif qu'aura le maintien d'autonomie sur leur santé globale.

Med F : « (...) un rôle qu'on peut avoir aussi en médecine générale (...) c'est d'un peu canaliser les aides que les familles apportent ou bien les soignants et de vraiment se positionner en tant que médecin en exprimant que c'est bon pour la santé des personnes qu'elles fassent des choses elles-mêmes et donc se mettre un peu comme garde-fou, j'ai l'impression parfois que c'est une espèce d'argument d'autorité qui peut être utile à la personne de se faire une sorte de traducteur et de montrer, voilà la personne peut faire telle chose (...) »

Med L : « Ne pas laisser passer les petites choses. (...) la façon de parler de quelqu'un, ou l'impliquer dans des décisions, c'est là que ça commence, et réagir relativement tôt. Mais pour ça on a besoin d'être un peu sensibilisé, c'est un peu notre radar en fonction de 1) quand on échange, 2) quand on a été choqué par une situation, 3) quand on a échangé avec des collègues, je pense qu'on a une sensibilité qui est un petit peu exacerbée et alors on va capter plus vite, j'ai envie de dire, des réactions sur le fait qu'on ne laisse pas décider une personne âgée ou ... enfin la question de la décision ça, je trouve que ça peut vite commencer par là et du coup, on peut vite se sentir dépossédé. (...) Donc ça demande d'y être sensible, sensibilisé et puis de réagir. Et donc d'avoir un brin de temps et un brin de courage pour ne pas passer pour l'emmerdeur qui empêche le monde de faire son travail. (...) »

Med G : « (...) C'est vrai que quand on est sensibilisé à ça et qu'on parle d'une certaine façon, je pense qu'on fait passer un message même sans prendre le temps de faire quelque chose. (...) »

Considérer la fragilité du patient plutôt que l'âge chronologique

Au vu de l'hétérogénéité de cette population, les médecins des 3 focus groups préconisent de se focaliser sur le **niveau de fragilité** de la personne âgée et non pas sur son âge chronologique pour éviter de prendre des décisions inadaptées aux capacités du patient.

Med J : « Il y a des gens à 70 ans qui sont dans une chaise roulante et d'autres à 96 qui conduisent leur véhicule et qui suivent le fil de l'actualité sur Facebook. Donc c'est extrêmement variable d'une personne à l'autre. Et donc c'est l'exemple même du fait que je pense que ce n'est pas l'âge qui compte (...) Mais vraiment la capacité de chacun et la personne que quelqu'un est à un moment de sa vie qu'il ait 65, 75 ou 96 ans. »

Med 2 : « On peut avoir un petit vieux qui a 65 ans et un gars très vert à 85 ! »

Travail en équipe, remises en question et collaboration avec les spécialistes

Les médecins parlent de l'importance du travail en équipe et de la remise en question continue pour optimiser la prise en charge du patient âgé en maison de repos ou au domicile. L'aide de nombreux paramédicaux et spécialistes est évoquée et bénéfique selon eux. Les **ergothérapeutes** sont considérés comme de bons partenaires pour la mise en place d'activités adaptées au patient. Les **psychologues** aident à retracer l'histoire de vie du patient à son entrée en MR/MRS, ils déterminent donc ses centres d'intérêts ce qui peut être utile par la suite pour le stimuler de manière personnalisée. L'avis spécialisé des **gériatres** est pertinent car il permet d'obtenir un point de vue différent concernant le patient âgé, plus global que les autres services spécialisés qui traitent plutôt en fonction des organes. Lorsque la collaboration gériatre-médecin traitant est de bonne qualité, leur aide est appréciée par les médecins généralistes interrogés.

Med L : « (...) ce que moi j'ai beaucoup apprécié en travaillant avec Med J, c'est d'accepter de revenir sur des situations qui ne s'étaient pas forcément bien passées. Pour montrer effectivement là où on peut être interpellé, changer, évoluer et le fait de pouvoir revenir dans un contexte bienveillant c'est-à-dire avec des collègues avec qui on est à l'aise ou même pour soi-même dans l'écriture (...) de pouvoir se dire « je ne veux plus revivre une situation comme celle-là », je trouve que c'est un moteur vraiment vraiment super intéressant. Et puis cet échange avec d'autres, on n'est pas un qui sait et un qui ne sait pas, on est vraiment dans la réflexion entre soignants (...) et c'est comme ça qu'on évolue, enfin moi ça m'aide beaucoup. »

Med F : « (...) j'aime beaucoup travailler avec les ergothérapeutes même à domicile, je trouve qu'il y en a beaucoup qui apportent quelque chose. Parce qu'en effet, on ne sait pas tout faire en tant que médecin généraliste (...) »

Med J : « (...) Dans les maisons de repos où il a des psy, souvent il y a une histoire de vie qui est faite donc on rassemble déjà pas mal d'éléments de la vie de la personne, de ce qu'elle aimait faire, de ce qu'elle n'aimait pas, de ses hobbies etc. Et donc à partir de là, ils peuvent déjà mettre des choses en place. (...) pourquoi pas imaginer une consultation où on pourrait faire ça avec nos résidents plus âgés qui en auraient besoin et qui en tireraient profit. »

Med L : « Si j'envoie chez un gériatre c'est pour faire autre chose, c'est pour avoir une autre vision sur la personne âgée (...) Vraiment une vision plus globale de la personne âgée, axée beaucoup plus sur la question de la fragilité, des compétences que sur la question de l'âge. Ça permet de mettre une peu d'autres lunettes (...) Ça peut vraiment être utile quand ça marche bien et quand on a des collaborateurs qui sont dans cette optique-là. »

Appliquer une méthode alternative type Montessori en consultation ?

Les médecins généralistes se sont montrés globalement favorables concernant l'application de la méthode Montessori en consultation. Le principal frein évoqué est le manque de temps. Cependant, on remarque de nouveau que ce frein dépend fortement de la sensibilité des médecins concernant le sujet. Certains médecins considèrent ce temps bien investi, voire essentiel dans la prise en charge des personnes âgées tandis que d'autres préfèrent déléguer cette responsabilité au personnel paramédical qui selon eux aura plus d'impact vu le temps plus important passé avec les patients âgés.

Med J : « C'est vrai qu'on n'a pas le temps de faire ça pour toutes les personnes âgées mais c'est pas nécessaire de le faire pour tout le monde. (...) »

Med H : « (...) moi je pense que le changement doit venir de nous, qu'on est en première ligne pour tout ça donc clairement si nous on change notre regard, c'est là que les choses vont bouger mais je pense aussi effectivement qu'au niveau des maisons de repos, il faut qu'on soit soutenu. (...) »

Med J : « Je pense qu'il faut parfois croiser les techniques ou prendre des éléments de certaines techniques. (...) c'est important que chacun aille chercher l'outil dont il a besoin et

qui lui parle. Je veux dire appliquer une technique qu'on ne sent pas, ça ne fonctionne pas. (...) »

5.3.4. Interview de l'experte, le Dr Pauline Doucelance

Sa perception de l'âgisme

Le Dr Doucelance, pourtant sensibilisée aux soins donnés aux personnes âgées, n'avait jamais entendu parler de la notion d'âgisme avant notre entrevue. Après une brève définition de celui-ci, l'experte ne montre néanmoins aucun étonnement quant à la tranche d'âge la plus touchée par la discrimination à savoir les plus de 55 ans. Elle est également persuadée que cette forme de discrimination fondée sur l'âge a beaucoup d'impacts négatifs sur la santé du patient âgé, notamment sur la santé mentale et l'aggravation des troubles cognitifs. Selon le Dr Doucelance, la situation pour laquelle on a le plus tendance à mépriser les personnes âgées en médecine générale réside dans la **capacité de ces derniers à prendre des décisions**. D'après son témoignage, la pandémie Covid-19 a exacerbé cette forme de mépris fondée sur l'âge. Même si cela peut être considéré par certains comme une **preuve d'amour**, pour l'experte, cela n'en reste pas moins un manque de respect du choix de la personne. Elle parle de **surprotection** de la personne âgée.

Experte : « (...) Souvent quand les personnes sont âgées, on part du principe qu'on peut décider à leur place. C'est un peu le concept des personnes qui commencent à avoir des troubles cognitifs, avant même que ce soit des démences, on part du principe qu'elles ne sont plus aptes à prendre des décisions et être maître d'elles-mêmes. Ça se voit très très fort avec le covid en fait ! Que les gens prennent des décisions à leur place, les enfants et petits-enfants décident de ne plus voir leurs grands-parents alors qu'ils connaissent les conséquences et les risques potentiels du covid et pour autant on leur impose une décision alors que c'est eux qui sont les principaux concernés. Actuellement tu as vraiment ça, ça se voit tout le temps et pour moi ça c'est vraiment ne pas respecter le choix de la personne. » (...) Moi je suis à sensibiliser et à essayer de leur expliquer que jusqu'à preuve du contraire il ne faut pas être paternaliste ou il ne faut pas mater son proche. Si les choses sont claires, nettes et précises, si elles ont été expliquées correctement et que les gens sont aptes à prendre leurs propres décisions et qu'ils partent du principe qu'ils veulent prendre le risque, qui sont les enfants et petits-enfants pour en fait décider que leur avis est plus important que ceux de leurs aînés quoi ! (...) Et ça c'est un discours quotidien que j'ai avec le patient, ça c'est sûr ! Mais c'est pas facile parce que pour

eux c'est une preuve d'amour d'imposer un point de vue et une décision. (...) C'est de la surprotection ! Mais au final, ça dépend de ce qu'on entend par preuve d'amour mais moi je trouve que c'est pas du tout une preuve d'amour que d'imposer un point de vue en fait. C'est se rassurer soi-même mais c'est tout. »

Déterminants de l'âgisme d'après l'experte

La qualité des contacts avec les patients âgés déterminent en grande partie selon l'experte notre attitude envers eux. Une personne qui a vécu de bons moments avec ses grands-parents durant son enfance aura moins de difficulté à considérer cette population qu'une personne qui n'a connu les aînés que dans le milieu médical. En effet, d'après le Dr Doucelance, les consultations de médecine générale peuvent parfois être difficiles à supporter en raison du nombre important de personnes âgées qui voient négativement leur vieillissement. Ce pessimisme influence significativement notre regard vis-à-vis de la vieillesse d'autant plus que nous sommes amenés à les voir uniquement lorsque les choses vont mal. L'experte dénonce également la **dévalorisation** fréquente des personnes âgées **dans notre société** comparativement à d'autres au sein desquelles le respect envers cette tranche d'âge est bien plus marqué. Elle cite l'Afrique où elle a vécu pendant plusieurs mois. Néanmoins le Dr Doucelance témoigne d'une **évolution positive des mentalités** concernant la prise en charge des patients âgés. En effet, selon l'experte, notre formation actuelle nous apprend davantage à respecter le choix du patient et à accepter la frustration engendrée par certaines de leurs décisions. Le côté « paternaliste » imposant une prise en charge spécifique au patient est moins prédominant que dans les années précédentes.

Experte : « (...) Je pense que nos patients se permettent aussi plus facilement de se plaindre que ce qu'ils le font vis-à-vis de leur famille et donc c'est vrai que si on pense à nos grands-parents on a des bons souvenirs aussi d'enfance, des bons souvenirs qu'on a construit avec eux alors que si tu prends ton image de la personne âgée en tant que médecin c'est sûr que c'est que des souvenirs de maladies ou de suivis de douleurs, de dépression, de diminution des capacités et que les personnes se permettent de se plaindre. (...) tous les jours on entend un patient dire : « vous savez c'est pas gai de vieillir ». Et donc forcément quand tous les jours on entend ça parce qu'on voit pas mal de personnes âgées et quand on les voit c'est qu'elles ne sont pas bien et bien potentiellement on se crée une image aussi qui est plus péjorative (...) »

Experte : « Je pense qu'on est dans une société qui maltraite, je pense que je pèse bien mes mots, qui maltraite un peu les personnes âgées et qu'elles ne sont pas à la bonne place ! On ne les valorise pas du tout et c'est tout le temps associé à des choses péjoratives de vieillir. Et je pense que culturellement on s'est aussi formaté au fait que vieillir c'était pas chouette alors que je pense que dans d'autres sociétés, par exemple moi j'ai vécu un peu en Afrique et la personne âgée c'est un peu considéré comme le patriarche, comme la sagesse, ... c'est une marque de respect ! On respecte énormément les personnes âgées et donc vieillir c'est pour eux quelque chose qui est chouette parce qu'on devient respectable ! Je pense qu'ici vu qu'on n'a pas cette image-là. (...) »

Pistes de solution proposées par l'experte

La (re)valorisation des patients âgés et de leurs capacités préservées devrait être un des rôles du médecin traitant d'après le Dr Doucelance, d'autant plus lorsque ces patients ont une vision négative de leur propre vieillissement. Elle est également pour la collaboration avec les **ergothérapeutes** qui, par leur formation, ont déjà des notions de la méthode Montessori, ce qui peut être très utile dans ce domaine. Le Dr Doucelance prône **l'éducation** et la **sensibilisation** pour protéger l'autonomie des aînés de demain. C'est notamment au travers de **discussions d'équipe** que l'experte parvient à expliquer sa méthode de prise en charge et à argumenter les effets positifs de celle-ci sur les patients âgés. Selon elle, il faut aider les personnes âgées (avec et sans trouble cognitif) à contourner leurs difficultés pour qu'elles puissent vivre le plus normalement et indépendamment possible. Cette méthode alternative de type Montessori lui a également appris à être plus sereine face à certaines prises de décisions des patients âgés.

Experte : « (...) les vieux de demain ce sera nous ! C'est ce que je dis aux gens : « tout ce que vous imposez là, autant vous dire que c'est le modèle que vous inculquez à vos enfants donc ils vous l'imposeront aussi. » Donc c'est maintenant qu'il faut en fait changer les mœurs, les habitudes parce que quand ce sera à nous qu'on le fera on rigolera moins. (rires) »

Experte : « (...) j'essaie via la famille de voir quels étaient les hobbies, qu'est-ce que le patient savait encore faire récemment des choses comme ça et j'essaie de sensibiliser les maisons de repos donc l'ergothérapeute, les kinés pour essayer de stimuler ces capacités-là. (...) Je veux bien réfléchir avec lui sur quelle est la méthode la plus adéquate [pour éviter les oublis] mais c'est pas à nous de jouer le pense-bête parce que ce n'est pas lui rendre service. (...) donc voilà on a des discussions d'équipe comme ça qui sont assez intéressantes où moi je

m'oppose à trop materner nos patients et trop les encadrer. Enfin je discute avec eux pour trouver des alternatives mais c'est ma manière d'appliquer ma méthode Montessori quoi. »

Experte : « (...) ça m'a énormément appris et je pense que l'appliquer au quotidien même si c'est parfois personnellement difficile pour moi par rapport à mes propres peurs, mes propres croyances, mes propres envies ... c'est un travail de tous les jours ! Et plus je le fais et plus c'est facile, plus j'arrive à prendre du recul et à être sereine en fait. (...) je trouve que c'est du temps bien investi (...) »

5.4. Discussion des résultats en fonction de la littérature

Comme explicité dans la littérature (13) mais aussi par certains médecins généralistes participants, **la perception de l'âgisme en médecine générale est effectivement fortement dépendante de la sensibilité préalable des médecins concernant la problématique.** Dans le 1^{er} focus group, on retrouve des médecins intéressés par le sujet mais pas encore engagés concrètement dans sa lutte. On remarque qu'ils n'étaient pas spécialement prêts à prendre du temps en consultation pour combattre l'âgisme. En revanche, ils étaient favorables à déléguer cette lutte à d'autres professionnels de la santé plus à mêmes, en termes de formation et de temps à y consacrer, d'y travailler quotidiennement. Dans le 2^e focus group comptait un médecin référent soins palliatifs, coordinateur de maison de repos et connaisseur de la méthode Montessori et un autre ayant travaillé en tant que chercheur à l'UCL pendant 4 ans sur la question des soins aux personnes âgées particulièrement dans la collaboration MG-gériatres. Contrairement au 1^{er} focus group, le deuxième était plutôt favorable à prendre en main personnellement la lutte contre l'âgisme en médecine générale quitte à prendre du temps en plus lors des consultations ainsi qu'à modifier la prise en charge de la patientèle âgée. De plus, certains médecins ont avoué se rendre compte de leurs attitudes âgistes envers certains patients. Le 3^e focus group a permis de mettre en évidence que l'âgisme était beaucoup moins conscientisé par les médecins « non-sensibilisés » au préalable. De plus, les solutions proposées pour le combattre sont moins nombreuses. A l'inverse, le témoignage de l'experte montre quant à lui beaucoup d'intérêt concernant la problématique de l'âgisme, une facilité de conscientisation et un grand nombre de solutions envisagées. Par conséquent, la sensibilité naturelle des médecins concernant les soins donnés aux personnes âgées influence significativement leur propension à défendre leur cause et facilite la remise en question de leurs prises en charge.

Parmi les **déterminants de l'âgisme chez les soignants**, les recherches dans la littérature ont démontré l'influence non négligeable des **contacts** principalement négatifs entre les médecins et les patients âgés mais aussi de la **formation** reçue par les médecins sur leurs attitudes envers les patients (5,6,13). Le présent travail a permis de mettre en évidence ces déterminants dans les focus groups. En effet, le 2^e focus group ainsi que l'interview de l'experte ont démontré que des connaissances supplémentaires concernant la prise en charge des personnes âgées (coordinateur de maisons de repos, apprentissage de méthodes alternatives type Montessori pour les personnes âgées ou encore une formation en soins palliatifs) permettent une réduction des comportements âgistes chez les médecins, facilitent la sensibilisation à la lutte contre les discriminations, et favorisent un accompagnement adapté et plus serein de la personne âgée. Ces médecins déclarent avoir appris à accepter plus facilement la frustration parfois rencontrée dans les soins donnés aux patients âgés grâce à leurs formations. A l'inverse, les médecins du 3^e focus group ont montré des comportements âgistes durant l'interview principalement liés à leur désaccord avec les choix de certains patients âgés, ce qui entraîne une détérioration de la relation avec le patient et une image de la vieillesse plus négative. Comme le préconise le KCE (8), une vision positive dans les soins ainsi qu'une meilleure formation en gériatrie s'avèrent donc effectivement efficaces pour réduire les attitudes âgistes.

Tant la littérature scientifique que les médecins traitant sensibilisés à l'âgisme préconisent des solutions communes pour contrer les stéréotypes négatifs liés à l'âge. Celles-ci reposent principalement sur la **sensibilisation de l'âgisme** dans les soins, une **meilleure collaboration entre les soignants** ainsi que la prise en compte du **niveau de fragilité** des patients âgés plutôt que leur âge chronologique pour déterminer une prise en charge. Les médecins généralistes sensibilisés, dont l'experte précitée, témoignent des bénéfices du travail en équipe notamment avec les ergothérapeutes, les infirmiers mais aussi les gériatres. De plus, la sensibilisation concernant les impacts cliniques de l'âgisme sur les patients a démontré dans ce travail un impact significatif sur la pratique des médecins généralistes.

La **nécessité d'un temps d'écoute majoré** avec cette tranche d'âge est essentielle pour la plupart des médecins investis dans le sujet, ce qui n'est pas spécialement développé dans la littérature. Une autre notion peu abordée dans la littérature est la **perception favorable des médecins participants concernant l'évolution de l'âgisme à notre époque**.

5.5. Biais et limites de l'étude

Les principaux biais de ce travail sont des **biais de sélection et de recrutement**. Les participants ont été contactés par mail via l'intermédiaire de 4 postes de garde qui représentent les régions de Charleroi, Binche, Namur et du Brabant wallon. Les seuls critères de sélection pour former les focus groups sont l'intérêt porté par les médecins généralistes sur le sujet de l'âgisme ainsi que leur disponibilité à suivre l'interview sur Teams durant les mois de janvier et février 2021. La majorité des médecins sélectionnés pratiquent en milieu semi-urbain depuis moins de 20 ans, ne sont pas coordinateur de MR/MRS et sont essentiellement des femmes. Un autre biais est d'ordre **méthodologique**. En effet, le 3^e focus group diffère des deux premiers car il s'agit en réalité d'un dodécagroupe de 21 personnes. Ce dernier focus group n'est donc pas un focus group en tant que tel qui devrait être composé de 6 à 12 personnes maximum. De plus, il est constitué de médecins qui n'ont pas tous un intérêt porté sur le sujet de l'âgisme contrairement aux deux premiers groupes où les médecins se sont manifestés de leur propre chef. Par conséquent, pour ce dernier groupe, il existe un **biais d'évaluation** car les médecins qui le composent sont davantage présents par obligation que par intérêt pour le sujet, leurs réflexions sont plus représentatives des médecins généralistes non sensibilisés tandis que celles des deux autres focus groups représentent l'avis des médecins sensibilisés à l'âgisme. Les focus groups ayant eu lieu en distanciel en raison de la crise sanitaire actuelle, on ne peut éviter un **biais d'interprétation** dans la récolte des données qualitatives. En effet, des problèmes logistiques indépendants du chercheur ont compliqué la retranscription des interviews.

Ce travail est limité dans son champs d'action en raison du petit nombre de médecins participants (35 au total), par des contraintes temporelles car les interviews ont duré maximum 2 heures, par des contraintes méthodologiques car les focus groups ont obligatoirement dû être réalisés en distanciel en raison de la pandémie Covid-19.

6. Perspectives d'action

La méthode Montessori adaptée aux personnes âgées ou encore « Senior Montessori » prône un changement de regard et de posture sur l'aide et l'accompagnement des personnes âgées souffrant de démence : « *Celui d'un humain sur un humain* » (20). Cette philosophie prône des valeurs universelles de l'être humain telles que l'autonomie (faire ses propres choix) et l'indépendance (agir par soi-même). Les activités mises en place en MR/MRS sont adaptées et personnalisées en fonction des habitants, de leurs désirs mais aussi de leurs handicaps. En effet, Senior Montessori met tout en œuvre pour que le patient fasse abstraction de ses déficits et qu'il se concentre plutôt sur la stimulation de ses capacités préservées. Le vieillissement, aussi difficile qu'il soit, est ainsi perçu plus positivement par la personne âgée mais aussi par ses aidants. Parmi ces grands principes Montessori, on retrouve de nombreux points communs avec les solutions proposées dans la littérature et par les médecins généralistes de ce travail pour lutter contre l'âgisme. Un futur travail de type recherche-action serait intéressant à réaliser pour mesurer l'impact positif de l'application des principes de la méthode Montessori avec les personnes âgées sur la vision du vieillissement en médecine générale.

Le travail du Dr Doucelance sur la méthode Montessori adaptée aux personnes âgées souffrant de démence en institution avait déjà suscité un grand intérêt chez les médecins généralistes en 2018-2019. Au cours de ce présent travail, les médecins généralistes se sont également montrés très intéressés par cette méthode et la plupart ont témoigné être prêts à la mettre en pratique dans la lutte contre les discriminations envers les personnes âgées.

7. Conclusion

La discrimination envers les personnes âgées est une problématique présente dans notre société depuis le 19^e siècle. Elle a atteint son apogée lors de la pandémie covid-19 en 2020. La notion d'âgisme est de plus en plus répandue dans la littérature depuis 2011 et malgré les avertissements concernant son impact significatif sur la santé des personnes âgées, elle reste très peu connue dans le domaine médical. Ce travail construit sur base d'une étude mixte permet de faire une mise au point des connaissances sur le sujet en médecine générale. Les données quantitatives récoltées à l'aide de deux questionnaires en ligne mettent en évidence à la fois le manque important de connaissances sur l'âgisme des médecins participants mais également l'impact non négligeable sur leur pratique de la sensibilisation à cette discrimination. Au travers de 3 focus groups réalisés sur Teams et réunissant des médecins généralistes, leurs perceptions sur l'âgisme, les facteurs qui le déterminent selon eux ainsi que les solutions envisageables pour réduire cette discrimination en médecine générale ont été étudiés de manière qualitative. On retiendra principalement la nécessité de porter un regard plus positif sur le vieillissement en consultation. Renforcer les connaissances sur celui-ci et sur la prise en charge des patients âgés au travers de formations supplémentaires plus spécialisées en gériatrie aident considérablement le médecin généraliste à adopter une attitude plus positive et plus sereine dans les soins donnés aux patients âgés. Un médecin sensibilisé à la problématique est un médecin qui focalisera davantage son attention aux prémices de celle-ci et qui encouragera également l'entourage du patient à faire de même. Une connivence entre les différents prestataires de soins quant au type d'accompagnement préconisé chez les patients permettra une prise en charge plus efficiente et une sensibilisation plus large. Il convient toutefois de souligner que tous les médecins ne seront pas capables d'entreprendre cette lutte contre l'âgisme. En effet, les expériences et la personnalité de chacun déterminent également la propension à mener ou non ce combat. Enfin, la méthode Montessori offre de belles perspectives en ce qui concerne le changement de regard sur le vieillissement. Tout comme Maria Montessori a étendu sa pédagogie à tous les enfants, Senior Montessori pourrait l'être également pour tous les seniors. En effet, les valeurs prônées par cette philosophie sont universelles à l'être humain.

« *It's not a dementia thing, it's a human thing* », Cameron Camp (fondateur de Senior Montessori).

Bibliographie

1. [l'Observatoire de l'Âgisme] Pour une définition de l'âgisme. [Internet]. [cité 1 déc 2020]. Disponible sur: <http://www.agisme.fr/spip.php?article10>
2. « Cette crise révèle l'urgence de prendre en compte la solitude et la détresse psychologique de nos aînés » [Internet]. [cité 14 mai 2020]. Disponible sur: https://www.news.uliege.be/cms/c_11721652/fr/-cette-crise-revele-l-urgence-de-prendre-en-compte-la-solitude-et-la-detresse-psychologique-de-nos-aines
3. (PDF) L'âgisme et le jeunisme: conséquences trop méconnues par les cliniciens et chercheurs! [Internet]. [cité 1 déc 2020]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/236890164_L'agisme_et_le_jeunisme_consequence_s_trop_meconnues_par_les_cliniciens_et_chercheurs
4. [l'Observatoire de l'Âgisme] Conséquences de l'âgisme sur les attitudes de soin [Internet]. [cité 1 déc 2020]. Disponible sur: <http://www.agisme.fr/spip.php?article87>
5. Adam S, Missotten P, Flamion A, Marquet M, Clesse A, Piccard S, et al. Vieillir en bonne santé dans une société âgiste... NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie [Internet]. 2017 [cité 14 mai 2020];17. Disponible sur: <https://orbi.uliege.be/handle/2268/210200>
6. Higashi RT, Tillack AA, Steinman M, Harper M, Johnston CB. Elder care as “frustrating” and “boring”: Understanding the persistence of negative attitudes toward older patients among physicians-in-training. J Aging Stud. 1 déc 2012;26(4):476-83.
7. Wilson DM, Errasti-Ibarrondo B, Low G. Where are we now in relation to determining the prevalence of ageism in this era of escalating population ageing? Ageing Res Rev. 2019;51:78-84.
8. Comment améliorer l'organisation des soins de santé mentale pour les personnes âgées ? [Internet]. [cité 13 mai 2020]. Disponible sur: [/fr/comment-am%C3%A9liorer-l%E2%80%99organisation-des-soins-de-sant%C3%A9-mentale-pour-les-personnes-%C3%A2g%C3%A9es](#)
9. Nelson TD. Promoting healthy aging by confronting ageism. Am Psychol. juin 2016;71(4):276-82.
10. Donizzetti Anna rosa. Ageism in an Aging Society: The Role of Knowledge, Anxiety about Aging, and Stereotypes in Young People and Adults. Int J Environ Res Public Health. 13 2019;16(8).
11. Band-Winterstein T. Health Care Provision for Older Persons: The Interplay Between Ageism and Elder Neglect. J Appl Gerontol. avr 2015;34(3):NP113-27.
12. Marques S, Mariano J, Mendonça J, De Tavernier W, Hess M, Naegle L, et al. Determinants of Ageism against Older Adults: A Systematic Review. Int J Environ Res Public Health. 8 avr 2020;17(7).

13. Leung S, LoGiudice D, Schwarz J, Brand C. Hospital doctors' attitudes towards older people: Doctors' attitudes towards older people. *Intern Med J.* avr 2011;41(4):308-14.
14. Yang Y, Xiao LD, Ullah S, Deng L. General practitioners' knowledge of ageing and attitudes towards older people in China. *Australas J Ageing.* juin 2015;34(2):82-7.
15. Gunderson A, Tomkowiak J, Menachemi N, Brooks R. Rural Physicians' Attitudes Toward the Elderly: Evidence of Ageism? *Qual Manag Health Care.* juill 2005;14(3):167-76.
16. Marquet M, Missotten P, Adam S. Ageism and overestimation of cognitive difficulties in older people: a review. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil.* 1 juin 2016;14(2):177-86.
17. Nelson TD. Reducing Ageism: Which Interventions Work? *Am J Public Health.* 2019;109(8):1066-7.
18. Schroyen S, Adam S, Jerusalem G, Missotten P. Ageism and its clinical impact in oncogeriatry: state of knowledge and therapeutic leads. *Clin Interv Aging.* 31 déc 2014;10:117-25.
19. Doucelance P. La Méthode Montessori en maison de repos. Mémoire – Master de spécialisation en médecine générale. 2018-2019 : 1-80.
20. Descamps S. Accompagner nos seniors autrement avec la philosophie Montessori. *Myseniors.be – le magazine.* Août 2020. 14:1-2.
21. Quels soins de santé mentale pour les personnes âgées ? [Internet]. [cité 3 mai 2020]. Disponible sur: [/fr/quels-soins-de-sant%C3%A9-mentale-pour-les-personnes-%C3%A2g%C3%A9es](#)
22. Oliver D. 21st century health services for an ageing population: 10 challenges for general practice. *Br J Gen Pract.* août 2012;62(601):396-7.
23. Marquet M, Chasteen AL, Plaks JE, Balasubramaniam L. Understanding the mechanisms underlying the effects of negative age stereotypes and perceived age discrimination on older adults' well-being. *Aging Ment Health.* 2019;23(12):1666-73.
24. Geelkens M. Pourquoi notre société n'aime pas les vieux... et pourquoi c'est dangereux [Internet]. Site-LeVif-FR. 2020 [cité 13 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.levif.be/actualite/sante/pourquoi-notre-societe-n-aime-pas-les-vieux-et-pourquoi-c-est-dangereux/article-normal-1285665.html>
25. Fraser S, Lagacé M, Bongué B, Ndeye N, Guyot J, Bechard L, et al. Ageism and COVID-19: What does our society's response say about us? *Age Ageing.* 6 mai 2020;
26. Formulaire P.A. - Farmaka [Internet]. [cité 15 mai 2020]. Disponible sur: <http://farmaka.bcfi.be/fr/formulaire-p-a>
27. Erkes J. En quoi la méthode Montessori représente-t-elle un intérêt pour les personnes atteintes de troubles cognitifs ? :3.

28. Prefol A.-C.. La méthode Montessori adaptée aux personnes âgées. Plateforme Hiza 2017 :1-6.
29. Erkers J., Alzheimer Belgique – Synthèse des données scientifiques :10-2.
30. Netgen. Syndrome de glissement [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 18 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2008/RMS-167/Syndrome-de-glissement>
31. LOI - WET [Internet]. [cité 19 mars 2021]. Disponible sur: https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg_2.pl?language=fr&nm=2002022737&la=F
32. presentation_montessori.pdf [Internet]. [cité 1 avr 2021]. Disponible sur: http://www.anim.ch/pxo305/pxo_content/medias/presentation_montessori.pdf

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire préalable à la rencontre en focus group



Bonjour,

Merci pour les 5 minutes que vous allez prendre pour répondre à ce questionnaire préalable à notre rencontre de jeudi 21 janvier.

Il est indispensable à remplir pour mon étude qualitative.

Merci d'avance!

Partie A: Caractéristiques personnelles

Qui êtes-vous ?

A1. Etes-vous un homme ou une femme ?

A2. Quel est votre âge ?

A3. Où avez-vous étudié la médecine ? (UCL, ULB, ULG)



Partie B: Caractéristiques professionnelles

Quel médecin généraliste êtes-vous ?

B1. Où pratiquez-vous majoritairement la médecine générale ? (Urbain-Semi-urbain ou rurale?)

B2. Depuis combien d'années pratiquez-vous comme médecin généraliste ?

B3. Quel pourcentage de patients de plus de 65 ans avez-vous dans votre patientèle ?

B4. Quel pourcentage de patients avez-vous en MR et MRS ?

B5. Etes-vous coordinateur de MR ?



B6. Quel est votre type de pratique ?

(Solo - maison médicale au forfait - maison médicale à l'acte -
association de médecins ?)

Partie C: Evaluation de vos connaissances sur le sujet

Deux questions sur l'agisme et la méthode montessori

C1. Connaissez-vous le concept d'âgisme ? (très bien - moyennement - pas du tout)

C2. Comment définiriez-vous l'âgisme ?

C3. Connaissez-vous la méthode Montessori ? (très bien - moyennement - pas du tout)



C4. Comment définiriez-vous la méthode Montessori ?

Merci à vous!

Je vous souhaite une très belle journée et j'en profite aussi pour vous faire part de mes meilleurs voeux pour l'année 2021 !

Bien à vous,

Alyson

Annexe 2 : Questionnaire suivant la rencontre en focus group



Bonjour à tous !

Voici un petit questionnaire faisant suite à notre précédente discussion sur l'âgisme et ses impacts cliniques. Tout comme le premier questionnaire en ligne, les réponses sont tout à fait anonymes.

Comme promis, il n'est constitué que de quelques questions à réponses courtes. Il ne vous prendra donc pas plus de 5-10 minutes.

Merci à vous d'avance !

Section A: Caractéristiques personnelles

Données personnelles dans le but de les mettre en lien avec vos réponses aux prochaines questions.

A1. Quel est votre âge ?

A2. Quel pourcentage de patients âgés (supérieur à 55 ans) avez-vous dans votre patientèle ?

A3. Etiez-vous préalablement sensibilisé au sujet de l'âgisme avant notre rencontre ?

Section B: Sur une échelle de 1 à 10, évaluez ...

1 = jamais -> 10 = 100% des consultations avec cette patientèle en question

B1. Comment évalueriez-vous votre tendance à l'âgisme avec les patients d'âge supérieur à 55 ans ?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Votre tendance à l'âgisme avec les patients d'âge supérieur à 55 ans :	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐



B2. Comment évalueriez-vous votre tendance à l'âgisme avec les patients d'âge supérieur à 75 ans ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

vosre tendance à l'âgisme avec les patients > 75 ans ?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Section C: Sur une échelle de 1 à 10, évaluez ...

1 = aucun patient -> 10 = 100% des patients en question

C1. Comment évalueriez-vous la proportion de vos patients d'âge supérieur à 55 ans qui ont une vision négative de leur propre vieillissement ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Proportion de vos patients de > 55 ans qui ont une vision négative de leur propre vieillissement

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

C2. Comment évalueriez-vous la proportion de vos patients d'âge supérieur à 75 ans qui ont une vision négative de leur propre vieillissement ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Proportion de patients de plus de 75 ans qui ont une vision négative de leur vieillissement :

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Section D: Sur une échelle de 1 à 10, évaluez ...

1 = nul -> 10 = très significatif

D1. Comment évalueriez-vous l'impact dans votre pratique de cette sensibilisation sur l'âgisme ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Impact dans votre pratique de cette sensibilisation sur l'âgisme ?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐



Section E: Impact de notre rencontre dans votre pratique

Depuis notre rencontre, qu'est-ce qui a changé dans votre pratique ?

E1.

Avez-vous sensibilisé des patients à l'âgisme depuis notre rencontre ?

Si oui, comment cela s'est-il passé ? Si non, pourquoi ?

E2.

Avez-vous essayé d'appliquer les activités d'affirmation de soi en pratique ?

Si oui, comment cela s'est-il passé ? Si non, pourquoi ?

E3.

Qu'est-ce que cette sensibilisation sur l'âgisme vous a apporté dans votre pratique ?



E4. Commentaires éventuels

--

Un tout grand merci pour votre participation que ce soit à notre rencontre ou aux deux petits questionnaires en ligne.

Je ne manquerai pas de vous tenir informé de l'évolution de mon travail pour les personnes qui sont intéressées.

Passez une excellente journée !

Alyson.

Annexe 3 : Guide d'entretien des focus groups et de l'interview individuelle

	<i>Questions</i>	<i>Sous-questions</i>	<i>Réflexions</i>
Âgisme (45' + 30')	1) <u>Connaissances</u> : Pouvez-vous m'expliquer ce que vous savez de l'âgisme ? / comment vous percevez l'âgisme ? / quelles sont vos connaissances sur l'âgisme ? → <i>Donner la définition de l'âgisme</i> 2) <u>Exemples</u> : Pouvez-vous me raconter vos expériences vécues d'âgisme en médecine générale/ dans les soins de santé ? Est-ce que vous avez déjà été témoin de discrimination envers une PA dans votre profession ? (personnellement ?) • Quelle a été votre réaction ? • Comment l'avez-vous vécu ?/ Comment vous êtes-vous sentis ? 3) <u>Impacts sur nos patients</u> ? Selon vous, quels sont les impacts de l'âgisme sur la santé de nos patients ? / Quelles sont les conséquences d'une vision si négative du vieillissement sur leur santé ? → <i>Présentation sur l'âgisme</i> 4) <u>Après cette présentation</u>, qu'est-ce qui vous a le plus marqué ? / touché ? / frappé ? / attiré votre attention ? 5) Pensez-vous qu'en tant que médecin généraliste, <u>nous devrions être davantage sensibilisés</u> à cette problématique ? Pourquoi ? Comment ?	• Quelle <u>tranche d'âge</u>, pour vous, est la plus concernée par l'âgisme ? • Est-ce que vous trouvez que ces situations sont <u>fréquentes</u> en médecine générale ? et dans la société ? • Pensez-vous que nous sommes <u>plus sujets à faire de l'âgisme en tant que soignant</u> que la population générale ? Pourquoi ? Comment expliquer cela ? • Trouvez-vous que l'âgisme est un vrai <u>problème de santé publique</u> ? • Que répondre finalement à « on ne guérit pas la vieillesse docteur » ? • Est-ce que vous connaissez des <u>méthodes ou outils</u> qui pourraient être une aide pour lutter contre l'âgisme ? • Pensez-vous qu'<u>une vision plus positive du vieillissement</u> de la part des MG (se focaliser sur les capacités préservées des patients par ex) pourrait être une façon d'agir contre l'âgisme ?	

Perspectives d'action (15')	➔ <i>Présentation sur la méthode Montessori et l'affirmation de soi</i> 1) Pensez-vous que la <u>méthode Montessori</u> pourrait être une piste pour lutter contre l'âgisme ? 2) Est-ce que ces <u>activités pour renforcer l'affirmation de soi</u> en consultation de MG chez nos patients âgés pourrait être une perspective d'action contre l'âgisme ?	• En quoi Montessori est une piste de sensibilisation contre l'âgisme ? • Autres idées d'activités ?	
---	---	---	--

Impressions sur la présentation :

- Surprises ?
- Bien passé ?
- Qu'est-ce qui n'a pas été ?
- Qu'est-ce qui est à changer pour la prochaine fois ?
- A quoi je dois faire attention la prochaine fois ?

DEBUTER :

- Accueillir les participants + souhaiter la bienvenue
- Se présenter et présenter l'étude + expliquer anonymat et confidentialité !
- Expliquer l'enregistrement et demander leur accord oral ou écrit ?
- Demander une courte présentation personnelle

Participants ne parlent pas :

- Questions trop longues et compliquées
- Questions fermées
- Questions trop générales
- FAIRE ATTENTION AUX DETAILS ET AUX PERCHES LANCEES/ REBONDIR !
- Poser des questions orientées

Questions de relance :

- Que s'est-il alors passé ? Et ensuite ? Et avant ? (DETAILS !)
- Vous avez parlé de... Pouvez-vous m'en dire plus ?
- Qu'est-ce qui a fait que vous avez réagi comme cela ? (Pourquoi ?)
- Revenons à ce que vous évoquiez tout à l'heure...
- J'aimerais que l'on parle plus précisément de...
- Comment expliquer que cela se passe ainsi ?
- Comment expliquer cette différence ?

Caractéristiques particulières des participants (focus group 2) :

- *Med M = sexologue clinicien*
- *Med J = militante de l'autonomie décisionnelle + coordinatrice de MRS*
- *Med L = a travaillé la question des soins aux PA et spécifiquement la collaboration MG-gériatres (chercheuse)*

Guide d'entretien de l'interview individuelle avec le Dr Pauline Doucelance (experte)

- 1) Qu'est-ce que l'âgisme pour toi ?
 - a. Quelle tranche d'âge est la plus touchée ?
 - b. Est-il plus présent chez les soignants ou la population générale ?
 - c. Quel impact l'âgisme a sur la santé d'après toi ?
- 2) Peux-tu me parler d'une situation vécue dans ta pratique où tu as eu plus de mal à accepter la décision du patient quand celui-ci était plus âgé et seul ? OU une situation de discrimination d'une personne âgée où tu as dû la défendre en tant que médecin traitant ?
- 3) Pourrais-tu me raconter une situation qui t'a mise mal à l'aise avec un patient plus âgé alors que cela n'aurait pas été le cas s'il avait été plus jeune ?
 - a. « excusez-moi docteur d'être un problème »
 - b. « on ne guérit pas la vieillesse docteur »
- 4) Qu'est-ce que Montessori t'a apporté en consultation de médecine générale ?
 - a. Qu'est-ce que tu as appris grâce à cette méthode ?

Annexe 4 : Power Point présenté aux médecins généralistes des focus groups sur l'âgisme, ses impacts cliniques et la méthode Montessori comme piste de solution.

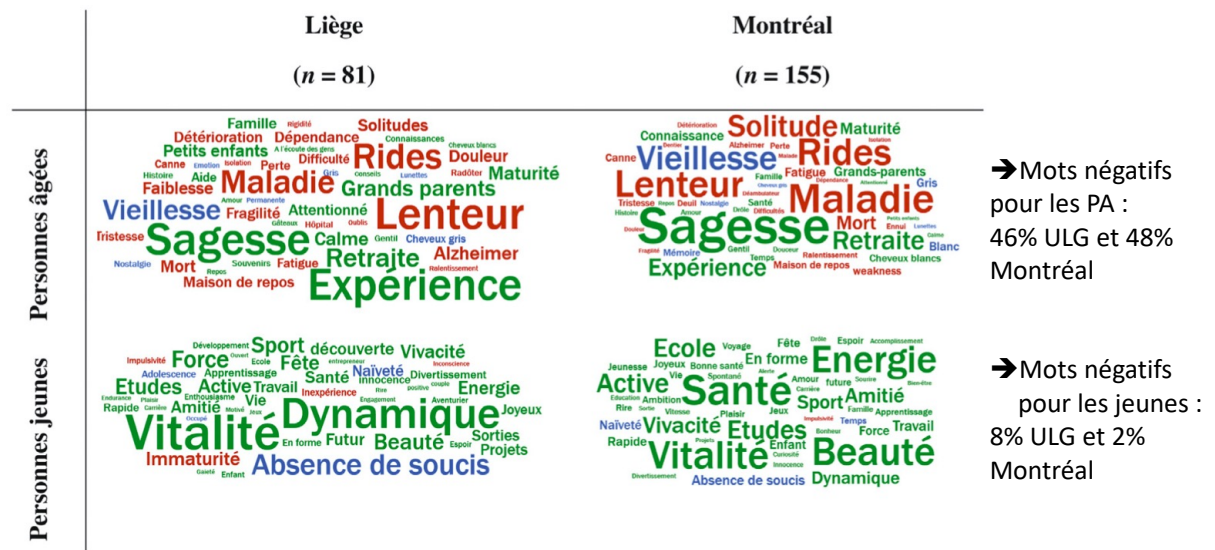


Et si on changeait notre regard sur le vieillissement ?

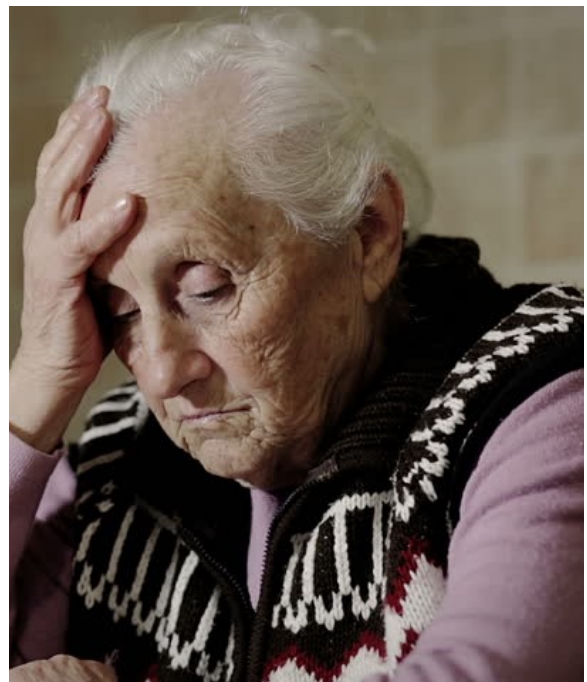
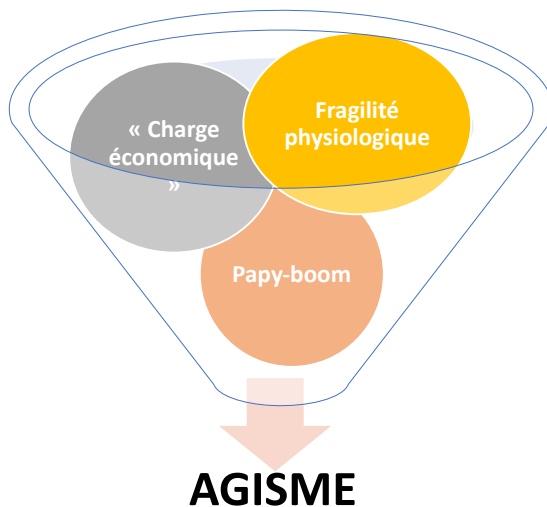
Deboodt Alyson, assistante en 3e année de médecine générale



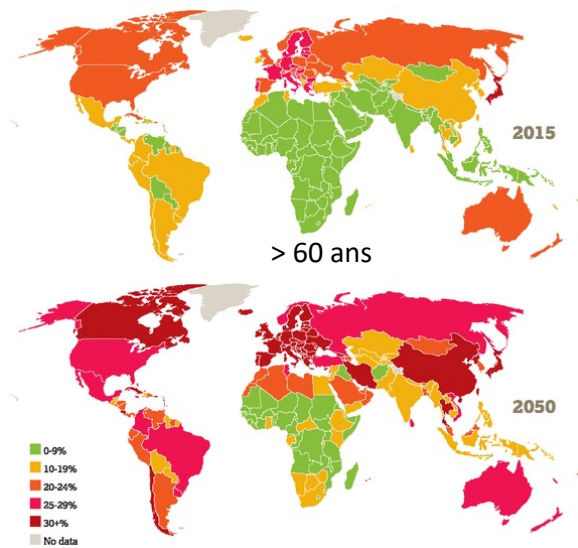
« Vieillir en bonne santé dans une société âgiste » S. Adam, P. Missotten, (...) S. Schroyen.



Agisme influencé par 3 facteurs :

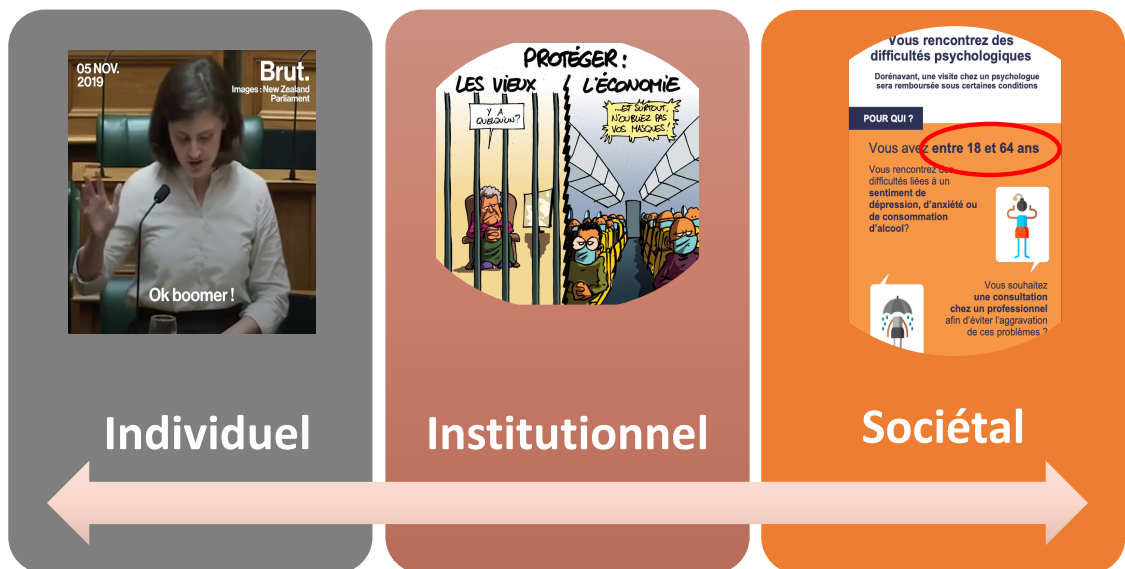


EPIDEMIOLOGIE



- Vers un papy-boum évident
- En 2040, 3/4 population européenne aura > 65 ans
- En 2050, population mondiale de > 80 ans devrait **TRIPLER !**

L'AGISME A 3 NIVEAUX :





IMPACTS DES STEREOTYPES NEGATIFS LIES A L'AGE

Notions de littérature

SUR NOS PATIENTS :

- Santé mentale
- Santé physique
- Capacités cognitives
- Dépendance
- Réponses CV liée au stress ++
- Perception de la santé
- Volonté de vivre
- Pathologique

« Plus la vision du vieillissement est négative, plus cela amène les personnes âgées à croire en ces stéréotypes et cela devient une prophétie qui se réalise elle-même. » Levy et Langer





➔ Remises en question professionnelle
Les capacités ça n'a pas d'âge !

- SUR-diagnostics des troubles de la mémoire ? (MMSE)
- SUR-pathologisation ?
- Annonce d'un diagnostic de démence ?
- **Evaluer la perte des capacités, qu'en est-il des capacités préservées ?**

« Nous sommes capables de noter tous les détails d'une maladie et pourtant dans le même temps, nous ne prenons plus en compte les merveilles de la santé.. » Maria Montessori

SUR NOTRE PRATIQUE :

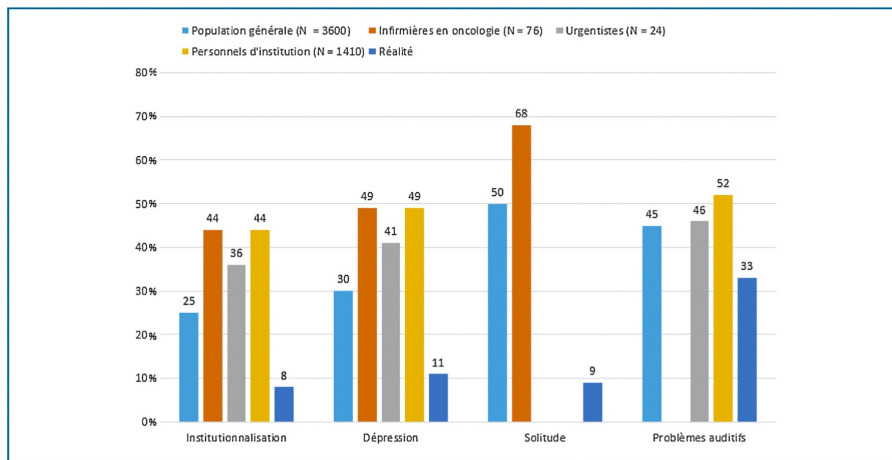
« ! Déformation professionnelle »



➤ mots négatifs des infirmiers(-ières)
du service d'oncologie de Liège :
74%

➔ *Les professionnels de la santé sont particulièrement vulnérables aux stéréotypes âgistes plus que la population générale*

« Selon vous, en Belgique, quel est le pourcentage des personnes de plus de 65 ans qui :
Vivent en institution? / Souffrent de dépression? / Se sentent seules? / Ont des problèmes auditifs ? »

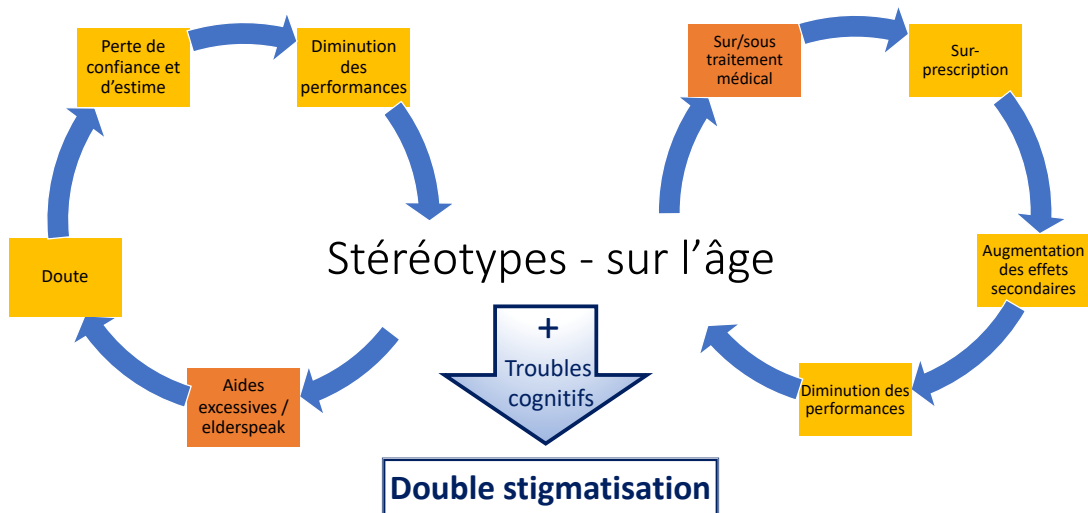


➤ SURESTIMATION de la réalité pour tous les paramètres

➤ Surestimation PLUS MARQUEE chez les soignants

Figure 2. Estimation du pourcentage de personnes âgées de plus de 65 ans en Belgique qui sont institutionnalisées, souffrent de dépression, se sentent seules et ont des problèmes auditifs : avis de la population générale et de différentes cohortes de professionnels de la santé [27].

Cercles vicieux de l'âgisme ?



TAKE HOME MESSAGES : AGISME



"OLD" is when you give up...
until then...you are Spectacular.
-122-

PARTIE 2 : Familiarisation avec la méthode Montessori



« Aide-moi à faire seul »

« Toute aide inutile est une entrave au développement de l'individu. Chaque chose que vous faites à ma place est une chose que vous m'enlevez. » Maria Montessori



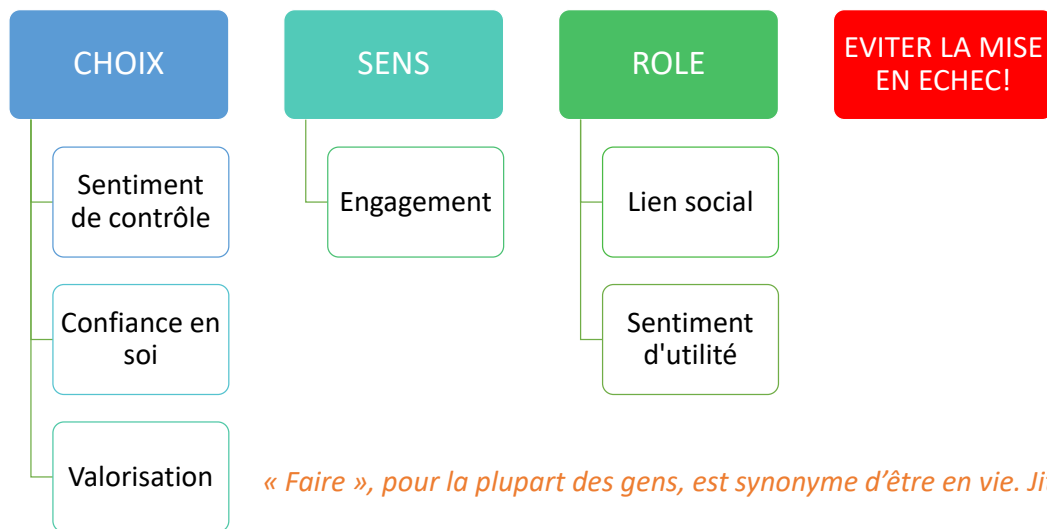
CONCEPTS CLES : AUTONOMIE & INDEPENDANCE

- 1) **Approche centrée sur la personne et non sur l'handicap** : « lunettes cognitives » / « normalisation »
- 2) **Capacités préservées et mémoires d'apprentissage**
 - Mémoires procédurale et émotionnelle
- 3) **Activités porteuses de sens** :
 - Accomplir leur besoins humains fondamentaux : choix - sens - rôle
- 4) **Comportements « problématiques »** : une énigme à résoudre
 - Qui est-elle ?
 - Pourquoi fait-elle cela ?
- 5) **Posture de facilitateur**
 - Soutien l'autonomie (faire ses propres choix) et l'indépendance (agir par soi-même)

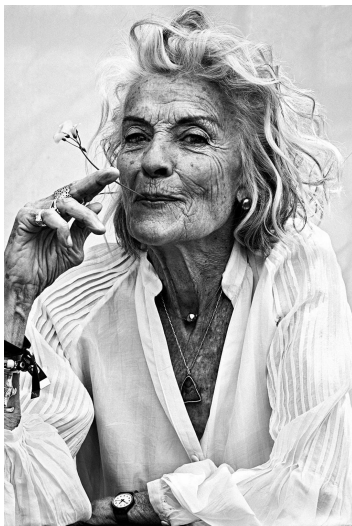
→ **Prône un changement de regard et de posture sur l'aide et l'accompagnement des personnes âgées souffrant de « démence »** : « Celui d'un humain sur un humain »



Les besoins humains fondamentaux



QUELS BENEFICES PROUVES ?



Santé mentale

- Augmentation du sommeil
- Diminution des affects dépressifs

Cognition

- Amélioration scores MMSE
- Mémoire

Comportements alimentaires

- Réduction de l'hyperphagie

Engagement social et affect

- Diminution globale de l'apathie
- Plus éveillés et motivés

Troubles du comportement

- Moins d'agressivité
- Moins d'agitation

Prescriptions médicamenteuses

- Ex : neuroleptiques, anxiolytiques, sédatifs, psychotropes

Soignants et aidants

- Meilleures connaissances
- Plus de satisfaction professionnelle

TAKE HOME MESSAGE : MONTESSORI

Vision POSITIVE et HUMAINE

Environnement adapté

Satisfaction des besoins humains fondamentaux : **CHOIX-SENS-ROLE**

Favoriser **l'engagement** dans des activités porteuses de sens

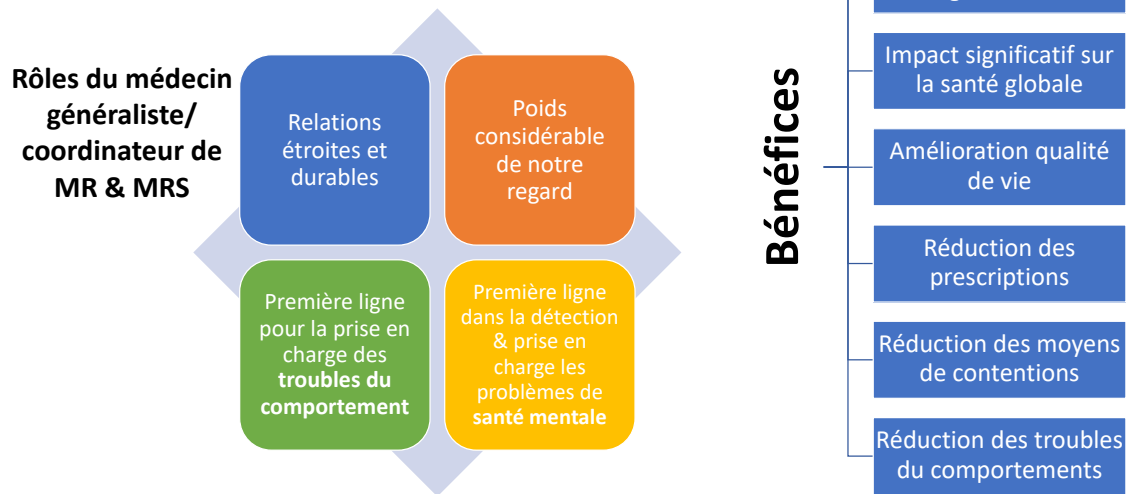
Valeurs humanistes : **RESPECT-DIGNITE-EGALITE-CONFIANCE**

Changement de regard sur le vieillissement : **CAPACITES PRESERVEES**

« It's not a dementia thing, it's a human thing. » Cameron Camp



POURQUOI LUTTER CONTRE L'AGISME AVEC LA MÉTHODE MONTESSORI ?

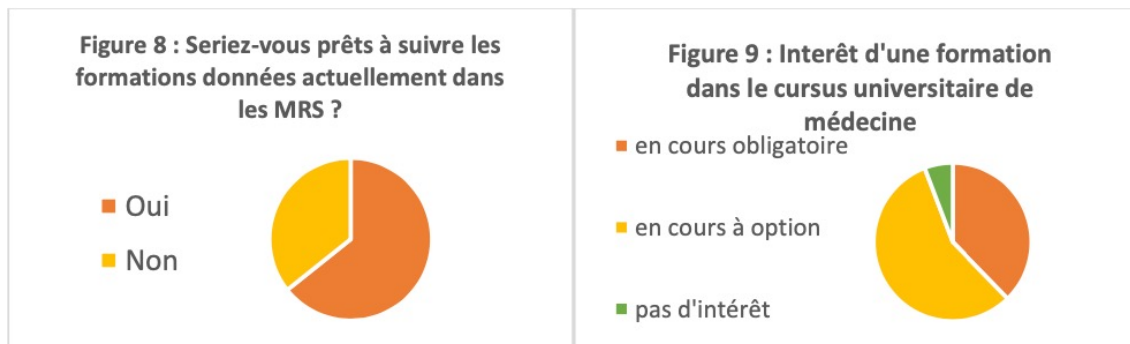


AVIS DES MEDECINS GENERALISTES : Méthode Montessori pour les PA souffrant de démence en MR et MRS

Travail de fin d'étude de Pauline Doucelance (2018-2019)

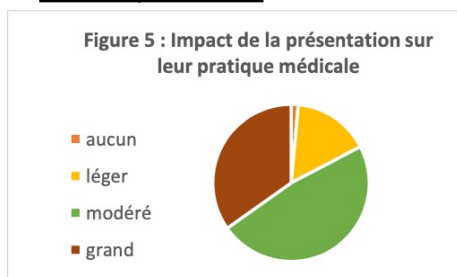


Intérêt des médecins généralistes à l'apprentissage de la méthode Montessori dans leur pratique quotidienne :



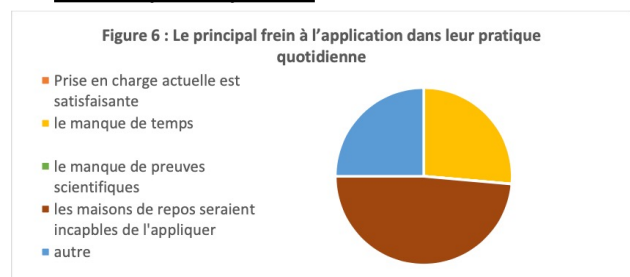
Application de la méthode Montessori dans leur pratique quotidienne :

■ Points positifs :



- BON SENS ; « *c'est l'essence même de la relation humaine* »
- NOUVEAUX OUTILS D'ACCOMPAGNEMENT
- NOUVEAU REGARD

■ Freins principaux :



- MAISONS DE REPOS
- MANQUE DE TEMPS
- **DÉMARCHE COLLECTIVE**

AVIS DES MEDECINS GENERALISTES : Méthode Montessori pour toutes les PA en consultation ?

- 1) Sensibilisation
- 2) Intégration de la famille dans les soins
- 3) Attitude positive lors des soins
- 4) Favoriser la réminiscence intergénérationnelle (souvenirs)
- 5) Rechercher le besoin insatisfait derrière le trouble du comportement
- 6) Favoriser l'affirmation de soi en consultation

AFFIRMATION DE SOI EN CONSULTATION

- Avis du patient
- Offrir des choix systématiquement
- Demander de l'aide au patient / le remercier
- Valoriser la personne/ ses actions
- Montrer au lieu de parler
- Adaptation de leur environnement / Aides externes
- Activités porteuses de sens
- Eviter la mise en échec

RELEVÉ MONTESSORI DES CAPACITÉS PRÉSERVÉES

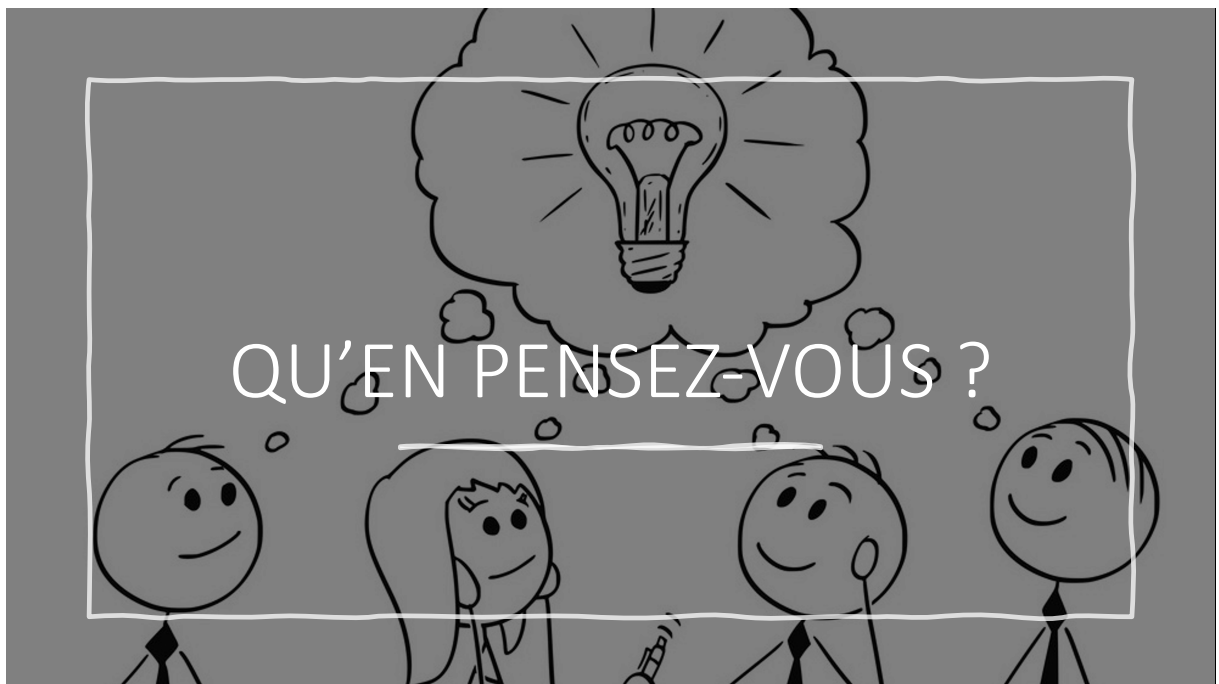
Nom du résident: _____

Date : _____

Entourez en couleur les capacités observées chez la personne en vue de pouvoir l'engager dans des activités au quotidien ou de solliciter son aide. N'hésitez pas à ajouter dans l'encadré à droite des capacités observées qui ne seraient pas présentes dans le schéma.

Capacités sensorielles - Voir - Entendre - Toucher ✓ Doux / Rugueux ✓ Chaud / Froid - Gouter - Sentir	Capacités motrices - Tenir - Se déplacer - Utiliser des objets - Verser - Mélanger - Frotter - Imiter des actions	Autres capacités observées :
Capacités cognitives - Lire à voix haute - Suivre des instructions verbales ou écrites - Associer, classer, mettre dans l'ordre - Compter - Utiliser des modèles	Capacités sociales - Saluer - Discuter - Faire des remarques ou des commentaires - Faire de l'humour - Donner son avis - Répondre à des questions de manière appropriée - Converser	

Senior Montessori 2016 - © AG&D 2016 - " La méthode Montessori adaptée aux personnes âgées présentant des troubles cognitifs".



Témoignage de Philippe
Blanchard, médecin
atteint de la maladie
d'Alzheimer



« Je mesure ma valeur à l'aube du regard de ceux qui m'entourent (...) » P.B



Merci à tous
pour votre
participation !



Bibliographie :

- 1. Bizzini L. L'âgeisme. Gerontologie et société. 2007;30 / n° 123(4):263-78.
- 2. (PDF) L'âgeisme et le jeunisme: conséquences trop méconnues par les cliniciens et chercheurs [Internet]. [cité 1 déc 2020]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/236890164_L'ageisme_et_le_jeunisme_consequences_trop_mecconnues_par_les_cliniciens_et_chercheurs
- 3. Ennuyer B. La discrimination par l'âge des « personnes âgées » : connotation de représentations sociales majoritairement négatives et d'une politique vieillisme qui a institué la catégorie « personnes âgées » comme posant problème à la société. La Revue des droits de l'homme Revue du Centre de recherches et d'études sur les droits fondamentaux [Internet]. 1 janv 2020 [cité 11 mai 2020];177. Disponible sur: <http://journals.openedition.org/revdh/976>
- 4. [l'Observatoire de l'Âgisme] Conséquences de l'âgeisme sur les attitudes de son [Internet]. [cité 1 déc 2020]. Disponible sur: <http://www.ageisme.fr/apip.php?article87>
- 5. [l'Observatoire de l'Âgisme] Une campagne de publicité particulièrement âgiste [Internet]. [cité 1 déc 2020]. Disponible sur: <http://www.ageisme.fr/apip.php?article93>
- 6. Geelkens M. Pourquoi notre société n'aime pas les vieux... et pourquoi c'est dangereux [Internet]. Site-LeVif-FR. 2020 [cité 13 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.levif.be/actualite/sante/pourquoi-notre-societe-n-aime-pas-les-vieux-et-pourquoi-c-est-dangereux/article-normal-1285665.html>
- 7. Adam S, Missotten P, Flamion A, Marquet M, Clesse A, Piccard S, et al. Vieillir en bonne santé dans une société âgiste... NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie [Internet]. 2017 [cité 14 mai 2020];17. Disponible sur: <https://orbi.ulbge.be/handle/2268/210200>
- 8. Wilson DM, Errasti-Ibarondo B, Low G. Where are we now in relation to determining the prevalence of ageism in this era of escalating population ageing? Ageing Res Rev. 2019;51:78-84.
- 9. Band-Winterstein T. Health Care Provision for Older Persons: The Interplay Between Ageism and Elder Neglect. J Appl Gerontol. avr 2015;34(3):NP13-27.
- 10. Comment améliorer l'organisation des soins de santé mentale pour les personnes âgées ? [Internet]. [cité 13 mai 2020]. Disponible sur: <https://comment-am%C3%A9liorer-%E2%80%99organisation-des-soins-de-sant%C3%A9-mentale-pour-les-personnes-%C3%A2g%C3%A9es>
- 11. Fraser S, Lagacé M, Bongué B, Ndeye N, Guyot J, Becharde L, et al. Ageism and COVID-19: What does our society's response say about us? Age Ageing. 6 mai 2020;
- 12. Geelkens M. Pourquoi notre société n'aime pas les vieux... et pourquoi c'est dangereux [Internet]. Site-LeVif-FR. 2020 [cité 13 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.levif.be/actualite/sante/pourquoi-notre-societe-n-aime-pas-les-vieux-et-pourquoi-c-est-dangereux/article-normal-1285665.html>
- 13. Nelson TD. Promoting healthy aging by confronting ageism. Am Psychol. juin 2016;71(4):276-82.
- 14. Nelson TD. Reducing Ageism: Which Interventions Work? Am J Public Health. 2019;109(8):1066-7.
- 15. Marquet M, Missotten P, Adam S. Ageism and overestimation of cognitive difficulties in older people: a review. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. 1 juin 2016;14(2):177-86.
- 16. Schroyen S, Adam S, Jerusalem G, Missotten P. Ageism and its clinical impact in oncogeriatrics: state of knowledge and therapeutic leads. Clin Interv Aging. 31 déc 2014;10:117-25.
- 17. Fraser S, Lagacé M, Bongué B, Ndeye N, Guyot J, Becharde L, et al. Ageism and COVID-19: What does our society's response say about us? Age Ageing. 6 mai 2020;
- 18. Erkes J. En quoi la méthode Montessori représente-t-elle un intérêt pour les personnes atteintes de troubles cognitifs ? :3.
- 19. 5 activités Montessori à partager avec un proche atteint de la maladie d'Alzheimer.pdf.
- 20. Alzheimer Belgique - Synthèse des données scientifiques.pdf.
- 21.MIZY - La méthode Montessori adaptée aux personnes âgées.pdf.
- 22. presentation_montessori.pdf [Internet]. [cité 5 déc 2020]. Disponible sur: http://www.anim.ch/pwv305/pwv_content/medias/presentation_montessori.pdf
- 23. Alzheimer Belgique - Synthèse des données scientifiques.pdf.
- 24. Formulaire P.A. - Farmaka [Internet]. [cité 15 mai 2020]. Disponible sur: <http://farmaka.brfl.be/fr/formulaire-p-a>
- 25. « Quelle est la place d'une formation à la Méthode Montessori adressée aux médecins généralistes pour une meilleure prévention et prise en charge des troubles du comportement des personnes âgées souffrant de démence en maison de repos ? TFE 2018-2019 fait par Pauline Doucellance .

Annexe 5 : Retranscriptions des interviews

FOCUS GROUPE 1 : 7/01/21

Animatrice : Voilà j'aurais aimé savoir ce que vous pensez de ces activités d'affirmation de soi en consultation de médecine générale. Est-ce que vous trouvez cela applicable en consultation et est-ce que d'après vous cela pourrait être une piste de sensibilisation contre l'âgisme ?

Med A : D'abord félicitations pour la qualité du travail et de la présentation. Non parce que franchement c'est quelque chose que je ne connaissais pas du tout. Même la perception... cette notion d'âgisme c'est quelque chose en fait... c'est un peu comme Monsieur Jourdain qui faisait de la prose sans le savoir, et bien ici c'est la même chose. Le fait de pouvoir souligner cette problématique est vraiment très très intéressant. Moi j'ai 67 ans, 40 ans de pratique de médecine générale et je dois dire que je suis assez secoué. A la fois sur le plan personnel (67 ans) et sur le plan professionnel, en me disant que j'ai quand même raté pas mal de choses, même si on fait parfois sans le vouloir mais au moins c'était structuré quoi. En tout cas, je te remercie beaucoup.

Animatrice : Avec plaisir ! Merci d'être là surtout.

Donc je ne sais pas si en fonction de ma présentation, cela a un peu changé votre conception des choses et si maintenant il y a des situations qui vous viennent en tête où vous vous êtes sentis un peu impuissants. Maintenant vous voyez peut-être les choses différemment et vous voyez d'autres façons de prendre en charge la personne âgée. Je ne sais pas si vous avez des idées, par exemple par rapport à l'affirmation de soi en consultation. Si vous avez d'autres idées à mettre en place, je suis preneuse.

Med B : Ben c'est assez intéressant. Par rapport au concept global, j'ai été une fois en Chine et là c'est tout à fait différent. Toutes les personnes surtout âgées, ils sortent dans les parcs, ils font leurs danses et tout ça, d'une manière très dynamique et sociale et donc c'est une toute autre atmosphère que par rapport aux personnes âgées ici en Europe je trouve. Par contre, le problème est très réel, je le reconnais et j'applique un peu le système montessori sans le connaître je pense mais on s'affronte souvent à d'autres réalités. Je vais présenter deux exemples. D'abord Angela, c'est un exemple positif mais en même temps très négatif. C'était une femme âgée, fort âgée, qui avait des troubles de mémoire, qui se perdait parfois dans la rue dans son quartier mais du coup comme elle était connue, elle était tout le temps ramenée à la maison. Et la famille poussait pour qu'elle soit placée dans un hôme mais je disais « non elle se comprend bien, elle s'habille correctement, elle sait cuisiner l'essentiel, entretenir son appartement. Et elle faisait du très bon café, je regrette à partir du moment où elle est passée au senseo parce qu'avant c'était expresso mais cela faisait partie des visites de boire un café ensemble. Et donc on a profité d'une fois qu'elle a chuté, fracture du poignet, en deux trois semaines de temps elle a complètement décompensé. Elle est revenue de l'hôpital dans un hôme avec trois quatre neuroleptiques, elle était complètement désorientée, elle était devenue la terreur du hôme, elle déambulait toute la nuit. J'avais essayé de diminuer le neuroleptique mais il y avait une très forte pression du hôme pour les remonter parce qu'elle était ingérable. Elle est décédée d'ailleurs en quelques semaines, elle s'est dégradée rapidement. L'autre problème clinique que j'ai, c'est avec Roger Suzanne qui habite une maison encore à eux mais avec des grands problèmes cognitifs aussi. Et donc ils gèrent très mal leur vie actuelle, donc ils ne savent plus comment se chauffer, ils ont un appareil électrique mais en général ils ne savaient pas où

il est, et leur famille depuis longtemps déjà était dépassée aussi hein. Donc depuis longtemps j'ai dit non ils se débrouillent à leur manière, bon maintenant c'est un problème éthique donc tu sais pas trop gérer ça donc on respecte pour les gens parce que c'est leur propre position mais quand c'est nous tu veux jamais aller dans un home si tu me proposes je me jette de la fenêtre du premier étage, pas question ! Donc en réalité c'est aussi de la maltraitance par rapport à eux de les laisser dans une situation quand même compliquée. Donc là aussi j'ai difficile de voir comment résoudre, il y a la pression de la famille de l'autre côté qui veulent un certificat comme quoi ils sont inaptes à gérer leurs biens et ma position de les soutenir. Et donc je comprends la philosophie de Montessori mais j'ai difficile de l'appliquer sur ce terrain-là. Et par rapport aussi, mais bon ça c'est autre chose, par rapport à la psychogériatrie est-ce qu'ils l'appliquent là-bas aussi parce que j'ai l'impression que non. Mais soit, c'est un autre domaine, vis-à-vis de la deuxième ligne-troisième ligne, qu'il y a d'autres concepts aussi. Il faut faire la concertation avec notre réalité assez frappante.

Animatrice : Ok merci. Docteur Tassart, vous leviez la main tout à l'heure ?

Med C : Félicitations d'abord pour ce que tu nous as présenté là. J'ai retrouvé pas mal de reprises d'une conférence qui avait été donnée à Louvain-la-Neuve par un spécialiste dont tu as cité le nom d'ailleurs. Et je trouve que c'était vraiment bien adapté. Euh écoute moi je vois deux choses : donc l'affirmation de soi en consultation donc je crois que tout ce que tu mets là, on essaie ça peut être sans y penser sans le pousser aussi loin que toi on essaie déjà d'appliquer un peu on fait d'ailleurs comme on fait avec les enfants. Quand on a des enfants en consult, on essaie de les intégrer dans la consultation. S'il y a un papier à remettre aux parents bah enfin moi je demande aux enfants vient chercher le papier et remet le aux parents. On essaie vraiment de les inclure dedans. Je me posais la question de savoir, vu le temps d'une consultation qui dure, ça dépend évidemment d'un médecin à l'autre et d'un patient à l'autre, mais on va dire qui dure entre 15 et 20 minutes en moyenne, est-ce que ce court laps de temps à appliquer ce que tu proposes est-ce que ça pourra avoir un impact sur la personne âgée. La deuxième chose c'est qu'appliquer tout ce que tu dis dans une maison de repos, ça, à mon avis c'est quelque chose qui aura un impact beaucoup plus important auprès des personnes âgées vu le temps qui leur sera consacré. Là je ne parle pas évidemment du médecin qui fera ça dans une maison de repos mais plutôt déléguer ça à des personnes habituées à le faire. Ça se fait d'ailleurs certainement tu l'as montré dans certaines maisons de repos, orienter vers cette procédure-là. Mais dans les maisons de repos où je vais et notamment celle où je suis le médecin coordinateur, ça n'est pas appliqué du tout. Les gens sont pleins de bonnes intentions et tout mais cela n'est pas organisé aussi parfaitement que ce que tu nous as montré dans tes vidéos. Donc voilà les deux questions c'est : dans notre activité de généraliste, est-ce que le temps passer à faire ça à la consultation n'est pas évidemment beaucoup trop court que pour avoir un impact réel sur les gens et la deuxième chose est comment appliquer ça plutôt dans les maisons de repos là où les vieilles personnes sont et où les personnes à qui on déléguerait cette action pourrait avoir un impact beaucoup plus important ?

Animatrice : Par rapport au temps de consultation, au final demander simplement à une personne de relever la manche pour faire le vaccin ce n'est pas quelque chose qui prend beaucoup de temps non plus. Offrir un choix : où est-ce que vous voulez que je vous examine Je trouve que justement que ce sont des choses qu'on pourrait mettre en application et qui ne demanderaient pas beaucoup de temps. Maintenant c'est sûr que pour pouvoir les appliquer aussi bien que dans les maisons Montessori, il faut que le personnel des institutions puisse aussi s'y mettre. Et c'est à ça aussi que je veux en venir, c'est que si nous on est sensibilisé à cette

méthode, on peut aussi sensibiliser, expliquer le concept à l'entourage du patient pour qu'eux puissent aussi l'appliquer et prendre un peu plus de temps à le faire.

Med C : J'entends bien que ça ne prend pas beaucoup de temps de demander qu'elle relève sa manche etc mais la question que je pose c'est quel aura l'impact de ces petites choses appliquées dans une consultation, quel pourra avoir l'impact réel sur l'évolution de ces personnes âgées, est-ce que ça va changer quelque chose ?

Animatrice : Ben moi, je pense que oui, je pense qu'activer des stéréotypes positifs comme on le voyait tout à l'heure ça a aussi beaucoup d'impact sur leur santé mentale, ça permet à la personne d'être reconsidérée un petit peu et de montrer surtout à l'entourage qu'on le fait et essayer justement de propager l'idée. Je pense qu'il y a un impact sur leur santé, ils se sentent plus considéré, ça leur donne un contrôle sur certaines choses. Ce que je n'aime pas faire c'est que quand on arrive chez une personne âgée, et ça c'est après la formation Montessori que je m'en suis rendue compte, ben souvent on essaie d'aller vite, on essaie de déshabiller la personne à leur place, on essaie de relever la manche à leur place, on essaie de faire plus de choses à leur place pour aller vite et au final ce n'est pas quelque chose qui leur apporte beaucoup. Si on montre l'exemple je pense qu'au final oui l'impact pourrait être important sur leur santé. Mais il faut que la famille le fasse aussi.

Med D : ça les rend plus actif...

Med C : Oui d'accord mais tu vois, tu rejoins un peu ce que je dis, ça peut être une maille mais si c'est la seule maille qui est mise ça ne va pas faire un collier. Il faudrait qu'il y en ait beaucoup d'autres.

Animatrice : Oui ça je suis d'accord tout à fait. C'est un peu pour enclencher le processus quoi. Vous pouvez parler sans souci.

Med D : ... Je disais par rapport au fait que ça a une utilité, même des petites choses en consultation, je pense quand même que ça va rendre plus actif la personne dans sa prise en charge elle-même aussi. Et d'être même plus compliante aussi dans le traitement ou l'autre en se sentant vraiment pris en considération. Et j'imagine que ça va aussi renforcer le lien de confiance avec le médecin et peut-être que la personne va aussi être amenée à expliquer plus de choses en se sentant plus considéré en agissant comme ça. En tout cas c'est l'impression que j'ai aussi. Maintenant voilà je pense que ce serait tout façon bénéfique, maintenant en effet ce serait qu'une pièce dans un puzzle mais il faut bien commencer quelque part.

Med E : Moi je me posais la question si vous aviez lu quelque part une comparaison entre ces résidents Montessori et les résidents non Montessori, les plus habituels, le nombre de personnes du personnel est-ce qu'il est plus nombreux ou est-ce que c'est le même ?

Animatrice : Au niveau personnel et au niveau résidents, c'est la même chose. Ça été mis en place dans une maison de repos du côté de Gilly je pense et justement ça a été une question du personnel soignant. Ils disaient « oui mais ça prend trop de temps, on a trop de résident... » et Simon Erkès, le directeur de Senior Montessori, a dit « non il y a des maisons de repos avec la méthode Montessori avec exactement le même nombre de soignants et le même nombre d'habitants où ça marche très bien ». Parce qu'au final vu que les gens font plus de choses eux-

mêmes, les soignants gagnent du temps aussi pour faire autre chose, pour aider un peu plus les gens qui ne savent pas faire eux-mêmes. Donc c'est un gain de temps au final.

Med F : Bonsoir, je te remercie Alyson pour cette superbe présentation, vraiment, ça m'a beaucoup stimulé et touché. J'ai pu constater avec plaisir qu'il y a beaucoup de maisons de repos dans lesquelles j'ai évolué qui appliquent ce genre de principes. Ils le font comme la prose de Monsieur Jourdain en effet. Et moi j'applique ça beaucoup pour l'éducation des enfants et donc c'est vrai ça me pose des questions et je trouve ça génial que ce soit formalisé comme ça pour les personnes âgées. J'avoue j'étais très ignorante. Et je me demandais si tu avais lu entendu parler de ça dans tes études ou si tu as découvert ça par hasard ? Quel a été le processus pour arriver à ça ? Ca c'est ma première question. Et la deuxième chose c'est que je trouvais, un rôle qu'on peut avoir aussi en médecine générale et tu l'as bien souligné, c'est d'un peu canaliser les aides que les familles apportent ou bien les soignants et de vraiment se positionner en tant que médecin en exprimant que c'est bon pour la santé des personnes qu'elles fassent des choses elles-mêmes et donc se mettre un peu comme garde-fou, j'ai l'impression parfois que c'est un espèce d'argument d'autorité qui peut être utile à la personne de se faire une sorte de traducteur et de montrer, voilà la personne peut faire telle chose et donc moi j'aimerais bien avoir la grille que tu as présenté parce que j'avoue que je ferais bien le travail pour quelques personnes âgées de vraiment faire une grille de leurs compétences de manière à pouvoir la transmettre au personnel même si ce personnel n'est pas spécialement formé Montessori, ça pourrait être intéressant. Merci beaucoup en tout cas.

Animatrice : Merci merci, avec plaisir. En fait cette grille Montessori est disponible sur internet sans souci, voilà après ça ne remplace pas non plus la formation Montessori en elle-même mais elle peut aider à changer le regard. Et comment je suis venue à Senior Montessori, c'est en fait mon promoteur, qui était mon maître de séminaire et qui est devenu mon promoteur qui a parlé de ça en séminaire et ça m'a beaucoup beaucoup touché et inspiré parce que justement en première année d'assistantat, j'ai eu une situation avec une personne âgée que j'allais voir toutes les semaines parce que mon maître de stage à l'époque voulait que j'aie la voir toutes les semaines parce que justement elle n'était pas beaucoup stimulée et le fait qu'on m'envoie, ça lui faisait voir du monde. Donc cette personne âgée, je l'ai quand même suivie d'assez près et au final cette dame, elle avait des troubles cognitifs légers, elle marchait beaucoup et un jour elle est tombée et elle s'est cassé l'humérus. Du coup quand elle est retournée en maison de repos, le personnel soignant voulait absolument mettre des contentions parce qu'ils n'ont pas le temps de la surveiller, il faut la protéger, faut mettre des contentions donc là on a essayé de temporiser un petit peu. On a accepté dans un premier temps de mettre les contentions au lit la nuit parce qu'elle se levait aussi la nuit. Et déjà à ce moment-là, j'ai essayé de discuter avec elle parce que je remarquais qu'il n'y avait pas beaucoup de gens qui essayait de discuter avec elle alors qu'en fait elle restait cohérente et elle disait que quand elle appelait le personnel soignant et quand elle devait faire pipi, le personnel soignant demandait pour qu'elle fasse dans sa protection et ça elle ne voulait pas. Et c'est pour ça que finalement elle finissait par se lever et par aller aux toilettes et par chuter aussi souvent. Donc ça, ça m'a touché. Finalement le personnel soignant a demandé aussi pour mettre les contentions au fauteuil parce qu'elle n'arrêtait pas de chuter et que c'était un danger pour elle. Donc j'en ai parlé avec mon maître de stage qui en a parlé avec la famille et puis finalement on a accepté de mettre les contentions. Et donc cette dame s'est retrouvée attachée 24h/24 parce qu'en fait elle n'était quasi jamais surveillée donc c'était vraiment très pénible pour elle. Ce qui fait que chaque fois que j'allais la voir toutes les semaines elle pleurait, elle pleurait, elle pleurait, elle voulait absolument que j'enlève ses contentions. Elle a commencé à vraiment déprimer

énormément. Ca me faisait mal au cœur parce que chaque fois que j'allais la voir, je ne savais pas quoi faire, je me sentais vraiment impuissante et puis un jour, elle pleurait tellement souvent que le personnel soignant m'a demandé de mettre un antidépresseur parce que c'était quand même assez lourd de la voir pleurer tout le temps. J'avais beau expliquer que c'était à cause des contentions, ils n'avaient pas le choix, ils ne savaient pas la surveiller donc voilà c'est comme ça. Donc finalement on a mis un antidépresseur et puis ben voilà il y a eu une succession d'événements pas productifs qui ont fait finalement que la personne s'est dégradée et est décédée. Donc c'est une situation vraiment triste. C'est ça que quand je repense à cette situation et après avoir fait la formation Montessori, je me dis qu'au final chaque fois que j'allais la voir, à part l'examiner et prendre ses paramètres, j'essayais aussi de voir par rapport à ses troubles de la mémoire, s'il y avait une dégradation ou autre donc je la testais sans cesse. Et je me dis qu'au final ce n'était pas très chouette pour elle de se faire tester au niveau cognitif toutes les semaines donc ça c'est quelque chose que je ne referai plus. Et alors par rapport à la patiente en elle-même, je me rends compte que je n'ai pas beaucoup parlé de son histoire de vie, je ne la connaissais pas très très bien et si j'avais eu la formation Montessori, j'aurais essayé de mieux la connaître pour essayer de trouver des activités à lui faire faire pour la stimuler et peut-être aussi sensibiliser la famille par rapport aux activités à lui faire faire. Donc voilà c'est vraiment un sentiment difficile de se sentir impuissant dans ces situations et j'essaie de trouver des astuces dans la méthode Montessori pour me sentir utile dans ces cas-là et essayer de changer les mentalités.

Voilà je ne sais pas s'il y a encore des gens qui lèvent la main, parce que je ne les vois pas. Ah voilà, oui Dr ML. Ah d'accord vous avez oublié d'enlever la main, pas de souci.

Voilà je ne sais pas si vous avez d'autres réflexions ? Je vais remettre le diapo.

Med C : Oui Alyson je ne sais pas si tu m'entends ?

Animatrice : oui tout à fait.

Med C : Je reviens un peu pour reparler de la comptabilité avec notre travail de médecin et le monde un peu idéal que tu nous proposes. On ne peut être que touché évidemment mais j'essaie de revenir un peu les pieds sur terre. Et voir si en tant que médecin et bon ben, tu es en 3^e je ne sais pas si tu es déjà débordée de travail mais je crois que la grande majorité d'entre nous avons énormément de boulot. Voilà je me pose la question vraiment de savoir si c'est vraiment nous qui devons gérer ça, si on a deux patients âgés, je crois que c'est peut-être possible parce qu'aller voir la famille, retourner voir si tout va bien, ça devrait prendre un temps monstre. Par contre, il y a peut-être des alternatives, comme il existe des référents dans les maisons de repos ; référents plaies, référents démence. Et dans les maisons de repos, le référent démence pourrait très bien être sensibilisé, formé à cette méthode-là et essayer de l'appliquer avec peut-être des conseils d'un médecin ou de plusieurs médecins mais l'application dans la maison de repos, je crois que cela doit être délégué à quelqu'un et comment le faire en dehors des maisons de repos dans nos clientèles..., je réfléchis tout haut, je crois que le poste d'infirmier va de plus en plus être mise en évidence. Il y a des formations pour des infirmiers qui vont devenir le bras droit des généralistes et on peut leur déléguer, on pourra leur déléguer toute une série de chose et pourquoi ne pas imaginer un infirmier qui pourrait passer une, deux, trois fois enfin par semaine, par mois le temps qu'il faut, aller voir les familles pour dire « écoutez-moi j'ai vu ceci, je vous proposerais cela » et de passer par quelqu'un à qui on délègue ce travail. Mais moi en particulier, dans mon activité personnelle, oui ce que tu proposes lors d'une consultation mais voilà essayer de parler à la personne plutôt qu'à la famille mais ça je crois qu'on essaie de le

faire déjà. Mais pour qu'il y ait vraiment un impact sur l'évolution psychologique et démente et troubles cognitifs, je crois qu'il doit y avoir un travail plus en profondeur, plus sur la durée et je me demande dans quelle mesure nous on peut assurer ça. On peut, je crois, le diriger mais l'assumer ça me paraît difficile. Voilà je suis un petit peu négatif, non je n'aime pas ce terme, peut-être plus terre à terre quoi. Je ne sais pas ce qu'en pense les autres mais voilà.

Med G : Oui, je ne sais pas si je peux, vous m'entendez ? Oui je rejoins un petit peu, enfin quelqu'un a dit tout à l'heure qu'on fait finalement souvent ça en consultation sans vraiment savoir qu'on applique cette méthode-là, je trouve que c'est assez vrai. Je rejoins aussi le médecin-là qui vient de parler docteur TP, dans notre maison de repos, on a une référente démente qui elle, est formée, enfin vient de se former juste avant le covid, on a deux psychologues qui sont formées aussi et donc c'est vrai qu'on était en train vraiment de mettre en place des choses via elles. Alors moi personnellement, je ne suis pas du tout formée là-dedans et c'est pour ça que ça m'intéressait aussi d'entendre la présentation que je trouvais très intéressante. Maintenant que je sois formée ou pas, c'est vrai que je pourrais sensibiliser les équipes mais je crois qu'il en faut vraiment d'autres qui les mettent en pratique parce qu'effectivement, et encore, moi j'ai beaucoup de temps de médecin coordinateur, j'ai une journée par semaine ce qui est très rarement le cas dans les maisons de repos en Belgique mais malgré ça ce n'est pas encore assez. Par contre je trouve ça intéressant effectivement de sensibiliser les familles à l'idée, ça je crois qu'on a le temps, mais c'est vrai que plus ça devient compliqué. Maintenant le fait de nous le savoir et nous en parler, même des petits mots à droite, à gauche, je crois que ça peut faire l'effet escompté si c'est fréquent en fait. Voilà.

Animatrice : ... donc notre rôle principal, ce serait plutôt la sensibilisation ?

Med G : Moi ça me parlait plus en tout cas. De nouveau, plus on connaît quelque chose et plus on va le mettre en pratique, il y a des médecins qui font plein de choses et puis il y en a d'autres qui font plein d'autres. C'est vrai que quand on est sensibilisé à ça et qu'on parle d'une certaine façon, je pense qu'on fait passer un message même sans prendre le temps de faire quelque chose. Donc c'est sûr qu'il y a des choses qui passent, bon après s'il y a que nous ça ne changera pas grand-chose mais s'il y a nous plus d'autres et nous souvent, ça pourra changer malgré tout. Mais c'est vrai que dans les consultations, ce n'est pas toujours facile de prendre du temps pour ça mais mais voilà c'est intéressant quand même de l'avoir en tête pour pouvoir le transmettre malgré le manque de temps qui est souvent la quoi. Merci en tout cas pour la présentation.

Animatrice : De rien. EH ?

Med B : Je pense qu'avec la présentation, cela semble limpide. Dans la vraie vie, je pense en effet, que c'est un peu plus compliqué. On souffre un peu de l'ambiance de l'environnement qui prône l'âgisme justement et qui garde, si on veut ou pas, parfois une tendance à considérer les personnes âgées comme non indépendantes, non autonomes, aller vite vite, qu'on ne respecte pas. Et donc du coup le message est très important je pense, et donc oui on pourra faire tout, on va travailler avec pluridisciplinarité ça c'est sûr mais si nous ne sommes pas convaincus et qu'on ne l'apprend pas nous-même... (bruits de fond, coupures).

Animatrice : On n'a pas bien bien compris la fin je pense. C'est ça aussi l'intérêt de l'appliquer soi-même pour montrer l'exemple, c'est ça que vous disiez ?

Med B : Oui c'est ça, parce qu'on est un peu au début de la chaîne aussi. Si notre message est clair, ça peut ... (bruits de fond ++).

Animatrice : On n'a pas entendu la fin, vous avez encore un micro ?

Med B : Comme ça c'est mieux ? (...) Est-ce que maintenant ça va mieux ? (rire) j'aime bien les vidéosconférences ! Si on ne montre pas l'exemple, on a une position très importante dans toute la chaîne des soignants je pense, et donc si on ne l'applique pas nous et on ne montre pas l'exemple, et si on ne le reconnaît pas nous, ça ne fonctionnerait pas ... (bruits de fond ++, coupures).

Animatrice : ok merci. Oui docteur DF ?

Med F : Je voulais juste te remercier, parce que voilà il est un peu tard mais vraiment un grand merci et n'hésite pas à faire suivre si tu édites un petit livret ou si tu as d'autres retours sur tes formations, on suivra ça avec plaisir. Et je voulais juste dire que moi j'aime beaucoup travailler avec les ergothérapeutes même à domicile, je trouve qu'il y en a beaucoup qui apportent quelque chose. Parce qu'en effet, on ne sait pas tout faire en tant que médecin généraliste mais merci pour les bonnes pistes et les bonnes idées, on va essayer d'appliquer ça. A bientôt tout le monde, bon travail, merci beaucoup Alyson.

Animatrice : De rien, au revoir et merci ! Voilà donc du coup je ne sais pas si vous avez d'autres d'idées du coup pour sensibiliser nos patients par rapport à l'âgisme ? D'autres pistes que la méthode Montessori ?

Med G : C'est difficile je trouve, parce que comme tu disais au début, c'est aussi quelque chose de sociétal donc c'est un peu dans les mœurs comme ça... Comme disait notre confrère au début, on ne connaît pas vraiment parce qu'en fait on est habitué à ça. C'est compliqué quoi. Pour sensibiliser vraiment, je pense qu'il faudrait en parler, en parler mais beaucoup plus largement. J'étais un peu étonnée aussi parce qu'au début de ta présentation tu parlais d'âgisme à partir de 55 ans. Alors que moi je n'ai pas 67 ans, je n'ai pas 40 ans de carrière mais 55 ans ça me paraît quand même vachement jeune pour considérer de l'âgisme. J'avais déjà entendu Stephan Adam justement parler à différentes reprises, et effectivement il parlait des gens assez jeunes de 55 – 60 ans qui étaient déjà mis de côté dans certains domaines etc mais je trouve qu'il y a encore une énorme différence de l'âgisme des gens de 55-60 ans de l'âgisme des personnes démentes de 85 qui, où on voit vraiment cet espèce d'infantilisation, et de parler d'eux comme s'ils n'étaient pas là et ça on remarque vraiment beaucoup. Ça me semble moins criant pour des gens de 55-60-65 ans même 70 mais (réflexion). Enfin je ne sais pas, j'ai mis du temps pendant la présentation à me dire « est-ce qu'on va parler des plus jeunes ou des plus vieux » après j'ai bien compris mais je trouve que c'est aussi très différent en fait.

Animatrice : Oui mais le problème, c'est que c'est peut-être moins important à 55 ans mais ce qu'on a montré dans les études, c'est que justement, plus on a notre vision qui est négative tôt et plus quand on vieillit, cela aura un impact sur notre santé global. C'est ça qu'au final, il faut sensibiliser tout le monde par rapport à l'âgisme.

Med G : Oui tout à fait.

Animatrice : ... pour ne pas justement que cela s'aggrave à ce point-là chez les personnes plus âgées quoi.

Med G : Du coup je me vois bien dire ça à certains de mes patients de 55 ans qui se plaignent déjà tellement qu'à mon avis ils en paraissent 82, pouvoir faire de la prévention chez eux pour dans quelques années.

Animatrice : Ben oui parce que c'est souvent ces gens-là qui viennent en consult et qui vous disent « ah ben c'est l'âge hein docteur », « on ne guérit pas la vieillesse ». Ça aussi c'est une réflexion où je ne sais jamais trop comment y répondre parce qu'à la fois c'est vrai et d'un autre côté il faut aussi les aider à ne pas tout remettre sur l'âge parce qu'au sinon cela aura un impact sur leur santé comme on l'a vu.

Med G : Acquiescement.

Animatrice : Je ne sais pas vous, ce que vous répondez quand vous avez ce genre de réflexion ?

Med G : Ben moi j'avoue, c'est marrant j'en ai encore eu une hier qui m'a dit ça qui a 75 ans mais qui, enfin elle n'a pas 50 ans, mais elle n'est pas du tout mal et en général je les regarde comme s'ils me parlaient de... et je leur dis mais attendez l'âge c'est bien mais il n'y a pas que ça. Donc en général j'ai vite tendance moi à les couper court là-dedans ou alors inversement à empirer le bazar en faisant semblant « oui oui c'est vrai que l'âge... » mais vraiment exprès pour qu'ils comprennent que c'est pas vraiment, je vais pas aller dans leur sens, dans ce sens-là quoi. Mais par contre j'ai déjà entendu des collègues ou des patients qui parlent de médecins quels qu'ils soient ou de thérapeutes quels qu'ils soient qui leur ont déjà répondu ça eux - mêmes : « Oui mais bon vous savez à votre âge, c'est normal d'avoir un peu mal au genou » Bon ben moi je trouve que ce sont des réponses qui ne sont pas ... enfin oui pour certains trucs oui. Parce que c'est vrai que quelqu'un qui me dit mes cheveux deviennent gris, bon oui à un moment donné oui ça c'est dû à l'âge parce qu'on a plus les cheveux gris à 70 ans qu'à 20. Mais je ne sais pas, je n'ai pas tendance à trop aborder dans ce sens-là quand ils me parlent dans ce sens-là quoi.

Animatrice : (Acquiescement). Oui ok. Je ne sais pas ce que pensent les autres. Est-ce vous avez tendance à rentrer justement dans ces stéréotypes ou justement essayer d'aller à l'encontre ?

Med D : Je suis du même avis que ce qu'on vient de dire. J'essaie de faire, un peu plutôt en dérision pour dire, voilà, qu'il ne faut pas qu'ils restent focalisés sur leur âge. Mais bon, ce n'est pas toujours évident en effet, il n'y a pas de réponse toute faite à ce genre de réflexion. Ça je pense que chacun a sa propre sensibilité vis-à-vis de ça aussi mais je trouve que c'est aussi important justement d'avoir des présentations comme tu as fait pour justement sensibiliser ceux qui ne le sont pas. Parce que ben voilà je pense qu'il y en a qui sont plus sensibles et qui font plus attention que d'autres. Et il y en a ben voilà comme l'exemple où on va dire ben c'est normal à l'âge que vous avez, entre guillemets on ne sait rien faire. Je pense que c'est vraiment important de sensibiliser là-dessus et comme tu l'as dit, ben la population elle va en vieillissant on va en avoir de plus en plus, donc ça va être de plus en plus important de mettre beaucoup d'importance là-dessus. Mais je rejoins aussi les autres que c'est vrai que juste nous en tant que médecin généraliste, de mettre tout ça en place, ça va être très compliqué et qu'on a besoin vraiment d'une équipe aussi bien infirmier, ergos pour mettre tout ça en place. Ce sont des

choses qui prennent du temps mais voilà il faut bien commencer à un moment sinon c'est sûr que ça ne se fera jamais. J'espère que d'autres personnes vont se lancer dans ce genre de prise en charge parce que c'est clairement un bénéfice pour les patients donc voilà. Merci beaucoup à toi.

Animatrice : Merci beaucoup Valérie.

Med B : j'essaie encore (rires). Si ça fonctionne. Par rapport à la question posée, je ne pense pas qu'il faut nier qu'il y a aussi des problèmes liés à l'âge mais il ne faut pas se focaliser sur ça. Si j'ai bien compris c'est ça le message. Qu'il y a encore beaucoup de capacités et beaucoup de possibilités et donc même avec certains avec lesquels tu ne peux plus courir les 20km de Bruxelles, tu peux encore faire beaucoup de choses. C'est surtout essayer de sortir ce qui est positif au lieu de focaliser et d'enseigner les gens sur ce qu'ils ne peuvent plus faire. Il y a des problèmes de santé liés à l'âge, on ne peut pas le nier, et je pense que c'est ça le message si j'ai bien compris.

Med C : Oui j'allais dire exactement la même chose que le confrère précédent, c'est que je crois qu'il ne faut pas nier l'impact de l'âge sur toute une série de problème. Maintenant dire cela ne veut pas dire que c'est une fatalité. On peut évidemment et on doit traiter des choses même si elles sont liées à l'âge. Mais le nier c'est peut-être un peu gros, je ne crois pas d'ailleurs que le patient attende qu'on nie ce genre de chose. Souvent même ça les rassure, c'est eux-mêmes qui nous disent, vous disiez tantôt « ah docteur c'est l'âge et puis c'est tout ». Oui ben ça les rassure, on sait à quoi c'est dû, mais voilà on va quand même faire quelque chose pour vous. Alors au départ de ton exposé, tu avais parlé des causes de l'âgisme, je crois qu'on doit être nous-mêmes, donc j'ai 64 ans, on doit être nous-mêmes un peu responsables de la chose, enfin ce n'est pas le cas chez moi, mais quand je vois comment certains enfants sont placés sur des pieds d'estalle, en évidence, des enfants rois. Je crois évidemment qu'on ne doit demander à un enfant qui a été éduqué dans un sens unique où c'est tout pour l'enfant, tu es le plus beau, tu es le meilleur etc Je crois que ça crée du coup une espèce d'égoïsme dans leur chef et donc à partir du moment où tout se rapporte à eux, ben il n'y a plus rien qui se rapporte aux autres et notamment aux personnes âgées. Et ils ne comprendront la chose que quand ils auront quelques années de plus. Voilà une idée.

Animatrice : Donc pour vous quand même le changement de regard par rapport au vieillissement venant du médecin traitant, ce serait une piste de sensibilisation pour lutter contre l'âgisme. Essayer de ne pas nier le vieillissement mais essayer de compenser quand même en mettant le doigt sur ce qu'ils savent encore faire. Ça c'est peut-être une piste de sensibilisation qu'on pourrait aussi envisager ?

Med H : oui moi je pense que le changement doit venir de nous, qu'on est en première ligne pour tout ça donc clairement si nous on change notre regard c'est là que les choses vont bouger mais je pense aussi effectivement qu'au niveau des maisons de repos, il faut qu'on soit soutenu. Il faut qu'il y ait des infrastructures qui se mettent en place parce qu'on ne serait pas nous tout seul faire changer les choses. Mais je trouvais dans ta présentation que tu as dit simplement qu'on pouvait demander aux personnes âgées de nous aider dans des petits gestes comme relever la manche ce genre de choses. Et c'est vrai que c'est des trucs auxquels moi je ne pense pas et je suis toujours du genre à vouloir les protéger ; non non bougez pas je vais le faire pour vous et je me rends compte que je leur rends pas du tout service et donc c'est vrai je pense que par rien que des petites choses comme ça on peut déjà appliquer un peu cette méthode et si c'est

petit à petit au quotidien je pense que c'est déjà pas mal. Pour le reste, ben c'est sur qu'il faut que les choses bougent au niveau des maisons de repos et ça, ça ne se fera pas du jour au lendemain quoi. Très chouette présentation en tout cas !

Animatrice : merci beaucoup Med H !

Je ne sais pas si vous avez encore des réflexions, si non ben si vous êtes d'accord on peut en arrêter là. On peut arrêter là mais voilà dites-moi si vous avez encore des choses à rajouter ?

... Apparemment pas, donc merci en tout cas merci à vous tous pour votre participation. C'était vraiment chouette de pouvoir discuter avec vous et d'avoir vos réflexions par rapport à ça. Donc merci beaucoup, passez une bonne soirée. Pour ceux qui seraient intéressés je peux vous envoyer mon TFE oui quand tout ça sera bouclé. Bonne soirée de tout le monde !

FOCUS GROUPE 2 : 21/01/21

Animatrice : Je me présente je suis Alyson Deboodt. Je vous souhaite la bienvenue ici à notre petite réunion sur l'âgisme. Mon TFE alors ça consiste surtout à connaître un petit peu les perceptions de l'âgisme en médecine générale. Au début je voulais essayer d'emblée de trouver des pistes de sensibilisation mais via ma mon premier focus que j'ai fait il y a 2 semaines je me suis rendu compte en fait que j'arrivais déjà avec des pistes de sensibilisation alors que l'âgisme en soi n'est pas fort connu. Donc c'est ça qu'ici je vous propose qu'on débâte un petit peu sur le sujet de l'âgisme simplement pour voir a priori ce que vous connaissez ... Donc voilà voir un petit peu ce que vous connaissez déjà de l'âgisme. Qu'est-ce que cela vous évoque l'âgisme comme ça quand on vous en parle ? Est-ce qu'il y a des personnes qui connaissaient avant ou pas du tout ?

Med I : (signe « non » de la tête)

Med J : (signe « oui » de la tête)

Med K : Moi c'est un peu l'attitude qu'on a face à une personne âgée. C'est notre comportement, notre attitude. Mais voilà, sinon je n'en sais pas plus.

Med I : Ce n'est pas aussi un peu adapter notre façon d'être par rapport à l'âge ? Et peut-être un peu différent au niveau des comportements.

Animatrice : oui... est-ce qu'il y a d'autres personnes qui veulent rajouter quelque chose ?

Med K : Moi je ne connaissais pas hyper bien le concept non plus, ça ne me parle pas énormément mais dans ma tête c'est quand même un peu lié au fait de banaliser certaines plaintes par rapport à l'âge aussi. Tout remettre un peu sur l'âge.

Med L : Banaliser ou exclure de certaines interventions en fonction de l'âge en disant « bah de toute façon il a 80 ans ». Mais 80 ans ça veut un peu tout dire et rien dire. Donc âgisme « isme » comme racisme, sexisme je mettrais donc l'idée d'une discrimination liée à l'âge. Même si discrimination c'est un terme mixé à toutes les sauces, le fait de ne considérer que l'âge et pas ce que la personne peut faire, ses préférences, son état fonctionnel, son espérance de vie ...

Animatrice : oui tout à fait c'est ça. Ce sont toutes les formes de discrimination, de mépris, de ségrégation qui sont fondées sur l'âge tout comme le racisme et le sexisme. Mais l'âgisme est

encore même plus important que le sexisme et le racisme. Du coup quand on vous parle de discrimination fondée sur l'âge. Est-ce que vous avez déjà vécu des expériences de discriminations en fonction de l'âge dans votre travail, dans votre pratique ? Est-ce qu'il y a des situations qui vous reviennent comme ça et qui vous ont marqué ? ... Dans les maisons de repos par exemple où on a tendance parfois peut-être à prendre des décisions trop rapidement pour la personne sans forcément lui poser la question.

Med M : Pour moi Alyson, donc bien sûr des expériences dans les maisons de repos aussi mais ma première expérience commençait déjà quand j'étais étudiant dans les salles universitaires à la citadelle, non pas à la citadelle, à Liège à l'hôpital Bavière à Liège qui n'existe plus. A l'époque, il y avait un principe que jusqu'à tel âge, on pouvait opérer de telle ou telle pathologie, après tel âge pas. Et donc je pense qu'il y a des choix qui sont pris, et encore maintenant bien sûr, en fonction de l'âge. Donc il y a déjà un peu de ça aussi. Il y a certainement la composante médicale pure, il y a probablement aussi le fait « est-ce que ça vaut la peine de traiter cette personne alors que, peut-être, elle n'a plus qu'autant de mois à vivre ? » Il y a probablement un peu de ça aussi. Cette expérience remonte déjà à quand j'étais étudiant, tout à fait.

Animatrice : Ça c'est plutôt le côté médical, mais par rapport à nos attitudes à nous, est-ce que vous avez l'impression que parfois on est un peu influencé quand même par l'âge dans nos questions ? Par exemple, vous vous êtes, je pense, sexologue est-ce que justement vous posez plus souvent ce genre de questions à des personnes plus jeunes et vous pensez moins à aborder le sujet chez les plus âgés ou pas spécialement ?

Med M : On serait peut-être étonné parfois les personnes sont plus prêtes, sachant que je suis sexologue, sont plus prêtes à me poser des questions de ce genre-là. Sont moins peut-être inhibés que des plus jeunes. Parfois hein, ce n'est pas systématique. Moi est-ce que je pose moins de questions, non. Parce que par exemple, j'ai eu ces derniers jours, comme certainement beaucoup d'entre nous, des problèmes de couple et la sexualité est abordée aussi franchement oui. Je pense qu'on peut en parler assez facilement. Ce qui a par contre, je pense aussi que les personnes âgées, en tout cas en ce qui me concerne, ont parfois plus de difficultés à s'exprimer et cela peut parfois chez moi provoquer une attitude même de « rejet » on va dire, c'est exagéré, c'est pas ça hein. J'ai peut-être parfois moins de sympathie pour certains comportements des personnes âgées que je devrais l'être. Donc voilà c'est mon mea culpa effectivement. C'est une des raisons pour lesquelles j'ai quitté la maison de repos aussi. Je me sens mieux, plus à l'aise avec des personnes plus jeunes qu'avec des personnes plus âgées, tout en étant moi-même en train de vieillir bien sûr. Mais voilà, je pense que chacun, individuellement, nous avons des sensibilités différentes. Mais moi personnellement, je peux dire que j'ai acquis ces dernières années un peu plus de répulsion je dirais à aborder des personnes âgées en tout cas quand elles sont désagréables.

Animatrice : D'accord et vous pensez que c'est dû à quoi cette répulsion ?

Med M : De vie personnelle ! La vie personnelle joue beaucoup. Ce que j'ai vécu moi-même, dans mes propres relations familiales, ça ça joue beaucoup dans notre manière après de le répercuter sur nos contacts avec nos patients. D'où cette importance je pense aussi, l'aspect sexualité que lors des formations universitaires on nous mette bien en garde contre cela, qu'on nous rappelle qu'il y a aussi déontologie dans ce domaine-là comme dans tous les autres domaines. Je pense que cela doit faire partie de nos formations de nous pousser à aller à la rencontre de ces personnes différentes, sexes différents, différents âges, différentes orientations,

différentes religions. Par exemple, ce que je peux dire c'est, à propos de religion, c'est un peu la même chose on parlait de racisme, d'intolérance etc tout à l'heure, l'âgisme. Et bien c'est dans ma formation de sexologie que j'ai vraiment appris à comprendre définitivement mes patientes d'origine turques et marocaines qui ont des problèmes personnels tout à fait différents des femmes belges. C'est grâce à une formation théorique que j'ai eue il y a 10 ans, donc pas du tout il y a 50 ans, que j'ai vraiment pu aborder toutes ces communautés. Franchement j'ai de très très bons contacts avec mes patientes d'origine immigrées. Et donc c'est une formation qui m'a aidé à pouvoir comprendre ce qu'il y avait derrière.

Animatrice : D'accord. Revenons par rapport au malaise que vous avez quand vous côtoyez certaines personnes âgées ou certaines situations. Vous avez une situation par exemple que vous n'aimez pas rencontrer ou peut-être des questions que vous n'aimez pas qu'on vous pose ?

Med M : Des questions de santé certainement pas. Mais par exemple ce sont des personnes qui peuvent être endurcies par la vie. J'ai un exemple en tête d'une dame comme ça, que je n'ai pas mis à la porte mais je lui ai bien fait comprendre que je n'avais plus envie de continuer à travailler avec elle. Elle s'était amenée un peu fâchée pour je-ne-sais-plus-quelle-raison, elle avait montré vis-à-vis des patients dans la salle d'attente une attitude un peu mesquine. Dans la période du covid, elle s'était approchée au maximum des autres personnes et donc cette attitude a entraîné chez moi une répulsion. Ce ne sont pas des questions qui m'ont été posées concernant tel ou tel domaine mais c'est l'attitude que je ne peux plus supporter. Mais qui est tout à fait compréhensible, avec leur âge, il y a des sortes d'ankyloses qui surviennent et qui doivent être tout à fait compris et toléré et accepté. Et traité de notre part.

Animatrice : Donc c'est le fait d'accepter que certaines pathologies soient dues à l'âge et ça ils ont un peu du mal à l'accepter ?

Med M : C'est moi j'ai du mal à accepter parfois certains comportements des personnes âgées oui.

Animatrice : Et chez les autres personnes, est-ce que vous avez déjà ressenti un malaise avec une personne plus âgée ? ... Vous avez déjà eu des patients qui vous ont dit « ah ben docteur, la vieillesse ça ne se guérit pas ! » Un peu fataliste comme ça. Qu'est-ce que vous répondez à ce genre de réactions ?

Med N : Moi souvent quand on me dit « l'âge ça ne se guérit pas », je réponds « ça se travaille ! ». Parce qu'il faut comme à tout âge bouger, bien manger, et il faut parfois faire des examens. Je disais juste ce qui est dur c'est quand les patients sont fatalistes.

Animatrice : et pourquoi c'est dur ?

Med N : Parce qu'eux ils pensent que c'est foutu et on a beau dire tout ce qu'on veut, ils n'ont pas le courage de quand même essayer de s'en sortir. J'essaie quand même de leur dire que ce n'est pas fini. Pour moi c'est plutôt ça que j'ai du mal. Je n'essaie pas de les discriminer, je ne pense pas que je l'ai déjà fait... j'essaierai d'y penser au cas où ça m'arrive. Mais c'est plutôt quand les patients eux-mêmes se discriminent eux-mêmes.

Animatrice : Vous du coup comment vous réagissez dans ce cas-là ? Comment vous essayez de les remotiver ou d'avoir une vision un peu plus positive du vieillissement ?

Med N : j'essaie d'avoir des exemples d'autres personnes qui eux, au même âge, ont réussi à s'en sortir. Pour leur donner un exemple comparable. Et là ça les motive un peu en disant « ah il y a quelqu'un d'autre de mon âge avec les mêmes problèmes qui s'en sort ». Oui mais il faut bouger, « oh mais j'ai plus envie de me bouger ». Je ne peux pas le faire à leur place.

Animatrice : Et ces situations comme vous dites, les personnes qui sont un peu fatalistes par rapport à leur vieillissement, vous trouvez que c'est fréquent en médecine générale ?

Med N : Oui c'est assez fréquent.

Animatrice : et qu'est-ce que vous en pensez les autres ?

Med J : Je veux bien intervenir. Je suis désolée si je redis des choses mais je n'ai absolument rien entendu de l'intervention du Dr MH. Alors que j'entends bien les autres donc je ne sais pas ce qui se passe, je n'ai vraiment rien entendu. Je suis vraiment désolée.

Par rapport au fatalisme, je ne l'appellerais pas comme ça. Je pense que certains acceptent qu'il y ait un déclin physiologique alors oui, enfin peut-être que c'est du fatalisme. Donc je pense que ceux qui sont dans cette acceptation sans pour autant en être malheureux, c'est plus facile quelque part pour nous, médecins généralistes, de les accompagner dans peut-être certains déficits qui arriveront à un certain moment. Je pense que notre rôle est de valoriser les capacités restantes ou les capacités résiduelles, je n'aime pas trop ce mot là parce que ça veut dire qu'il ne reste pas grand-chose mais de valoriser les capacités qui sont là malgré le déclin physiologique qui est inéluctable et qui est variable d'une personne à l'autre. Il y a des gens à 70 ans qui sont dans une chaise roulante et d'autres à 96 qui conduisent leur véhicule et qui suivent le fil d'actualité sur facebook. Donc c'est extrêmement variable d'une personne à l'autre. Et donc c'est l'exemple même du fait que je pense que ce n'est pas l'âge qui compte comme disait ID tout à l'heure. Mais vraiment la capacité de chacun et la personne que quelqu'un est à un moment de sa vie qu'il ait 65, 75 ou 96 ans. Voilà. Je me souviens quand j'ai commencé les études de médecine, j'avais un ami qui lui les terminait. Son grand père qui avait 66 ans, s'était fracturé le col du fémur et il était hospitalisé. Et donc de manière très fataliste, il disait que c'était la fin pour lui et qu'il avait vu ça dans des cours, qu'il allait avoir des complications et puis que jamais il allait se remettre de ce truc. Moi je vais avoir 59 ans cette année, donc je trouve qu'à 66 ans on n'est pas vieux et qu'il n'y a pas de raison que ça ne se passe pas bien (rire). Donc je pense que les choses ont changé aussi dans la mentalité. Je pense peut-être aussi parce que je suis entourée de gens chouettes à la maison de repos où je suis très heureuse d'avoir pris la succession de mon collègue. Je pense que quand même le regard change et qu'il y a des gens qui implémentent des notions différentes, voilà vous avez évoqué Montessori mais il y en a d'autres, pour vraiment valoriser les gens dans leurs capacités et dans leurs envies ! Dans leurs « en-vie », voilà. Je pense que c'est important, moi c'est un truc qui me parle en tout cas.

Animatrice : Et comment vous faites justement pour mettre en avant les capacités préservées chez les personnes âgées plutôt que les déficits ?

Med J : je pense que c'est déjà avoir un dialogue ouvert. Voilà ne pas lister que les déficits mais justement pouvoir lister aussi les choses qui vous revient et qui sont valorisantes pour la personne, ou des choses qu'elle voudrait pouvoir développer à l'intérieur de la maison de repos. Tout n'est pas toujours possible mais il y a quand même beaucoup de possibilités. Mais il faut

pouvoir les entendre et prendre du temps. Je pense que la clé c'est vraiment d'écouter et de prendre du temps. C'est vrai que parfois il y a une lenteur idéatoire chez certains, parfois il y a une audition déficiente ou il leur faut plus de temps pour interagir dans la communication. Et si ce temps-là n'est pas pris, je pense que c'est vraiment la première condition pour pouvoir communiquer et cheminer. Après il faut voir quelles sont, bon je parle là de personnes qui sont institutionnalisées, il faut voir quelles sont les possibilités à l'intérieur de la maison de repos ou les créer. Moi j'ai la chance d'être médecin coordinateur dans une maison de repos du CPAS où il y a encore pas mal de moyens. Il y a pas mal d'acteurs, de personnel avec des casquettes différentes, il y a des ergos, des éducateurs, il y a vraiment toute une série de gens avec qui il y a moyen de faire des projets qui sont pas mal. Evidemment, tout est un peu à l'arrêt pour l'instant. Projet intergénérationnel qu'on avait mis sur pied, enfin voilà il y a des tas de projets qui sont à l'arrêt mais ça c'est vraiment tous les secteurs et pour tout le monde. Donc on est vraiment très en attente de pouvoir redémarrer tout ça.

Animatrice : et si on n'est pas coordinateur d'une maison de repos comment est-ce qu'on pourrait faire nous en tant que « petit » assistant ou médecin généraliste en consultation pour essayer justement de favoriser une vision plus positive du vieillissement et essayer de mettre en avant ces capacités. Vous pensez qu'on pourrait avoir des attitudes nous pour montrer l'exemple ? ou l'entourage ?

Med J : La capacité d'écoute à mon avis c'est vraiment la première chose. Et je pense qu'à l'entrée d'une personne dans une maison de repos, c'est vraiment un dialogue qu'il faut pouvoir avoir, nous généralistes, s'il n'y a pas de relais dans la maison de repos. Dans les maisons de repos où il y a des psy, souvent il y a une histoire de vie qui est faite donc on rassemble déjà pas mal d'éléments de la vie de la personne, de ce qu'elle aimait faire, de ce qu'elle n'aimait pas, de ses hobbies etc. Et donc à partir de là, ils peuvent déjà mettre des choses en place. S'il s'agit de maisons de repos plus petites où il n'y a pas d'intervenants qui peuvent prendre ce temps-là, on peut peut-être pourquoi pas imaginer une consultation où on pourrait faire ça avec nos résidents plus âgés qui en auraient besoin et qui en tireraient profit.

Animatrice : ok je vois que vous êtes déjà bien sensibilisée au sujet, c'est chouette. Est-ce qu'il y a d'autres personnes qui voudraient intervenir par rapport justement de nouveau encore une fois la même question ? Je trouve ça intéressant certains malaises qu'on peut avoir avec les personnes âgées ? Moi personnellement, j'ai été beaucoup inspirée pour mon travail de fin d'étude par une patiente en maison de repos qui était un peu en perte d'autonomie et qui avait des troubles cognitifs légers et je trouvais justement que la maison de repos n'a pas beaucoup écouté cette personne-là parce qu'on l'a vite stigmatisée comme une personne démente. Et en fait, c'était en première année d'assistantat donc je débute, il s'en est suivi toute une série d'événements de non-sens pour moi parce que cette dame a chuté un jour, elle s'est cassée l'humérus donc la maison de repos m'a demandé de mettre des contentions pour la protéger. Donc on a commencé avec les contentions au lit, puis ça a été les contentions de fauteuil et puis finalement cette dame s'est retrouvée attachée quasi tout le temps. Je me sentais un peu seule dans cette histoire, impuissante, je ne savais pas quoi faire parce que personne dans la maison de repos n'était pour la détacher parce qu'ils voulaient surtout privilégier la sécurité. Alors que cette dame à chaque fois que j'allais la voir, elle pleurait, elle pleurait. Elle voulait absolument qu'on lui enlève ces contentions. Puis elle pleurait tellement qu'on a finalement fini par lui mettre un antidépresseur à la demande des soignants de la maison de repos et donc ça c'est vraiment un truc qui m'a choqué parce que voilà, cette dame au final est décédée attachée sous antidépresseurs dans la maison de repos. Je ne voudrais plus revivre ça, c'est ça que je suis assez sensibilisée aussi au sujet. Et je me demande moi, comment je peux faire en consultation

pour éviter d'arriver à ce genre de situations et essayer de sensibiliser l'entourage aussi à ça. Je ne sais pas si vous avez des idées ?

Med J : oui moi je pense qu'il y a une législation de 2002 sur le droit du patient, et il y a parfois des choses à aller relire là et ça concerne aussi la personne âgée. Ne pas considérer que cette législation concerne les personnes âgées, c'est de l'âgisme ! Alors allons relire ça. Et par rapport à la contention, si la personne n'est plus capable avec suffisamment de discernement de prendre position par rapport à la contention ou pas de contention. Si elle ne comprend pas l'enjeu de ce qu'on lui explique, alors il y a un représentant légal. Et si le représentant légal semble ne pas aller dans l'intérêt du patient, c'est une décision collégiale avec le médecin à l'avant plan qui lui doit prendre la décision, que ce soit par rapport à la contention ou par rapport à d'autres. C'est un traitement une contention ... enfin oui, c'est un soin, c'est un traitement, je ne sais pas comment il faut dire, nous avons notre mot à dire nous comme médecin traitant. Et évidemment il faut argumenter notre position. Si en argumentant, l'argumentation c'est la balance bénéfice-risque hein voilà. Est-ce qu'il y a plus de souffrance et de perte en attachant cette dame ou est-ce qu'il y a plus de bénéfice qu'il soit physique, psychique à ne pas l'attacher ? Nous avons notre mot à dire ! Et l'argumentation c'est la législation sur le droit du patient.

Animatrice : Tout à fait. Mais moi du coup, j'en avais parlé avec mon maître de stage qui lui en a parlé avec la famille parce qu'il la connaissait bien et finalement en fait la famille était pour parce qu'ils n'avaient pas envie qu'elle retombe et qu'elle se recasse quelque chose, donc c'est ça que j'étais coincée. Alors que je la voyais toutes les semaines pleurer et se dégrader moralement donc c'était difficile. Alors que je pense que si on avait écouté un peu plus la patiente malgré qu'elle avait des troubles cognitifs modérés, elle s'exprimait encore bien et je pense qu'on ne serait pas arrivé jusque-là.

Med J : Dans la maison de repos, à la résidence Hustin où je travaille, quand il y a des dilemmes comme ça et c'est fréquent hein ! Pour je ne sais pas moi des arrêts d'alimentation en fin de vie, des contentions... et c'est toujours les mêmes sujets qui reviennent, on crée des réunions de concertation où on essaie d'avoir une approche en listant en petit peu quelles sont les différentes attitudes possibles et en pesant le pour et le contre. Et c'est toujours extrêmement enrichissant et il est très rare qu'on n'arrive pas « à nos fins », c'est-à-dire à permettre à la personne de ne pas être contentionnée ou pas tout le temps, ça peut être au moment du repas et puis être décontentionnée après... voilà. C'est toujours très riche de faire ces réunions, éventuellement avec quelqu'un de neutre, quelqu'un qui n'est pas parti prenant dans les soins auprès de ces personnes et de pouvoir vraiment argumenter.

Med L : Moi je voudrais intervenir sur la question effectivement de la décision et de qui la prend parce que je me surprends moi-même à demander beaucoup plus vite l'avis de quelqu'un, soit à la place soit en tout cas en plus de la personne âgée quand c'est une personne âgée. Ce que je ne me permettrais pas avec quelqu'un de 50 ans. Ça je me rends compte que c'est un truc sur lequel je glisse facilement où je considère qu'à 70 ou 75 ans ou même si on va encore faire ses courses, c'est plus important ou plus déterminant ou plus je-ne-sais-pas-quoi d'impliquer le cohabitant, l'épouse voir un enfant dans une décision qui est prise. Alors ça ne veut pas dire que je n'écoute plus, en tout cas j'espère (rire) la personne concernée non je pense vraiment, mais voilà. Alors ça a peut-être son intérêt parce qu'effectivement à cet âge-là on est encore plus, ou en tout cas plus conscient d'être dépendant des autres... en tout cas on peut l'être beaucoup plus mais voilà je me dis que c'est quand même un peu limite. Et en tout cas cette question, j'ai pensé à ça en écoutant BD parlé de la loi sur les droits du patient, très clairement

tant qu'une personne n'est pas jugé inapte et tant qu'on n'a pas évalué sa capacité à décider pour elle-même, c'est elle qui décide pour elle-même ! Je vais dire point barre et la loi est très claire là-dessus. Et on a très vite tendance à décider de façon, et je parle aussi pour moi, de façon un peu implicite que quelqu'un n'est plus capable de décider. Je trouve.

Med J : Alors si je peux ajouter quelque chose dans le déclin cognitif, ce n'est pas du « on off » non plus. On n'a pas une personne qui, tout à coup, a pleinement toutes ses capacités puis quelqu'un qui ne discerne plus rien. Donc il faut aussi pouvoir, en fonction de la question qui est posée et en fonction du moment, on sait très bien que quelqu'un d'âge qui est hospitalisé peut avoir un moment de confusion où il n'est pas capable de prendre une décision pour lui-même, on le remet dans son milieu habituel, il retrouve « ses esprits » et sa pleine capacité. Donc il faut aussi pouvoir voir où on en est dans la capacité à prendre des décisions et pour quelles décisions. Voilà. Et tout à l'heure quelqu'un, je ne sais plus qui, évoquait le diagnostic de démence. Quand un diagnostic de démence est collé parce qu'il y a des troubles cognitifs débutants, c'est une catastrophe hein. Alors là on est dans l'âgeisme en plein, on ne leur demande plus leur avis pour rien, et ils sont devenus incompetents pour tout. Donc ça c'est juste une catastrophe !

Animatrice : oui tout à fait. La double stigmatisation. C'est ça aussi que je me demande comment on peut faire pour aller à l'encontre de ça et c'est ça que je trouvais que la méthode Montessori était quand même intéressante là-dessus. Donc Dr ID vous disiez que vous demandiez plus facilement l'avis d'une autre personne que le patient quand il s'agit d'une personne plus âgée. Une personne plus âgée c'est-à-dire quelle tranche d'âge ? A partir de quelle tranche d'âge vous allez faire ça plus facilement ?

Med L : ... Si je dois parler en termes d'âge, mais souvent en fait, c'est plutôt la complexité de la situation ou la fragilité que je perçois de la personne. Je pense à un patient maintenant que je suis depuis pas très très longtemps, enfin depuis le mois d'octobre et lui ben retour d'hospitalisation après chirurgie cardiaque, revalidation écourtée à cause du covid. Et là effectivement je lui parlais à lui mais je parlais en même temps à son épouse et je voulais l'écho des deux pour les décisions à prendre, et je parlais aux deux en termes de modification de traitement ou de savoir s'ils avaient contacté les kinés etc parce que lui est aussi assez dépendant d'elle et voilà c'est elle qui m'avait appelé mais voilà ... je sens bien que je suis un peu comme ça entre les deux. C'est plus la fragilité perçue, je ne l'évalue pas sur une échelle machin mais c'est plus fragilité de la situation de la personne qui me fait réagir comme ça.

Med K : Moi dans le même ordre d'idée par exemple, si je dois hospitaliser une personne plus âgée mais qui est encore chez elle mais où les enfants sont encore fort présents etc. Je pense que je ne prendrais pas la décision juste par la patiente. Une personne qui ne veut pas être hospitalisée, la personne âgée me dit : « ah mais non moi je veux rester ici, c'est comme ça, je refuse le traitement je préfère rester chez moi » Je n'arriverai pas, il faudra que je demande l'avis de la famille. Parce que je ... voilà, je ne serais pas juste décider en fonction de ce que la personne a dit. Et ça c'est bien dommage parce que c'est vrai que si la personne, effectivement, n'a pas de trouble cognitif, elle est tout à fait apte à décider. Mais j'aurais peur pour la suite, j'aurais peur qu'elle ait mal compris donc je veux un autre appui. Je remarque que c'est à chaque fois comme ça en général. Donc voilà c'était un peu pour aller dans le même sens que ce qu'on disait.

Med N : c'est vrai qu'on a tendance à prendre des décisions (...) c'est aussi parce qu'on a peur qu'ils n'aient pas compris. Les personnes âgées ne comprennent pas toujours ce qu'on dit donc c'est compliqué de prendre des décisions. Ils disent souvent « oui on a tout compris » mais en fait non.

Animatrice : et le fait d'avoir ces a priori du coup par rapport à ses patients, est-ce que vous pensez que ça leur fait quelque chose ? Est-ce que vous pensez que cela a un impact sur leur santé le fait d'avoir de faire de l'âgisme en consult ?

Med K : Je pense que clairement ça a quand même un impact. Moi ça m'est déjà arrivé plusieurs fois d'aller voir des patients en maison de repos qui ne pouvaient plus gérer certains aspects de leurs traitements et qui en étaient vraiment vraiment fâchés, qui m'en parlaient, qui n'étaient pas contents, on voyait vraiment que ça les touchait fort. Et donc à terme au moins sur leur santé mentale, sur leur santé physique je ne sais pas peut-être mais sur leur santé mentale je pense que c'est clair que ça a un impact, sur leur moral à terme. Et ça les pousse peut-être un petit peu aussi et ça rajoute du poids à l'argument « ah mais docteur c'est l'âge » pour eux. Ça renforce peut-être cette idée-là pour eux aussi.

Animatrice : Tout à fait oui. Il y a d'autres personnes qui veulent réagir là-dessus ?

Med J : Je pense effectivement par rapport aux traitements dans les maisons de repos le fait d'être dépossédé de son traitement, effectivement ce sont des choses qu'on entend. Et ça ce sont des décisions d'institution hein. Donc je pense aussi dans chaque institution avec le médecin traitant il faut évaluer s'il y a un risque à laisser le traitement être géré par la personne ou s'il n'y a pas de risque. Maintenant je sais que certaines institutions sont parties du principe que tous les médicaments sont distribués par le personnel infirmier et qu'il n'est pas question d'y déroger. Nous on a réfléchi à ça et certaines personnes, on peut parfois négocier, certaines personnes peuvent parfois avoir une partie de leur traitement à leur disposition surtout si c'est du si nécessaire, je ne sais pas moi une tablette de dafalgan au cas où, ou que sais-je des gouttes pour le nez ou bien ça peut être plus élargi que ça. Ça peut se négocier aussi en fonction du type de traitement et en fonction des capacités cognitives qui ne sont pas « on off » chez la personne. Mais c'est vrai que c'est un sujet « teutchi » je trouve.

Animatrice : et maintenant par rapport à la population générale, est-ce que vous pensez qu'en tant que soignant on est plus sujet à faire de l'âgisme sur nos patients, enfin sur les personnes plus âgées que la population générale ou bien l'inverse ?

Med J : moi je me suis peut-être un peu drillée au fil des années. L'attitude que j'ai aujourd'hui je ne l'ai pas toujours eue, voilà, je vois qu'ID rit (rises). Mais c'est vrai voilà, je pense, je ne me souviens plus très bien comment je fonctionnais il y a 30 ans mais sans doute pas de la même façon, sans doute aussi en regardant un peu plus le conjoint et voilà. Maintenant je demande beaucoup la permission. Quand je sens qu'il faut effectivement inclure un tiers, que ce soit le conjoint ou que ce soit la voisine, enfin quelqu'un qui est proche où on sent qu'il y a vraiment une relation importante qui est là et une dépendance de la part de la personne à qui on s'adresse mais où on sent aussi qu'il faut continuer à l'impliquer le plus possible, je demande la permission en disant « il me semble que ce serait peut-être bien qu'on en discute avec votre fils, votre fille ou que sais-je ». Souvent ça c'est bien accepté parce qu'on a demandé la permission. Quand on demande la permission c'est toujours mieux d'accepter c'est tout. Ça veut dire qu'on remet la balle dans le camp de l'autre en disant c'est lui qui a le pouvoir de dire

« ben oui, non, c'est une bonne idée, c'est pas une bonne idée ». Parfois je dis « il me semble que ce serait une bonne idée », donc je pousse un petit peu plus, je prépare la permission. Ça s'appelle un tout petit de manipulation mais je suis à l'aise avec ça (rires).

Med K : Moi j'avais juste une petite question par rapport à ça du coup. Si par exemple, vous pensez vraiment que c'est nécessaire d'avoir l'avis d'un tiers mais que le patient refuse votre demande, comment est-ce que vous gérez la situation ?

Med J : Je vais relire la législation sur le droit du patient (rires). Et donc s'il a toute sa capacité de discernement et qu'il refuse et parfois j'en suis navrée parce que je pense vraiment que ce serait dans son intérêt d'aller dans un autre sens, et bien il a ce droit-là. Voilà. Vous savez j'ai aussi une casquette, je suis médecin référent soins palliatifs dans ma région et de temps en temps il y a des gens qu'on ne parvient pas à soulager parce qu'ils ont des croyances que la morphine ça va les endormir, qu'ils ne seront plus en possession de leurs moyens, que si que là... ils crèvent de mal et on ne parvient pas à instaurer un traitement qui nous paraîtrait être apaisant et on est extrêmement frustré. Donc ça fait partie de notre job la frustration de la non-acceptation de quelqu'un qui a bien compris l'enjeu, qui a bien compris les possibilités qu'on lui offre et qui dit non. C'est pareil pour la personne âgée, ne pas accepter notre frustration et faire du forcing c'est de l'âgisme aussi, sous prétexte qu'il est âgé et qu'il faut prendre la décision à sa place.

Med M : oui l'expérience m'a appris aussi qu'effectivement nous surévaluons souvent l'importance des médicaments. Et que de plus en plus, je suis persuadé, que l'hygiène de vie ou l'écoute ou la présence d'une tierce personne lorsque la personne n'est pas hospitalisée ou pas encore dans une maison de repos, est aussi importante si pas plus que certains médicaments en tout cas. Et donc je pense qu'il faut savoir dialoguer. N'oublions pas que notre médecine c'est de l'art. On parle toujours de l'art de la médecine et donc il faut savoir jouer avec le retour de la personne âgée comme de la personne plus jeune d'ailleurs. Et donc voilà, régulièrement on est obligé de ne pas suivre notamment l'évidence base-médecine en fonction du désir de l'individu et en particulier des personnes plus âgées. Alors ce que BD dit aussi, c'est qu'effectivement c'est pas un effet « on-off ». Et ça c'est ce qui se passe bien avant les maisons de repos, parfois 10 ans avant. La personne décline progressivement mais c'est vraiment par petites touches, c'est un peu comme les touches de palette de peinture. Donc il y a parfois un peu de ceci qui part puis ça revient quelques jours, quelques semaines plus part, alors que d'autres aspects disparaissent et donc effectivement la relation avec le patient varie progressivement et la relation au sein de la famille, au sein du couple varie aussi très fort. Et donc il faut savoir être à l'écoute à la fois du patient et à la fois de son partenaire, de son conjoint.

Animatrice : J'avais encore une petite question pour le docteur BD. Vous disiez que vous n'aviez pas toujours été comme ça et pourquoi est-ce que vous avez changé à un moment ?

Med J : ah je n'ai pas changé, j'ai évolué

Animatrice : Oui voilà c'est ce que je voulais dire, évolué.

Med J : Ben oui, il y a eu du changement. Ben parce que c'est l'expérience, ça c'est la rencontre avec d'autres intervenants, avec d'autres collègues.

Animatrice : Ce n'est pas une situation qui vous a marqué particulièrement et où vous vous êtes dit « bon là il faut trouver une autre manière de faire » ?

Med J : Si. Je pense vraiment que ce qui a été aidant dans ma relation à l'autre, dans la relation médicale, dans la relation médecin-patient, c'est ma formation en soins palliatifs et le recul que j'ai eu en me formant aux soins palliatifs. Parce que c'est une posture différente, c'est une position différente, c'est prendre son temps et je pense que ça a déteint sur le reste de ma pratique et probablement dans la manière dont j'aborde quelqu'un qui est plus âgé que la moyenne. La personne âgée je n'aime pas trop ce mot là mais quelqu'un qui est plus âgé que la moyenne habituelle voilà, ça m'a probablement aidé oui. Et ça m'a aidé sans doute aussi à ne pas être frustrée mais à accepter que quelqu'un fait un choix qui n'est pas le choix que je lui ai proposé initialement ou qui me semble être le meilleur. Mais ça c'est tout le temps en médecine. Les gens qui ne nous écoutent pas, qui n'arrêtent pas de fumer, qui continuent à manger trop gras, qui ne font pas de sport, c'est tout le temps. **A tout âge on doit accepter la frustration**

Med L : Si je peux compléter ce que BD, avec ton autorisation BD. Voilà on a eu l'occasion de donner ensemble l'une ou l'autre formation sur les soins aux personnes âgées et ce que moi j'ai beaucoup apprécié en travaillant avec BD, c'est d'accepter de revenir sur des situations qui ne s'étaient pas forcément bien passées. Pour montrer effectivement là où on peut être interpellé, changé, évolué et le fait de pouvoir revenir dans un contexte bienveillant c'est-à-dire avec des collègues avec qui on est à l'aise ou même pour soi-même dans l'écriture, je ne sais pas quoi, pouvoir revenir sur des situations qui nous ont interpellées. C'était votre cas aussi Dr AD (animatrice) de pouvoir se dire « je ne veux plus revivre une situation comme celle-là », je trouve que c'est un moteur vraiment vraiment super intéressant. Et puis cet échange avec d'autre, on n'est pas un qui sait et un qui sait pas, on est vraiment dans la réflexion entre soignants, et moi maintenant j'ai des situations que je vis avec des personnes âgées où je pense à ce qu'on a échangé avec BD ou avec d'autres et où je me dis « ah tiens oui ... » et c'est comme ça qu'on évolue, enfin moi ça m'aide beaucoup.

Animatrice : Oui tout à fait !

Med N : je suis d'accord avec dr AA, moi je dis aussi à mes patients que la positivité, l'hygiène de vie et la mobilité peuvent aider à mieux vivre le vieillissement quand cela semble négatif.

Med M : C'est effectivement si important que ça entraîne parfois des durées consultations bien plus longues que la moyenne.

Animatrice : oui ça c'est le risque. Si on veut changer les tendances sociétales, il faut du temps parce que c'est ancré dans la société cet âgisme. Donc c'est vrai que c'est pas facile de convaincre la personne âgée de voir du positif.

Med N : mais les écouter eux et nous écouter nous prend du temps.

[PRÉSENTATION SUR L'ÂGISME]

Med L : J'ai une question, les soignants ils sont pessimistes sur les personnes âgées ou sur toute la population pour avoir un point de comparaison. Je savais que les médecins se donnent, quand on dit « vous pensez que vous allez vivre jusqu'à quel âge ? », en général, les médecins se donnent une espérance de vie plus faible que se donneraient des gens qui ne sont pas soignants.

Donc ils sont même négatifs par rapport à eux-mêmes. Donc je me demandais s'ils avaient une vision assez négative des personnes âgées ou globalement de la population ?

Animatrice : Je n'ai pas de point de comparaison, il a vraiment fait le travail avec les infirmières en oncologie par rapport aux personnes âgées mais je n'ai pas de notion par rapport à la population générale. C'est un psychologue spécialisé en sénescence donc il s'est surtout concentré là-dessus. Mais c'est une bonne question !

Med L : Parce qu'à force de voir des gens malades effectivement, on a tendance à avoir des lunettes malades.

Animatrice : Je ne sais pas ce que cette présentation a changé un peu dans vos réflexions. Qu'est-ce qui vous a frappé ? touché par rapport à ce que je viens de présenter ?

Med J : Je suis sidérée par les chiffres de réduction de la durée de vie liés à ces stéréotypes négatifs, je n'avais jamais lu ça nulle part donc je suis assez sciée.

Animatrice : Oui ça peut réduire l'espérance de vie jusqu'à 7,5 ans en moins et si on a une vision positive de la retraite ça peut aller jusqu'à 4,9 ans. Oui c'est assez impressionnant.

Med L : Alors il y a une influence directe sur les tests qu'on fait passer vous disiez, c'est ça, si j'ai bien compris ? Je veux bien que vous repreniez. Quand on fait passer un test à une personne âgée, en fonction de l'image qu'elle a elle-même de son propre vieillissement, son test est modifié ?

Animatrice : En fait, il y a une étude qui a été faite avec deux groupes. Un groupe neutre et un groupe où on a activé justement des stéréotypes négatifs liés à l'âge. Donc on disait aux personnes, voilà « on va vous faire faire un test de MEMOIRE pour pouvoir comparer votre mémoire par rapport à des personnes plus jeunes ». Et rien que le fait d'activer ce stéréotype lié à l'âge, cela influence leur test, leur performance pendant le test, ils ont tendance à prendre plus de temps, à demander plus d'aide, ils ont beaucoup moins confiance en eux quand on active ce stéréotype par rapport au groupe neutre où là on disait simplement qu'on allait faire un test de mémoire.

Med L : Ça veut dire que le contexte dans lequel on vit influence très fort leur comportement, le contexte dans lequel nous mettons nos personnes plus âgées que la moyenne comme dit BD ça les influence très fort dans leurs compétences ?!

Animatrice : oui tout à fait.

Med J : Faut-il encore faire passer des tests ? C'est pervers hein. Enfin ID est d'accord avec moi évidemment, elle écrit de jolies choses là-dessus. C'est pervers, c'est vrai. C'est stigmatisant, je pense que le mot n'est même pas trop fort, pour certains c'est traumatisant.

Animatrice : Oui au final, on se demande le bénéfice réel de faire passer ces tests...

Med J : Prescrire des anti-cholinestérasiques qui n'ont pas d'effet, qui les rendent incontinents et donc qui augmentent leurs difficultés.

Med N : pour la présentation, je savais que la positivité pouvait influencer la durée de vie, on avait vu ça en cours d'oncologie je pense mais que nous soignants on pense si négatif, ça fait peur. Et faire encore passer le MMSE c'est une bonne question, je me rendais pas compte du traumatisme...

Med J : Moi j'ai une patiente que je vois régulièrement, une fois par mois, elle vient d'avoir 80 ans. Et il y a je pense 5 ans, au moins 5 ans, donc elle n'avait que 75 ans. Elle vit toute seule chez elle, elle a eu une activité bien remplie, elle a gardé ses petits-enfants, c'était une femme au foyer mais qui a travaillé dans une boulangerie enfin voilà, elle voyait du monde, elle a travaillé beaucoup physiquement. De temps en temps, elle avait de petits oublis comme beaucoup de gens. Et un jour elle a oublié qu'on était mercredi et qu'elle devait aller chercher ses petits-enfants à l'école. Et elle a vraiment oublié et donc elle s'est mise dans un état pas possible, ce qu'on peut comprendre. Et il s'était passé des événements aussi que moi j'ai trouvé pas bien grave avant ça et une de ses filles, elle a deux filles qui sont bienveillantes, et une de ses filles, sans qu'on en ait vraiment discuté, a pris un rendez-vous et est allé lui faire passer un MMSE qui n'était pas très bon, je ne me souviens plus du score. Et elle est revenue à la maison avec une prescription de donépépil ou je-ne-sais-pas-trop-quoi, et je lui ai interdit de le prendre. On en a discuté ! Enfin je lui ai interdit non, on en a discuté ! Non, enfin si c'était ça mon idée (rires) ! Mais on en a discuté et elle ne l'a jamais pris et cela ne s'est plus jamais reproduit. Et après discussion avec les filles, je soigne une des deux filles, elle m'a dit « vous aviez raison » donc j'étais très contente. Mais ce test, ça a vraiment été un traumatisme parce que dans son dossier quelque part c'est noté « troubles cognitifs débutants » et moi je n'ai pas noté ça dans son dossier ! J'ai pas noté ça dans son dossier informatique parce que c'est stigmatisant et parce que voilà c'est un vieillissement qui m'a paru physiologique, normal, dans la moyenne et il ne s'est passé qu'un événement ... ! Moi un jour j'ai aussi oublié mes filles à l'école, j'avais 35 ans ... Quand je suis arrivée dans la cours de récréation, mes filles étaient en pleurs en me disant « maman tu me feras plus jamais ça ! » J'étais traumatisée pendant 15 jours, heureusement que je n'avais pas l'âge de faire un MMSE donc voilà !

Je trouve que là on a une responsabilité et c'est pas facile, c'est vraiment pas facile. Parce que parfois on a la pression des familles, il y a aussi parfois le discours différent du spécialiste gériatre ou neurologue qui prescrit quand même parce qu'il n'y en a pas un qui prescrit pas. Et donc nous on est là, confronté à ça et à devoir argumenter mais je pense qu'on doit le faire. Les filles s'occupent maintenant d'une grande part des choses administratives, elles font les versements, les virements etc. Je pense que cette dame pourrait encore les faire mais voilà tout doucement elle a mis ses filles dans l'histoire et c'est très bien comme ça mais pour d'autres choses, je l'encourage à garder, à demander l'avis si les choses sont un petit peu compliquées. Parfois c'est à moi qu'elle demande l'avis quand elle reçoit un courrier un petit peu compliqué. Elle est d'origine italienne, elle parle très bien le français mais il y a des choses un peu subtiles qu'elle ne comprend pas et finalement les choses se passent super bien comme ça. Alors peut-être qu'un jour effectivement ça se dégradera mais c'est pas le cas pour l'instant donc voilà.

Med M : Je peux intervenir ? Donc effectivement BD je vais tout à fait dans ton sens que je me suis retrouvé aussi très souvent en opposition avec l'un ou l'autre spécialiste concernant les traitements des personnes âgées. Et tu sais BD que c'est aussi à la maison de repos qu'on nous montre bien toutes ces feuilles, toutes ces quantités de médicaments qui sont prescrits aux patients et qu'on sait que lorsqu'on dépasse 6 médicaments les effets secondaires commencent à intervenir et en dépassant 10 médicaments on est dans les effets plutôt pervers et contre productifs. Et je voudrais aussi poser la question, que pensez-vous alors de cette tendance maintenant à vouloir aussi multiplier les gériatres ? Parce que c'est de nouveau mettre, classer

les gens en fonction de leur âge, « et bien voilà vous avez plus de autant d'années, autant d'âge, ce n'est pas un médecin traitant qu'il vous faut mais un gériatre. Est-ce que vous pensez que c'est une évolution qui peut encore s'aggraver ?

Animatrice : quelqu'un veut réagir par rapport à ça ?

Med J : Je pense qu'en gériatrie, les choses ont quand même un peu changé dans le bon sens. Dans la région de Charleroi, j'ai des quand même des contacts avec des chouettes gériatres dont Véronique Latteur, Dumont enfin c'est quand même des gens avec qui on a des chouettes collaborations gériatres-médecins traitants. Et je pense quand même qu'il y a maintenant des échelles en gériatries qui tiennent compte de la fragilité des gens plus que de leur âge. C'est pour ça que j'ai dit tout à l'heure, quand je suis intervenue tout au début, que je pense, moi j'ai le sentiment ou alors j'ai une vision idyllique je ne sais pas, les choses ont évolué plus dans le bon sens par rapport à l'âgisme, j'ai ce sentiment-là. Ou alors c'est parce que j'ai des contacts privilégiés avec certaines personnes qui pensent comme moi je n'en sais rien mais j'ai l'impression que ça a évolué plutôt dans un sens positif.

Animatrice : qu'est-ce que vous pensez par rapport à ça les autres personnes ?

Med J : A un moment donné, les critères d'admission dans un service de gériatrie c'était d'avoir 75 ans, donc c'était clairement lié à l'âge. Ils ont modifié leurs critères dans la plupart des services de gériatries, c'est vraiment une grille de fragilité et il y a des gens qui ont 80 ans qui vont plutôt se retrouver dans un service de pneumo ou dans un service de médecine interne.

Med L : Il y a aussi la fonction qui est plus ou moins développée selon les hôpitaux, de fonction de liaison externe en gériatrie et donc de pouvoir avoir l'avis d'un gériatre concernant une personne qui est hospitalisée dans un autre service que la gériatrie. Parce qu'effectivement tous ceux qui en auraient besoin ne sont pas forcément en gériatrie. Et donc ça c'est quelque chose sur lequel on peut jouer. Bon je dois avouer nous l'hôpital de référence le plus proche, je suis personnellement pas satisfaite de la gériatre qui réagit de façon organiciste et qui envoie selon la pathologie ou l'élément qui ressort vers pneumo, vers cardio etc et qui joue mon rôle de coordination. Si j'envoie chez un gériatre c'est pour faire autre chose, c'est pour avoir une autre vision sur la personne âgée et qui est celle que j'avais en tout cas moi eu l'occasion de connaître quand j'ai collaboré avec les gériatres sur Saint-Luc et qui est celle que BD me relate aussi avec gériatres de Charleroi. Vraiment une vision plus globale de la personne âgée, axée beaucoup plus sur la question de la fragilité, des compétences que sur la question de l'âge. Ça permet de mettre une peu d'autres lunettes et une vision effectivement plus globale de la personne âgée que uniquement en fonction des spécialités ou de l'organe à traiter quoi. Ça peut vraiment être utile quand ça marche bien et quand on a des collaborateurs qui sont dans cette optique-là.

Med J : J'ai envie de dire c'est aussi à nous à prendre notre place, évidemment pour le moment on ne peut plus aller dans les hôpitaux parce que de nouveau tout ça est un peu paralysé mais à aller voir nos patients dans les services de gériatries, à prendre notre téléphone et donc c'est comme ça qu'on crée les liens avec les gériatres et qu'on est dans une confiance mutuelle et ils feront pareils. Ils donneront un petit coup de fil quand il y a des décisions à prendre si nous on s'est donné la peine de le faire dans l'autre sens. De nouveau pas pour tout le monde mais je pense que ça marche pas mal ça.

Animatrice : Et justement par rapport à notre place dans ces discriminations des personnes âgées, vous pensez qu'on se situe où ? Qu'est-ce qu'on pourrait faire pour essayer de minimiser au maximum l'âgisme des soignants en consultation de médecine générale ?

Med L : Ne pas laisser passer les petites choses. Parce que ça commence avec, ça commence avec votre exemple de contention, ça a commencé au lit puis c'était tout le temps... mais même avant ça ; la façon de parler de quelqu'un, ou l'impliquer dans des décisions, c'est là que ça commence, et réagir relativement tôt. Mais pour ça on a besoin d'être un peu sensibilisé, c'est un peu notre radar en fonction de 1) quand on échange, 2) quand on a été choqué par une situation, 3) quand on a échangé avec des collègues, je pense qu'on a une sensibilité qui est un petit peu exacerbée et alors on va capter plus vite, j'ai envie de dire, des réactions sur le fait qu'on laisse pas décider une personne âgée ou ... enfin la question de la décision ça, je trouve que ça peut vite commencer par là et du coup, on peut vite se sentir déposséder. Je comprends mieux le mécanisme de dégringoler à partir de ce que vous avez expliqué, les influences des stéréotypes sur les personnes elles-mêmes. Donc ça demande d'y être sensible, sensibilisé et puis de réagir. Et donc d'avoir un brin de temps et un brin de courage pour ne pas passer pour l'emmerdeur qui empêche le monde de faire son travail. J'ai eu une personne en court séjour dans une maison de repos, elle avait une maladie de Parkinson, elle était habituée de gérer son traitement elle-même à la maison, ça été dur de faire passer qu'elle gère sa prolopa elle-même ! Or elle sentait bien quand elle avait besoin de la prendre et ce sont des heures qui tombent pas dans les heures de passage infirmier facilement, je sentais que j'avais l'impression de presque faire la révolution dans la maison de repos.

Animatrice : On doit faire un peu leur porte parole en fait.

Med L : Oui. Non seulement leur porte-parole. Enfin je veux dire les stéréotypes ils agissent sur nous, sur les autres soignants et sur la personne et donc même quand une personne dit « mais non toute façon docteur laissez faire, ce sera plus facile ou je ne sais pas quoi... ». Ben non (rires) ! Parfois même réagir par rapport à ce que la personne dit.

Med N : Je suis d'accord avec tout ce que tu as dit. Moi ce que j'essaie surtout de dire c'est se mettre à la place de l'autre. C'est difficile, on n'a pas envie de le faire mais ça peut nous aider.

Med J : Oui je pense qu'on peut essayer de se mettre à la place mais il faut vérifier si cette place est la bonne. Parce qu'on peut s'imaginer aussi des choses à la place de l'autre. Comme disait je-ne-sais-plus-qui, un grand philosophe : « quand on se met à la place du patient, où est-ce qu'il se met lui ? ». J'aimais bien l'histoire de la révolution, moi j'aime bien la révolution parce que je trouve qu'il n'y a pas d'évolution sans révolution. Mais je pense que, quand on fait la révolution, enfin quand on veut vraiment, quand on pense qu'on a raison, comme cette histoire de prolopa les gens ils ont des horaires bien précis et tout est déséquilibré quand on chamboule ça, c'est un équilibre tellement difficile les prises de prolopa qu'il faut se battre pour que les gens puissent effectivement garder leur schéma dans une situation comme celle-là mais je pense vraiment qu'il faut argumenter. C'est vrai ça, parce que si le soignant en face a juste l'impression qu'on est un emmerdeur qui impose son point de vue et que ça pourrait être un autre point de vue et qu'il est juste là pour imposer son point de vue, ben ça ne passe pas. Si c'est argumenter, ça passe en général. Pas toujours hein voilà.

Animatrice : et vous faites comment pour argumenter ça ?

Med J : Simplement expliquer le pourquoi du comment. Dans une maison de repos, que ce soit un long séjour ou un court séjour c'est comme ça hein. La médication, enfin bon c'est pas comme ça nécessairement partout, mais la médication c'est matin-midi et soir. Quand vous prescrivez un antibiotique, l'amoxicilline 3x par 24h si vous ne précisez pas donnez-lui toutes les 8 heures ce sera donné à 8h à midi et à 18h. Ce sera pas trois fois par 24h c'est comme ça. Mais si vous argumentez en disant « c'est 3 fois par 24h comme ça c'est une fois toutes les 8h et le taux sérique sera moyen sur les 24h » c'est valorisant aussi pour la personne, pour le soignant en face d'être dans une interaction explicative, c'est toujours valorisant pour eux. Souvent ils sont remerciant parce qu'ils ont l'impression qu'on les considère en leur expliquant aussi des choses. Donc moi je pense que ça ça marche !

Animatrice : Dr SG vous avez quelque chose à rajouter ?

Med K : Je pense qu'avec l'expérience c'est plus facile. Moi je remarque effectivement qu'au début que j'ai commencé, j'osais pas m'imposer peut-être parce que peur voilà, je me dis les autres ont plus d'expérience que moi. Et au fur et à mesure, on commence à imposer ses choix en expliquant les choses et effectivement en argumentant et ça passe mieux. Mais ça au début c'est pas toujours facile à faire enfin pour mon cas ça a été comme ça.

Animatrice : Oui c'est sûr qu'il faut trouver sa place, c'est pas facile.

Est-ce que vous pensez que pour avoir justement un impact plus important sur l'âgisme en tant que médecin généraliste, on devrait être plus sensibilisé à ce sujet-là ?

Med N : (acquiescement)

Med K : Mais moi je trouve qu'on l'est quand même de plus en plus. Moi je trouve que même pendant les études on en parlait déjà. Je suis sûre qu'il y a quelques années c'était pas comme ça du tout. Et maintenant on le voit effectivement dans les hôpitaux avec les services de gériatries et de liaison. C'est vrai que le patient âgé est pris dans sa globalité et plus en fonction de son âge. Moi je trouve qu'on fait de plus en plus de choses. Et je vois au fur et à mesure des années, depuis que je travaille que ça évolue encore.

Med N : Le cours de gériatrie à l'unif est récent. La gériatrie je pense, ne doit pas être de la médecine générale, les gens vont aller là-bas comme de la médecine générale, ça doit rester une spécialité mais c'est vrai que ce serait bien d'avoir une collaboration parce que c'est quand même une physiologie différente à un certain âge donc c'est important peut-être de le rappeler, de le faire autrement. Mais c'est vrai que l'âgisme a peut-être changé ces dernières années mais moi aussi je suis jeune et j'attends de voir encore ce que je vais apprendre mais c'est vrai que moi aussi au tout début je ne m'imposais pas, j'ai dû faire ma place et puis maintenant, cette année d'ailleurs, j'ai plus changé de façon de faire mais j'ai toujours expliqué ça a toujours été ma façon de faire et c'est vrai que j'ai un meilleur lien avec les infirmiers grâce à ça.

Animatrice : Et Dr AA qu'est-ce que vous en pensez par rapport à cette sensibilisation ? vous qui êtes un peu moins touché par la situation ou sensibilisé en tout cas de base ?

Med M : Effectivement il faut prendre chaque consultation, chaque rencontre à bras le corps, se dire que les problèmes sont chaque fois différents. Être à l'écoute vraiment de ce que la personne a à vous dire et qui n'est pas la même que ce que cette personne de 75 ans aujourd'hui va vous dire, qui n'est pas la même chose que le voisin que vous voyez quelques minutes après,

c'est tout à fait deux situations différentes malgré des pathologies peut-être semblables. Mais leur manière de voir les choses fait que nous devons être à leur écoute et nous devons pouvoir leur apporter des solutions individuelles. Et là, moi je pense que c'est aussi quelque chose d'important, c'est peut-être de bien connaître leur histoire. Quand on connaît des patients depuis plusieurs dizaines d'années, leurs familles éventuellement quand c'est la deuxième génération par exemple on comprend mieux leurs attentes. On comprend mieux en connaissant leur milieu de vie, leur milieu sociétal, comment ils abordent leurs propres problèmes de santé. Une personne venant de la ville ne va pas apporter son problème de santé de la même manière qu'un paysan on va dire. Donc je pense qu'il est important de bien connaître cette personne. Bien sûr c'est pas possible quand on est un jeune médecin d'abord, c'est pas possible non plus quand on a un nouveau patient même à mon âge et donc là c'est difficile de pouvoir les aider complètement c'est dommage. Mais quand nous avons la chance de connaître des personnes depuis des dizaines d'années. Quelles richesses de pouvoir les accompagner... aller je dirais jusqu'à la fin de leur vie.

Animatrice : Ici c'est facile de « convaincre » parce que si vous êtes là c'est que vous étiez intéressés de base par le sujet mais ce qui est difficile c'est de convaincre aussi les personnes qui sont un peu moins touchés par ce sujet-là. Essayer de défendre nos patients et d'être un porte-parole. Du coup je me demandais Dr AA qui vous êtes un peu moins à l'aise que les autres avec les personnes plus âgées, vous feriez ça aussi défendre un petit cette vision positive du vieillissement, est-ce que vous seriez prêt à le faire ? Je voulais avoir votre avis par rapport à ça.

Med M : Tout à fait, bien sûr. Franchement dans toutes circonstances c'est important de pouvoir voir les aspects positifs et jouer avec les points qui restent encore efficaces, qui restent encore effectifs, qui restent encore actifs chez la personne âgée et donc c'est très important de pouvoir toujours rebondir sur ce qui reste de positif chez cette personne-là.

Animatrice : Et peut-être de voir les impacts que ça a sur la personne âgée, cela vous a motivé ?

Med M : Bien sûr ! Pour moi ce qui a été une découverte, c'est cet effet négatif des tests de mémoire ou la manière dont on leur parle qui peuvent les enfoncer vers un aspect, un a priori négatif de leur propre vision des choses. Mais pour moi je suis convaincu qu'il faut leur faire confiance. Ce qui est vraiment important de cet exposé, de ce que vous pourriez présenter dans différents groupements c'est l'aspect positif de l'encouragement, de retrouver des termes positifs sur les personnes, retrouver ce qu'il y a vraiment de riche en eux, et donc quelle estime personnelle cela peut entraîner. Mon épouse est en train d'accompagner maintenant une de mes patientes, mon épouse est artiste. Et donc elle a remis à cette patiente des dessins à colorier, des œuvres à imiter, des œuvres de grands peintres à imiter. Et elle m'explique que cette personne prend énormément de plaisir à remplir ça. Alors que peut-être certains jours lorsqu'elle apprend une mauvaise nouvelle, cette personne pleure. Lorsqu'elle a pu remplir, lorsqu'elle a pu dessiner, lorsqu'elle a pu remplir son dessin, lorsqu'elle a pu peindre, à ce moment-là elle est tout à fait souriante et tout à fait joyeuse. Donc l'importance pour cette personne âgée de croire en ses capacités, en ce qui lui reste comme capacités en tout cas.

Med J : Je suis tout à fait d'accord avec ça et j'étais la première à parler de capacités résiduelles, de capacités restantes à valoriser maintenant je dis parfois dans les staffs à la maison de repos,

il faut être attentif à ne pas être dans du harcèlement stimuloire. On voit parfois dans des dossiers « à stimuler ++++ », on voit ça que chez la personne âgée, alors il faut les stimuler, on voit rien en dessous mais il faut les stimuler. Certains n'ont juste plus envie parce qu'ils sont arrivés au bout de leur chemin, parce qu'ils trouvent qu'ils ont assez fait dans leur vie, parce que ça les intéresse plus de pouvoir faire encore certaines choses qu'on a projeté pour eux donc il faut pouvoir entendre ça aussi. Évidemment ça c'est lié à la personne âgée mais pouvoir parler de la finitude et pouvoir faire ce qu'on appelle maintenant, on vous a sans doute parlé de ça dans vos cours pour les plus jeunes, du PSPA enfin ça peut s'appeler autrement aussi, des déclarations anticipées, les projets de soins personnalisés anticipés, où il faut pouvoir aussi entendre les déclarations négatives : « je ne veux plus ci, je ne veux plus là » et c'est pas nécessairement dans une perspective morose et déprimée. C'est parfois tout simplement rassurant de savoir que ce que la personne ne veut plus a été entendu, a été acté, a été noté. Ce sera éventuellement rediscuté s'il arrive quelque chose et que la personne est encore capable de dire « ben finalement j'avais dit que je ne voulais plus aller à l'hôpital mais dans ce cas-là, je veux quand même bien qu'on me répare ma jambe » et donc voilà. Je pense qu'il faut avoir ce temps et cette ouverture d'esprit. Tant pour voir quels sont les moyens à mettre en place pour continuer à valoriser les capacités restantes voir découvrir de nouveaux horizons, les gens qui découvrent tout à coup qu'ils ont envie effectivement de dessiner ou de faire des choses qu'ils n'ont jamais fait mais aussi pouvoir entendre les choses dont ils n'ont plus envie, ça fait partie vraiment de l'écoute.

Med M : tout à fait BD.

Med J : En fait on n'est pas face à des enfants, les enfants on doit les stimuler pour qu'ils apprennent des choses et la personne âgée elle a ça derrière elle et donc elle arrive de toute façon dans une situation de déclin c'est comme ça. De déclin physiologique, de déclin cognitif chacun avec des rythmes différents et il faut pouvoir l'accepter et on est plus là dans une perspective de plaisir. Évidemment il faut continuer à les revalider pour qu'ils ne chutent pas, continuer à entretenir leur musculature mais il faut faire ça de manière raisonnable et parfois ça ne l'est pas. Parfois on est juste dans de la stimulation qui n'est pas proportionnée.

Animatrice : oui ou parfois l'inverse, on les stimule plus du tout. Ça peut être bien aussi pour eux de les stimuler un peu mais oui dans une juste mesure.

Med J : C'est tout l'intérêt des réunions multidisciplinaires pour les gens qui sont en institution mais ça peut être aussi, des réunions comme celles-là, ça peut être fait aussi au domicile avec un kiné qui serait là, avec l'infirmière ou avec l'aidant proche qui est le plus présent et qui est le plus dans cette stimulation-là et de pouvoir revoir un peu ce qui est fait, ce qui n'est pas fait, donner des pistes, réfléchir et être raisonnable, dans le sens raisonné voilà.

Animatrice : Maintenant je vous propose mais deuxième partie, je vais essayer de ne pas trop trainer. Je vais juste vous expliquer brièvement en quoi cela consiste et voilà voir un peu ce que vous pensez de son application en médecine générale.

[PRÉSENTATION 2^e PARTIE : METHODE MONTESSORI)]

Animatrice : Voilà je ne sais pas ce que vous en pensez si

Med J : Je pense qu'il faut parfois croiser les techniques ou prendre des éléments de certaines techniques. Par exemple dans la maison de repos chez Hustin, Elodie Broman qui est une des deux psychologues et qui est la référente pour la démence fait un petit peu un mixte. Elle donne des petites formations certaines effectivement inspirées de la méthode Montessori mais aussi la méthode humanitude. Et parfois c'est important que chacun aille chercher l'outil dont il a besoin et qui lui parle. Je veux dire appliquer une technique qu'on ne sent pas, ça ne fonctionne pas. Donc parfois il faut un petit peu aller chercher des outils à gauche, à droite et pouvoir faire sa propre boîte à outils.

Animatrice : Mais est-ce que vous pensez que ces outils qu'on pourrait aller piocher dans différentes méthodes elles ont toute pour but de rendre la vision du vieillissement un peu plus positive, ça pourrait aider dans cette lutte contre l'âgisme en médecine générale ? De prôner une vision plus positive du vieillissement ?

Med J : Je pense qu'à partir du moment où on cherche à être dans le respect et dans la recherche du point de vue de l'autre, ça ne peut être que bénéfique.

Med L : Je trouve que la question de l'adaptation de l'environnement c'est un véritable défi quand même, en particulier quand on est en institution ou qu'on a des intervenants extérieurs à domicile qui rangent à leur façon. Il y a encore la question du temps effectivement dans la question d'étiqueter. Mais alors la question de la communication, ça me semble vraiment très important. En vous entendant, je repensais à une formation que j'avais suivi sur l'hypnose, mais sur le premier pas de l'hypnose qu'ils appellent la communication thérapeutique et qui est déjà dans nos phrases, de formuler les choses déjà de façon beaucoup plus positive. J'essayais de l'appliquer avec les enfants, il y en a un qui dit « oui c'est pas mal », je dis « donc c'est bien ! » (rires). Donc voilà retravailler toutes nos phrases au quotidien dans ce sens-là. Et quand on est effectivement avec des personnes en perte d'autonomie, bonjour la négativité du terme, ça peut être vraiment super important et donc du coup j'avais aussi repointer cette question des choix. Même des petits choix, choisir entre la confiture et le choco le matin ça a l'air idiot mais c'est déjà acter une capacité de choix et même, on parle souvent de l'autonomie des personnes, même quand les personnes ne peuvent plus réaliser quelque chose, elle peuvent encore désirer des choses et exprimer leurs choix. Et si on peut être « les défenseurs » de cette expression-là de l'autonomie je trouve ça vraiment super important.

Animatrice : Et vous pensez qu'en consultation c'est réalisable ou bien qu'il faudrait plutôt demander, l'expliquer à d'autres intervenants et demander de l'aide. Vous pensez que c'est notre rôle de faire ça ?

Med L : Quand on est avec des personnes âgées, on est vite en interaction avec d'autres intervenants donc je trouve que là effectivement on a quand même un rôle à jouer dans cette vision positive des capacités, des capacités de choix, des petits choix qui restent à faire, de l'adaptation de l'environnement. Je pense qu'autour des personnes âgées ça devient rare qu'on les voit seul et qu'on ne soit pas en interaction avec d'autres soignants et avec la famille. Quand on arrive à un certain âge ou une certaine fragilité, il y a vite du monde autour donc là je trouve qu'on a quand même un rôle important.

Animatrice : Vous pensez qu'on pourrait être un exemple alors si on applique ce genre de petites choses au quotidien ? Ça pourrait motiver les autres à le faire ?

Med L : Je viens de bien accrocher moi avec une infirmière à domicile, je pense que, je ne sais pas elle a peut-être senti quelque chose mais après coup, c'est quelqu'un que j'étais en remplacement, je débarquais, on a hospitalisé la personne âgée mais elle m'a dit par après qu'elle s'était vraiment sentie soutenue dans la façon de voir la personne âgée et qu'il fallait faire quelque chose. Je ne sais pas, je fais des liens, c'est peut-être pas très explicite encore... Vas-y MH ... dit quelque chose puis je reviendrais après si ...

Med N : Moi je pense que c'est possible de mettre ça en place en consultation mais ce sera notre comportement qui sera plus dur à changer. En tout cas moi je pense que je saurai m'adapter au cas par cas même si ça va être lent et il faudra s'habituer mais ce sera mon comportement de prendre l'habitude de parler positif, comme on l'a appris dans l'entretien motivationnel qui est aussi difficile à appliquer, et ça sera aussi quelque chose je crois de difficile à changer en nous.

Animatrice : Parce que quand j'ai présenté ça à l'autre focus groupe, ce qui revenait souvent c'était le manque de temps et que c'était pas spécialement notre rôle de faire ça, qu'ils seraient plus à déléguer ce genre de petites choses aux infirmiers, ergothérapeute etc plutôt que eux le faire. Ils disaient que c'était pas spécialement à nous, enfin ils disaient qu'ils n'avaient pas le temps de faire ce genre de choses.

Med J : C'est vrai qu'on n'a pas le temps de faire ça pour toutes les personnes âgées mais c'est pas nécessaire de le faire pour tout le monde. De temps en temps on sent qu'on a une place et que peut-être l'entourage, les aidants proches ont besoin d'un petit coup de pouce ou on a une idée dans cette situation particulière, dans cette configuration particulière. Il ne s'agit pas de faire ça pour tout le monde et pour tous nos patients âgés, c'est juste impossible sur le plan timing, sur le plan organisationnel. Mais avoir ça en tête et de temps en temps apporter notre pierre à l'édifice, je pense c'est utile et on a notre place.

Animatrice : Dr AA qu'en pensez-vous ?

Med M : Je pense que tout a été dit, je suis tout à fait d'accord notamment avec la dernière intervention de BD. Je pense que c'est un peu au cas par cas, aujourd'hui on aura un peu plus de temps, on va peut-être prendre plus de temps avec telle personne qui est dans le besoin, de lui parler plus positivement, de remettre en évidence ses capacités. Mais que demain cette même personne va peut-être revenir mais où on abordera pas ces points positifs parce qu'on se concentrera plus sur l'aspect médical par exemple. C'est ça de nouveau l'importance d'être disponible année après année pour nos patients et sur une année, je ne sais pas moi, s'il y a 5-6-10 consultations sur une année, il y a toujours bien une présentation ou deux qui se présenteront, qui nous permettront de pouvoir aborder les points positifs à stimuler, à réveiller et à mettre en avant quoi. Et ça rejoindra aussi ce que tantôt BD avait mis en évidence tout à l'heure, il ne faut pas harceler consultation après consultation. C'est un peu au petit bonheur la chance si on veut, c'est un petit peu en fonction de la disponibilité et la disposition d'esprit des deux, du patient comme de l'intervenant.

Animatrice : Ok merci. Donc vous, vous le feriez ce genre de petits trucs ?

Med M : Encore une petite chose, ce qui donne de la joie de faire notre médecine, ce qui permet de varier aller ce que je pourrais dire le plaisir, c'est que chaque consultation est différente de la précédente. Si chacune des consultations ne devait s'occuper que des aspects purement

pratiques, médicaux par exemple ou le renouvellement des médicaments ou la prise de la tension, c'est lassant. Ou comme maintenant prescrire des tests covid donc je pense que quand nous nous retrouvons devant un patient et qu'on peut parler des belles choses que ce patient a vécu d'abord ou peut encore vivre, ben quelle chance, quelle joie, quel bonheur.

Animatrice : Et vous pensez que le fait de faire des petites actions comme ça, cela pourrait vous rendre un peu moins malaise par rapport à certaines situations que vous avez vécues ?

Med M : Oui bien sûr, bien sûr, tout à fait.

Animatrice : Dr SG je ne sais pas ce que vous en pensez de ça, si vous êtes plutôt pour ou contre ?

Med K : Je pense que c'est à nous, mais il ne faut pas nécessairement du temps mais c'est petit à petit, c'est avoir une écoute, faut être plus attentif, avoir des mots différents, des mots plus positifs, des attitudes plus positives et donc c'est à chaque consultation au fur et à mesure des petites choses à mettre en place soit c'est vraiment tout faire en une fois. Mais il y a moyen oui dans notre attitude surtout. Notre attitude a changé justement pour aider au mieux ces personnes donc oui c'est tout à fait faisable.

Animatrice : Ok merci. Dr SG ?

Med K : Ben moi je trouve que dans un premier temps c'est intéressant de connaître quand même un peu plus en détails ce genre de méthode pour en connaître le but et maîtriser un petit peu. Mais c'est vrai que dans la pratique quotidienne, je n'appliquerais pas ça tel quel mais j'attraperais l'une ou l'autre idée à appliquer qui me correspond peut-être mieux et pour lesquelles je prendrais le temps sans que ça demande trop d'effort ou que ça me mette en difficulté, au moins dans un premier temps. Mais j'appliquerai pas une technique de manière telle quelle comme ça en bloc

Animatrice : D'accord merci ! Est-ce que quelqu'un a encore quelque chose à rajouter ? J'ai un petit peu dépassé le temps... Ok super !

Med M : Je voudrais simplement féliciter Alyson (animatrice) pour cette initiative et la façon originale de faire un travail de fin d'étude. Mes félicitations pour la manière dont vous avez mené cette rencontre et pour les deux exposés qui ont été de haute qualité.

Animatrice : Merci, ça me fait plaisir. Merci beaucoup à vous d'avoir été là. C'était vraiment chouette comme réunion. Je vous tiendrai au courant si vous voulez avoir des nouvelles du travail ou bien des retranscriptions. Je pourrai vous joindre tout ça. Je vais aussi vous envoyer un petit questionnaire d'ici 15 jours, mais c'est de nouveau un petit questionnaire en ligne très court pour voir un petit peu si ça a changé quelque chose dans votre pratique. Donc voilà. Merci beaucoup à tous pour votre participation en tout cas, c'était super sympa. Et passez une bonne soirée.

Med L : « Bonne suite pour le travail ! »

Med N : « merci et oui courage pour la suite et fin du TFE :D »

FOCUS GROUPE 3 : 11/02/21

Animatrice : je me présente, je suis Alyson Deboodt c'est moi qui vais animer votre dodécagroup de ce soir. Je suis en 3^e année d'assistantat en médecine générale et je fais mon travail de fin d'étude sur la perception de l'âgisme en médecine générale. C'est pour ça qu'aujourd'hui je vais vous poser quelques questions et voir un peu ce que vous pensez de l'âgisme et ce que vous connaissez déjà de ça et peut-être aussi débattre sur des perspectives d'action par après. C'est une rencontre que je vais enregistrer, tout est anonyme et confidentiel mais si ça vous pose souci n'hésitez pas à me le dire.

Voilà ma première question, que j'ai déjà posé dans mon questionnaire en ligne, en fait simplement qu'est-ce que l'âgisme pour vous ? Il y a beaucoup de gens qui ont répondu et qui ne connaissaient pas mais il y en a certains qui avaient certaines connaissances donc voilà dites-moi ?

Med 1 : Est-ce que c'est pas justement mettre les patients âgés un peu à part, comme un délaissement ?

Med 2 : La discrimination par l'âge

Med 6 : à tout âge oui

Animatrice : oui c'est ça. C'est la discrimination fondée sur l'âge. Ce sont toutes les formes de ségrégation, de mépris qui sont fondées sur l'âge. Est-ce que vous avez un peu une idée de la tranche d'âge qui est la plus discriminée dans le monde ?

Med 6 : les jeunes et les vieux ?

Animatrice : oui mais quelle tranche d'âge ?

Med 17 : 80 ans ?

Med 1 : C'est ce que j'allais dire aussi, 80 ans ?

Med 4 : 45 déjà..

Med 6 : A moi je dirais 60 moi je dirais

Med 1 : 60 ?!!

Med 17 : c'est jeune !! (rires)

Med 2 : « oh la oh la oh là ! »

(rires général)

Med 6 : c'est là qu'on le ressent! C'est entre 50 et 60 qu'on le ressent. C'est là qu'on te donne des échantillons pour tes rides ! A la parfumerie oui !

(rires)

Animatrice : Vous vous le ressentez à partir de quel âge ?

Med 2 : A partir de la pension.

Animatrice : A partir de la pension ? Donc c'est-à-dire ?

Med 2 : 65

Med 6 : quand on l'a ressenti ? J'ai pas compris la question.

Med 3 : on le ressent à partir de quel âge ? On a cette impression-là à partir de quel âge ?

Med 4 : 60 je dirais

Med 6 : Personnellement ou ... ? (rires)

Animatrice : Oui personnellement aussi.

Med 6 : Perso ... 50 ans !

Med 4 : PARDON ?! (rires)

Med 1 : Alexandra se sent délaissée (rires)

Med 6 : non j'en ai 58 ! Mais à 50 ans j'ai vu, là par exemple l'exemple le plus flagrant, c'est à la parfumerie. On ne me donnait plus du parfum mais on me donnait des pommades anti-rides. Et alors dans les magasins, on m'a arrêté une fois, j'avais à peine 50 ans, pour la dégénérescence maculaire. Alors que les autres ils les arrêtaient pas quoi !

Med 17 : 50 c'est jeune !

Animatrice : Oui ben voilà, c'est à partir de 55 ans. Les personnes les plus discriminées au monde ce sont les personnes de plus de 55 ans.

Med 6 : Ah ben voilà ...

Animatrice : Oui en général on pense que c'est plus vieux mais c'est déjà à 55 ans. Et l'importance de l'âgisme dépasse même l'importance du racisme et du sexisme. C'est quand même assez important alors qu'il n'y a pas beaucoup de gens qui connaissent ce terme. Et est-ce que vous avez l'impression que vous rencontrez souvent dans votre pratique des discriminations en fonction de l'âge ?

Med 17 : Oui

Med 1 : Quand même oui

Med 4 : au travail déjà.

Animatrice : et donc dans quel genre de situation vous avez été témoin de différence entre vos patients en fonction de l'âge ? Soit des autres soignants où vous avez été témoin de discrimination ou même vous, est-ce que vous avez déjà fait des différences juste parce que le patient était plus âgé ? Est-ce que vous avez une situation qui vous revient où vous réagiriez différemment parce que c'est une personne plus âgée et vous ne feriez pas la même chose si c'était une personne plus jeune ?

Med 1 : moi ce qui me dérange parfois par rapport aux personnes plus âgées c'est le tutoiement abusif déjà, je trouve que c'est une forme de mépris en soi parfois.

Med 4 : Oui, on les infantilise aussi

Med 17 : En maison de repos surtout !

Med 6 : mais au niveau de la patientèle, je pense qu'on vieillit avec eux donc on s'en rend pas bien compte. Moi j'ai jamais ressenti ça. Ni avec mes collègues ni avec les patients en tout cas.

Animatrice : Et il n'y a pas une situation que vous avez vécu dans votre pratique où par exemple vous avez eu un peu plus de mal à accepter une décision ou un choix du patient parce que justement c'était une personne plus âgée et par contre vous auriez pas eu de mal avec une personne plus jeune ?

Med 6 : non pas spécialement

Med 5 : non

Med 1 : non...

Med 11 : Moi personnellement j'ai eu le cas. Une patiente en soins palliatifs chez qui on a découvert un néo et en fait l'âge, bon elle est plus âgée elle a 90 ans, l'âge a mis une limite au niveau thérapeutique en fait. A la COM (concertation multidisciplinaire), il y a eu une décision comme quoi on ne faisait pas de traitement ni diagnostique ni invasif ni thérapeutique chez cette patiente. Et donc là c'est vraiment l'âge qui a dit qu'on arrêta et qu'on la mettait en soins de confort au lieu d'être trop invasif et d'aller à l'hôpital trop souvent, faire des examens, commencer des chimios, des radiothérapies ainsi de suite.

Med 12 : Ca c'était sans lui demander son avis ?

Med 6 : Peut-être qu'elle avait décidé aussi hein.

Med 11 : Non non, c'est passé à la COM et puis on a demandé à la patiente et elle ne voulait pas non plus

Med 4 : ben oui bon, à un certain moment il faut...

Med 17 : tout dépend de l'état de la patiente à 90 ans aussi si elle bien ou voilà.

Med 6 : c'est pas tellement l'âge mais à un certain moment ben ...

Med 11 : Les oncologues de Tivoli m'ont vraiment dit que c'est, de prime à bord, au niveau de cette pathologie, ils préféreraient ne pas aller plus loin et bon la patiente n'était pas demandeuse, donc c'est pour ça qu'on a pas poussé non plus.

Med 6 : Mais ça cette discrimination entre les soins entre un patient qui a 90-92 ans par rapport à des gens qui ont 45 ans, je pense que ça va être individuel mais on ne peut pas comparer une personne de 90 et une personne de 45, c'est pas de l'âgisme ça pour moi. Enfin je ne sais pas vous ?

Med 2 : Chaque cas est individuel...

Med 6 : Aussi ! oui.

Med 2 : En fonction de ce que le patient veut, ne veut pas faire. L'âge ne doit pas être ...

Med 6 : L'état général du patient

Med 17 : L'état général du patient oui

Med 2 : On peut avoir un petit vieux qui a 65 ans et un gars très vert à 85 !

Med 11 : Mais voilà c'est pour ça que j'avais téléphoné aux oncologues pour voir un petit peu ce qu'il y avait lieu de faire et qu'on lance la mise au point, eux ont passé ça à la COM et, c'est stipulé dans le protocole. Moi j'en ai discuté avec la famille et la patiente qui étaient d'accord aussi de ne pas pousser plus loin, ils voulaient laisser la maman tranquille donc c'était en accord avec la famille.

Med 6 : ben voilà

Med 2 : voilà !

Med 11 : Mais ce qui m'a été expliqué dès le départ c'était l'âge en fait.

Med 6 : Mais là je pense que si la famille et le patient veulent, ils continuent à faire la mise au point enfin je ne sais pas l'avis que vous avez ?

Med 11 : On m'a bien fait comprendre, quand j'ai eu les spécialistes en ligne, qu'on allait essayer de temporiser et voir comment elle évoluait. Et vraiment dès le départ s'orienter vers des soins de confort.

Animatrice : Bon après 90 ans c'est vrai que c'est quand même plus risqué, c'est par rapport à un niveau de fragilité surtout. Mais si ça avait été une personne de 78 ans et qui, elle-même, refuserait les soins, les traitements. Est-ce que vous allez accepter facilement le fait qu'elle refuse les soins ou peut-être quand même allez-vous essayer d'en parler avec sa famille ?

Med 11 : moi je pense qu'il faut toujours laisser le choix, moi personnellement, au patient et à sa famille et leur laisser un temps de réflexion. On peut pas obliger quelqu'un à suivre un

traitement ou pas, qu'il ait 10-15-20 ans, 50-60 enfin même 100 ans. Moi je laisse toujours la possibilité.

Med 2 : Ce doit être une décision éclairée, on explique le tenant et aboutissant et puis le patient choisit quoi.

Animatrice : Dans l'autre focus groupe par exemple, il y avait un médecin qui disait qu'elle se rendait compte que quand, par exemple, c'était une hospitalisation, quand elle devait hospitaliser un patient plus âgé et que cette personne-là refusait l'hospitalisation, elle avait quand même du mal à ne pas aller en parler à une personne de la famille, une personne de l'entourage. Elle ne se sentait pas bien si elle ne demandait pas à une personne de l'entourage alors que si ça avait été une personne plus jeune elle ne l'aurait pas forcément fait. Même chose, il y a une personne qui a aussi dit que quand elles arrivent à un certain âge, donc là elle parlait plus de 70-75 ans, elle aussi elle avait tendance à poser aussi des questions plus souvent à un tiers en plus du patient lui-même. Je ne sais pas ce que vous en pensez, si vous le faites aussi ou pas.

Med 6 : Ben c'est parce qu'après je pense, on a la famille sur le dos si on ne l'a pas prévenue quoi, plus pour une personne âgée que pour un jeune.

Animatrice : pourquoi ?

Med 6 : Ben parce que la famille va venir vous demander : « tiens pourquoi on n'a pas fait ceci, pourquoi on n'a pas fait cela ? ». Donc autant que le patient soit au courant qu'on mette au courant les gens qui s'occupent de cette personne âgée. Maintenant si la personne âgée est autonome, ça il n'y a qu'elle qui peut décider bien sûr.

Animatrice : parce que si ça avait été une personne de 40 ans, vous allez quand même parler de ça à la famille ?

Med 6 : Autonome comme pour une personne de 80 ans, non je n'en parle pas. Mais non autonome, qui dépend de sa famille oui. A 40 ans aussi oui. Il y a des enfants aussi handicapés, enfin des jeunes adultes handicapés, il faut bien qu'on le dise à quelqu'un aussi mais pas s'ils ont toutes leurs facultés et qu'ils décident eux-mêmes bien sûr.

Animatrice : qu'est-ce que vous en pensez les autres ?

Med 1 : Moi je suis d'accord. Maintenant tout dépend de la capacité de discernement du patient en fait. Qu'il soit plus jeune ou plus âgé finalement.

Animatrice : D'accord donc quel que soit l'âge alors vous gérez toutes les situations de la même manière. Il n'y a pas un moment où vous vous rendez compte que vos réactions diffèrent en fonction de l'âge ?

Med 1 : euh non. Moi j'ai pas l'impression en tout cas.

Med 2 : Quelqu'un qui a 94 ans et qui n'en veut plus, on peut entendre. Donc on sera sans doute moins persuasif que si c'est la même pathologie chez quelqu'un qui en a 50 ou 60 ans. Mais ça doit se faire de toute façon en accord avec la famille. On peut pas décider pour le petit vieux si

on parle d'un vieux ou d'un jeune sans son accord et sans la famille. Je crois qu'il faut une décision collégiale, un ne va pas sans l'autre. Si on veut une adhésion à un plan de traitement tout le monde doit être sur la même longueur d'onde, sinon ça ne marchera pas. Qu'il ait 40-50-80, il faut qu'on connaisse les tenants et aboutissants, et où on veut aller, par quel chemin on veut aller et il faut en reparler de manière régulière et comme ça on a la compliance de tout le monde, sinon ça tire dans tous les coins.

Med 6 : Si le patient n'a pas tous ses sens ou ...

Med 2 : Mais même !

Med 6 : Ah oui non ça moi je ne fais pas...

Med 2 : Même quelqu'un qui a tous ses sens, la famille va venir : « docteur on fait pas ci, on fait pas là ... ? », on en parle alors. On met tout le monde autour de la table et on en parle ! Des trucs derrière le dos après ça vous retombe toujours (dessus).

Med 6 : Mais ça s'il a encore du discernement, je pense que c'est au patient de décider, je veux dire s'il a toute sa tête. Il faut lui dire mais c'est lui qui décide.

Med 2 : Oui mais la famille va te demander quand même : « tiens on fait pas ça ? », on en parle avec la personne et la famille. Devant tout le monde hein, parce que les « je ferais ci, je ferais là » puis tout le monde est derrière le dos de tout le monde et après quand ça saute de quelqu'un, ça saute à la tête du médecin. On soigne pas quelqu'un tout seul au milieu du bois sans connaître tout ce qui se passe tout autour de lui ou d'elle, quel que soit l'âge de toute façon.

➔ Discordance n°1 : pas d'accord sur le fait de prévenir la famille quand il s'agit d'un cas plus délicat, un med demande au patient de prévenir sa famille tandis que l'autre se protège et veut en parler devant tout le monde directement.

Animatrice : D'accord, merci. Est-ce que ça vous est déjà arrivé d'avoir des patients plus âgés et qui se plaignent de vieillir et qui vous par exemple vous disent « docteur, la vieillesse ça ne se guérit pas », comment vous réagissez quand vous avez un patient comme ça en consultation ?

Med 6 : ils ont raison (rires)

Med 1 : Enfin déjà, essayer d'avoir un peu d'empathie. Par exemple, si c'est une personne âgée qui arrive en maison de repos, qui a dû laisser sa maison etc et ses habitudes, ne fut-ce qu'au moins déjà montrer qu'on peut comprendre son état, déjà se sentir compris c'est important pour cette personne-là.

Med 2 : Si la personne âgée qui dit ça a de l'humour, on peut lui dire « vous avez été jeune et il y a beaucoup de jeunes qui n'arriveront jamais à votre âge » mais il faut qu'elle ait de l'humour. C'est une boutade mais bon ... On peut le faire avec certains.

(rire général)

Med 6 : « On voit bien que c'est pas vous docteur » qu'elle va vous répondre. (rires)

Med 2 : Oui ben et ! On approche donc ça va. En fait, c'est un problème d'état d'esprit. Il y a des gens qui ont 60 ans qui vont dire ça et puis tu as des gens de 80 ans une fois qu'ils ont mal au petit doigt, il faut faire 3 IRM et 2 scanners donc c'est vraiment en fonction de comment ils vivent leur situation.

Med 18 : ne plus vieillir, ne plus mourir.

Med 6 : Oui c'est ça qu'il faudrait mais c'est pas possible.

Med 2 : Mais on est dans une société où on ne peut plus mourir. C'est simple, si quelqu'un meurt à 95 ans « docteur il y a eu une erreur ». « Parce qu'il y a 8 jours, il était dans son jardin ». Il y a aussi cette société avec tous ces feuillets où on sauve tout le monde, où le gens s'imaginent qu'on va sauver tout et ça c'est compliqué parfois à gérer. C'est peut-être hors sujet mais c'est un peu compliqué parfois, souvent à gérer.

Med 17 : Il y a beaucoup de personnes âgées qui n'acceptent plus de ne plus pouvoir faire ce qu'elles faisaient avant et d'être limitées, et ça elles ont du mal. Elles disent « c'est possible, non je dois le faire ... ».

Med 6 : « Comment ça se fait docteur ? » (rires)

Med 17 : Oui voilà ! Je dis : « Vous êtes âgés, c'est votre âge ! ». (rires) C'est pas facile, c'est pas facile.

Animatrice : Donc vous, a des personnes qui se plaignent de ne plus pouvoir rien faire, vous répondez que c'est normal ?

Med 17 : Selon leur âge. C'est vrai qu'avec l'âge, on ne sait plus faire ce qu'on veut. Surtout les personnes qui ont été très actives, elles ont du mal à diminuer, à être moins actives et ça il faut leur faire comprendre et c'est pas facile parce que voilà. On accepte pas et je peux comprendre, c'est pas évident.

Med 2 : Comme dit (med 17), moi je pense à une dame qui a 95 ans qui vit chez elle toute seule, impeccable mais : « c'est plus le même qu'avant docteur ! », c'est extraordinaire quoi ! Aller promener avec elle à la mer, elle va aller plus vite que vous mais « rho j'ai quand même mal au dos, ça ne va pas c'est quand même pas normal ! Vieillir comme ça ! ». Voilà c'est son ressenti. Bon alors si je lui dis « c'est votre âge », elle adore pas trop ça évidemment. Bon c'est comme ça. Faut essayer de voir ça avec un peu d'humour mais c'est pas facile. Parce que comme dit (med 17), ce sont des gens qui ont toujours été actifs et qui ne comprennent qu'un jour ils ne seront plus actifs.

Med 1 : Bah maintenant il y a aussi je vais dire des cours de sport par exemple spécifiquement pour des patients un peu plus âgés, de la gymnastique douce etc. Ou les activités en maison de repos, parce que parfois les gens se plaignent de ne plus rien faire mais par exemple ne se rendent pas aux activités. Donc parfois les motiver, leur dire « ben allez-y, allez faire un petit tour, rencontrer d'autres personnes, ça va vous distraire », ben voilà si ça peut aider, c'est tant mieux.

Animatrice : Donc vous, vous seriez plus à motiver quand même de continuer à faire des choses ?

Med 1 : Pour ceux qui peuvent le faire, oui oui.

Med 2 : Mais il faut aussi savoir/pouvoir expliquer, si elles peuvent entendre, qu'il est normal qu'on ne sache plus faire la même chose qu'il y a vingt ans, ou de la même manière ou bien à la même vitesse. Parce que ça on entend : « maintenant il faut trois jours, avant sur une heure je le faisais ». Ben oui ben voilà, ça aussi il faut.

Med 1 : Peut-être souligner les points positifs aussi. S'ils ont souvent la visite de la famille, dire : « ben aller vous avez de la chance, vous avez encore votre famille qui est très présente. » Un peu leur rappeler ce qui reste de beau dans leur vie quand même, plutôt que se concentrer sur ce qui ne va pas.

Med 17 : Mais ça elles se concentrent facilement sur ce qui ne va pas !

Med 1 : Oui c'est bien ça le problème.

Med 17 : Parce que je pense à une dame de 95 ans, elle faisait tout avant chez elle et maintenant elle peut plus faire son ménage comme avant. Elle me dit « mais non ça ne va pas, je dois le faire et pourquoi ? ». « Mais enfin » je dis, « votre fille est là, vous avez vos petits enfants... », « mais non ça ne va pas, moi je l'ai toujours fait et je veux continuer à le faire ! ». Voilà et ça, ils reviennent toujours avec la même chose. Bon c'est une dame qui aimait bien nettoyer et elle ne sait plus faire son ménage comme avant et c'est une catastrophe. Et je peux pas lui dire qu'elle est bien ! Parce qu'elle est bien pour son âge ! Mais bon, c'est l'âge aussi je comprends.

Med 6 : A côté de ça, on a dit qu'il n'y avait pas d'âgisme par rapport aux jeunes et alors on est en train de massacrer les plus âgés (rires).

Med 17 : (rires) On sera peut-être comme eux hein !

Med 6 : C'est vrai hein ! On arrête pas d'en parler alors qu'on traite aussi bien les jeunes que les plus vieux. C'est ça le sujet, c'est l'âgisme je pense ? (rires)

Med 15 : Moi j'ai ma maman qui va avoir 89 ans, on a mis des prothèses de genoux il y a quelques années mais ça ne va pas comme elle veut, je vais dire. Donc on a reconsulté, parce qu'il faut consulter une fois par an, docteur Poilvache. Et le docteur Poilvache lui a dit : « écoutez madame, je vous ai mis des prothèses mais pas des genoux de 20 ans ! ». Bon ben elle l'a pris comme elle l'a pris voilà. Maintenant elle se repose beaucoup sur moi, moi j'essaie qu'elle continue à prendre des initiatives je veux dire, puisqu'elle est encore capable de le faire ! Mais je lui dis « tu ne te rends pas compte de l'âge que tu as ! » Ah oui oui non non j'y vais hein.

Med 6 : On va critiquer les jeunes alors maintenant. (rires)

Animatrice : On va pas mélanger avec le jeunisme sinon ça va prendre trop de temps (rires). Et dans les plus jeunes qu'est-ce que vous pensez ?

Med 2 : Les plus jeunes elles ont coupé leur micro. (rires)

Med 14 : C'est vrai que les personnes âgées qui ont des douleurs on a tendance un peu banaliser. On dit que c'est de l'arthrose, c'est normal alors qu'une personne plus jeune qui vient avec des douleurs directement on va faire un bilan, on va chercher pourquoi. Moi j'ai remarqué ça c'est vrai, les personnes âgées dans les homes qui me disent qu'elles ont des douleurs j'ai un peu tendance à me dire « ben oui oui, c'est normal ». Donc voilà mon expérience.

Animatrice : Merci !

Med 12 : Je disais un peu la même chose qu'Adeline. Surtout que les personnes âgées, surtout dans les homes, quand j'imagine devoir commencer à leur faire des examens je me dis que ça va être tout un bazar, qu'il va falloir devoir organiser une ambulance, un transport etc. Donc j'ai peut-être vite tendance à vouloir soigner sur place et voilà.

Med 8 : (Acquiescements)

Med 2 : En leur expliquant peut-être d'abord.

Med 5 : Moi souvent mes patients âgés c'est plutôt eux qui sont réticents à aller faire des examens, c'est eux qui banalisent en me disant : « c'est mon âge ». Moi j'ai une dame de 99 ans dès qu'elle a un problème c'est son âge, ça c'est.

Med 2 : Ca c'est un bon patient (rires).

Med 5 : Ah oui ça (rires), elle ne veut rien faire!

Med 6 : Elle te facilite la tâche ! (rires)

Med 5 : Et quand je lui dis qu'elle est bien et que j'aimerais bien être comme elle, elle me dit : « je vous le souhaite pas docteur ». Je dis : « c'est pas très gentil » (rires).

Med 7 : Moi j'avais plutôt l'impression que c'est parfois quand on envoie des patients aux urgences, c'est parfois plutôt les urgentistes ou les smuristes qui se focalisent juste sur l'âge et qui disent : « oh oui mais non à cet âge-là on ne fait plus rien. » Alors que voilà, il y a des gens à 84 ans et qui courent encore et donc oui leur petit infar faudrait peut-être bien les sauver et que d'autres ils ont 78 ans, ils sont grabataires mais j'ai l'impression parfois que les smuristes et les urgences, c'est l'âge qui prend la décision et puis le reste on garde pas. C'est peut-être ça qui change parfois.

Med 9 : Moi je suis d'accord avec (med 7) j'ai eu le cas il n'y a pas longtemps pour un patient avec du méléna, et l'urgentiste m'a dit : « boh il a 72 ans ça va ça peut attendre ! ». Et donc voilà c'est vrai que j'ai eu un peu le cas et finalement la personne avait un ulcère hémorragique perforé enfin voilà. Il n'était pas du tout chaud de le prendre, il aurait bien aimé que ce soit géré à domicile.

Animatrice : Et vous l'avez défendu ? Vous avez répondu quoi à ce moment-là ?

Med 9 : Mais donc moi j'ai répondu qu'il était bien et qu'à 72 ans je ne considérais pas que c'était de la gériatrie et finalement je lui ai dit : « je l'envoie quand même parce que je ne sais pas gérer ça en médecine générale ». Et il m'a dit : « oui envoyez toujours, je vais passer le mot à mes collègues », et finalement ils l'ont laissé 48h aux urgences sans vêtement, sans qu'on puisse lui amener des affaires mais il a été hospitalisé ensuite quoi.

Med 6 : Et il a chopé le covid je suppose après ?

Med 9 : Non il n'a pas chopé le covid (rires), pas encore je n'espère pas.

Animatrice : Et vous avez souvent des enfants aussi qui sont peut-être un peu trop surprotecteurs avec leurs parents ? Et justement qui demandent à leurs parents de se calmer, de ne pas trop faire le ménage et voilà de diminuer aussi. Qu'est-ce que vous répondez à ces enfants-là ? Vous allez plutôt dans leur sens ou vous « protégez » plutôt la personne âgée ?

Med 18 : Ici avec le confinement pour le covid, il y a des personnes âgées qui ont vraiment été séquestrées quoi, qui ne pouvaient plus avoir aucun contact, on donnait les courses par la fenêtre et voilà cela a vraiment amplifié la solitude etc mais c'est pas toujours facile de convaincre la famille de laisser un petit peu de liberté. Ils imaginent toute de suite qu'ils vont se faire contaminer, que c'est vraiment risqué et voilà on essaie de trouver un compromis mais il y a des familles qui sont fort butées de ce côté-là.

Med 8 : J'avoue que durant le confinement voilà donc là, on surprotégeait beaucoup beaucoup les personnes âgées mais maintenant vu la longueur de cette période, moi je leur dis quand même qu'il faut sortir un petit peu et se dégourdir un petit peu les jambes parce qu'il y en a qui faisait peut-être une fois par semaine leurs courses, c'était déjà la sortie de la semaine on va dire, ils se mobilisaient un petit peu et maintenant c'est plus le cas. Ils sont plus trop autonomes, c'est collect and go ou les enfants etc donc ils ont perdu leur autonomie à ce niveau-là.

Animatrice : Et donc par rapport à ce que (med 18) disait, c'est pas facile en fait de convaincre les enfants de laisser un peu de liberté à leurs parents alors que bon si leurs parents ont toujours leur autonomie, c'est à eux de décider non ?

Med 6 : A partir du moment où ils sont tout seuls. Moi je vais dire mes deux parents sont autonomes, 92 et 85, ils sont parfaitement encore autonomes mais s'il neige je vais leur dire : « ne sortez pas » parce que s'ils se cassent la jambe, ils me mettent moi dans l'embarras, ce sont des difficultés pratiques je vais dire. C'est essentiellement ça, c'est pas tellement pour dire de les protéger...

Med 2 : C'est pour toi (rires)

Med 6 : Mais non c'est pour la famille ! Ils se mettent l'un l'autre en difficultés et indirectement moi, donc pourquoi aller chercher des ennuis alors qu'on peut rester tranquille trois jours quand il neige et ne pas aller chercher la poste. Enfin c'est le bon sens même pour nous.

Med 17 : On réagit tous comme ça !

Med 6 : Ben oui. C'est une question de solidarité dans la famille à ce moment-là. Et le covid

aussi, les familles c'est essentiellement ça. J'ai ressenti ça chez les familles où c'était de la solidarité parce qu'ils savaient que s'ils étaient hospitalisés ils ne pouvaient pas aller les voir et être à l'hôpital tout seul c'est pas évident. Moi je l'ai ressenti comme ça dans ma patientèle, plutôt que de séquestrer quelqu'un pour dire de séquestrer.

Med 15 : Moi j'essaie de les stimuler mais disons que je donne la préférence au patient. C'est-à-dire que je discute d'abord avec le patient, si j'ai un avis à donner et ce que je propose de faire. Si le patient n'est pas d'accord, je dis : « écoutez, on va prévenir la famille que je propose ça mais c'est vous qui décidez » voilà. Si le patient me dit : « non je ne le ferai pas », je le laisse. Parce que disons qu'alors ça crée des conflits, comme une dame que j'ai vu au matin j'aurais souhaité un avis cardiaque parce qu'elle est vraiment très bien, elle a plus de 90 ans, et elle m'a dit « non ». J'ai dit : « je vais téléphoner à votre fille, qu'on en a discuté et que pour le moment c'est non mais je reviendrai à la charge d'ici un mois et on en rediscutera mais c'est vous qui décidez ». Mais il faut encore qu'il ait l'esprit pour pouvoir discuter avec eux.

Animatrice : Et quel que soit l'âge vous auriez prévenu les enfants ?

Med 15 : J'ai prévenu les enfants moi-même.

Animatrice : Ca aurait été n'importe quel âge ?

Med 15 : Ca aurait été n'importe quel âge oui, c'est toujours l'avis du patient qui prédomine.

Animatrice : Mais si ça avait été une personne de 40 ans, vous auriez prévenu les enfants ?

Med 15 : J'aurais prévenu ses enfants si elle le désirait. Si elle me disait oui : « téléphonez à ma fille, téléphonez à mon fils », si elle me disait : « non je ne veux pas qu'il sache » c'est elle qui prédomine, elle ou lui qui prédomine. Maintenant ça c'est mon attitude personnelle je vais dire.

Med 2 : Maintenant la question, si la personne a 55 ans je vais pas demander à son gosse de 20 ans ce qu'il pense de ce que son papa a décidé à 50 ans ! Sinon on n'en sort plus quoi. Donc il y a quand même une barrière d'âge à ce niveau-là.

Med 6 : On est en plein dedans !

Med 2 : ah oui

Med 18 : Mais dans le bon sens..

Med 2 : Oui mais tu peux avoir quelqu'un qui est très bien à 80 ans où tu vas avoir peut-être moins enclin à demander aux enfants et quelqu'un de 65 ans qui est moins bien, tu seras plus enclin à demander aux enfants. Ca dépend vraiment des capacités du patient, en dehors de l'âge, à gérer son problème.

Med 5 : Puis ça dépend aussi, quand ce sont des personnes plus âgées, les enfants ont aussi tendance à nous appeler nous pour savoir comment vont leurs parents. Que quelqu'un de 20 ans ne va pas nous appeler pour savoir comment va son papa de 50 ans. Ca ne m'est jamais arrivé en tout cas.

Med 2 : oui tout à fait.

Med 12 : Moi j'ai une patiente chronique comme ça qui a à peu près 70 ans et qui est super bien, mais c'est une famille italienne et elle vit avec plusieurs de ses filles qui sont tout le temps là quand je viens la voir, et je trouve qu'elles l'infantilisent super fort. A chaque fois que je viens elles me disent : « dites-lui docteur qu'elle doit bien manger, dites-lui qu'elle doit faire ça, dites-lui... », alors que je suis juste à côté d'elle ! Ca me met mal à l'aise parce qu'elle est vraiment bien et ils l'a traitent vraiment comme un enfant je trouve.

Animatrice : Et comment tu réagis dans ce cas-là ? Tu dis quoi pour la défendre, si tu la défends ?

Med 12 : Je suis un peu entre les deux, je suis vraiment mal à l'aise et je lui dis « oui c'est vrai qu'elle doit manger » mais après je lui fais un petit clin d'œil et je dis « enfin vous êtes quand même grande assez pour savoir ce que vous devez faire ». Mais c'est vrai que je l'encourage dans le sens de sa santé mais je lui fais comprendre elle que je ne la considère pas comme un enfant.

Med 6 : Mais ça c'est peut-être culturel, peut-être que la mère adore ça ! Dans les familles italiennes il y a un scénario qui est particulier donc c'est peut-être culturel à ce moment-là. C'est peut-être elle qui dirige toute la famille mine de rien.

Med 2 : Oui c'est ça, c'est culturel.

Animatrice : Moi j'ai une patiente maghrébine, ses enfants sont hyper protecteurs avec elle, c'est plus ou moins la même situation mais quand elle vient en consultation elle s'en plaint et elle me dit qu'elle en a marre que ses enfants la voient comme une personne fragile et elle a envie que ses enfants lui lâchent la grappe. Donc voilà ça dépend.

Med 6 : Bon chez les italiens alors (rires).

Med 5 : Bon maintenant quand leurs enfants ne sont pas suffisamment présents à leur goût, ils râlent aussi. Donc on a les opposés. (rires)

Med 6 : Ca c'est toute une mise en scène. (rires)

Animatrice : C'est bienveillant, c'est de l'âgisme bienveillant mais ça reste de l'âgisme quand même.

Med 17 : C'est pas facile (rires)

Med 6 : Maintenant c'est vrai qu'on fait ça tous les jours, on va pas dire pour le moment à quelqu'un de 40 ans, faites attention ne tombez pas sur le trottoir, ne vous cassez pas la jambe alors qu'on le dira à quelqu'un à partir de 70-80.

Animatrice : Et vous pensez qu'à cette personne ça lui fait plaisir ou justement ça lui rappelle qu'elle est en train de vieillir ?

Med 6 : pas toujours

Med 5 : ça dépend

Med 17 : c'est variable oui, c'est variable... Ca dépend de la personne

Med 6 : ça dépend, peut-être pas toujours

Animatrice : et vous pensez que ce genre de réaction/ surprotection, cela a un effet sur leur santé globale, mentale et physique ?

Med 18 : je crois pas

Med 1 : non je ne pense pas

Animatrice : et les autres ?

Med 15 : Moi je ne suis pas pour la surprotection, je trouve que ça les infantilise et alors ils ont l'impression de ne plus pouvoir décider de quoi que ce soit. Ca dépend bien sûr de la personne pas de l'âge mais disons si elle est encore capable de comprendre mais disons que le téléphone qui sonne à tout bout de champs parce que c'est le fils, c'est la fille : « docteur il faut la persuader de ... » tout ça, comme elle me dit : « j'en ai marre, qu'on me foute la paix ! ».

Med 2 : Je vais rejoindre (med 6) : culturellement ça dépend ! Parce que j'avais des patients ; la maman habitait en Italie, elle habitait ici et tous les jours à 8h00 pile, la maman de Belgique sonnait à sa maman d'Italie trois fois puis elle raccrochait puis la maman là-bas sonnait trois fois. Ca se passait le matin, à midi et au soir, pour sentir la présence. Culturellement ces gens-là, c'est comme ça ! Peut-être en Belgique, comme dit (med 15), les parents en ont ras-le-bol mais là si les enfants ne font pas ça, ça ne va pas. C'est tout à fait ce que disait (med 6) tantôt, culturellement on ne peut pas comparer.

Med 6 : Oui ce n'est pas comparable. Je suis italienne c'est pour ça que je me permets mais ...

Med 2 : On ne porte pas de jugement, c'est juste parce que voilà c'est comme ça. Votre fonctionnement intrafamilial c'est très particulier.

Med 6 : C'est très particulier oui. En tant qu'italienne, je l'ai senti quand j'ai été médecin. J'ai eu peu d'italiens parce que j'avais du mal.

Animatrice : Pourquoi vous l'avez ressenti quand vous étiez médecin ?

Med 6 : Parce que c'était un peu trop exagéré ! J'ai eu très peu de patients italiens qui sont venus chez moi parce que je n'adhérais pas à ça. Oui c'était très compliqué. Et encore maintenant avec certaines familles italiennes j'ai du mal oui.

Animatrice : Vous n'adhériez pas à quoi exactement ?

Med 6 : A cette surprotection ! Enfin je généralise, on est pas tous comme ça quand même faut pas exagérer, enfin c'est particulier c'est la comédie de l'art parfois. C'est un peu toujours la tragédie, je ne sais pas comment dire en français ...

Med 11 : Mélodramatique

Med 6 : Voilà un peu mélo !

Med 17 : Il y a des personnes âgées qui aiment bien qu'on s'occupe d'elle justement !

Med 6 : C'est pour ça que je dis que c'est culturel ! Changer il ne faut pas changer, c'est toi qui doit t'adapter !

Med 1 : Mais ça avec les générations ça va changer, parce que voilà c'est la génération des personnes âgées de maintenant mais par après si tu regardes les générations suivantes, je ne pense pas que je serai comme ça avec mes parents.

Med 6 : Bien sûr que non.

Med 17 : Ben oui !

Med 1 : Donc à mon avis ça va se perdre.

Med 6 : Mais je veux dire que les difficultés que j'avais c'est parce que je ne savais pas m'adapter. C'était pas à eux de s'adapter à moi et dans d'autres situations, c'est toujours à toi à t'adapter aux gens d'une manière générale.

Med 1 : Donc en maison de repos quand les gens t'appellent toutes les semaines ou les enfants pour aller voir la vieille mamy etc parce qu'elle a pas fait caca depuis deux jours ou qu'elle a mal au ventre, tu leur dis : « écoutez, ça fait trois semaines d'affilée que vous m'appeler, vous êtes surprotecteurs vis-à-vis de votre maman, c'est pas ma tasse de thé ! Au revoir ! » ? (rires)

Med 6 : Non là j'utilise une phrase que je retiens de (med 3) qui l'a dit à une de mes patientes et ça a marché, c'est : « maintenant il faut arrêter le délire ! » J'adore cette phrase ! (rires)

Med 15 : Moi je leur dis parfois : « Dans le mot vieillir, il y a le mot vie ». Je crois que chaque cas est particulier.

Animatrice : Est-ce qu'il y a d'autres personnes qui ont aussi eu un malaise avec les personnes âgées ou une situation avec eux ? Ils ont ressenti un malaise et maintenant ils réagissent différemment ?

Med 17 : Un malaise dans quel sens ?

Animatrice : Un malaise, par exemple moi j'ai eu une situation avec une personne dans une maison de repos qui avait de légers troubles cognitifs mais elle était étiquetée démente donc à partir de ce moment-là, c'était plus trop elle qui choisissait/ prenait des décisions. Comme elle a chuté une fois en maison de repos et qu'elle s'est cassée l'humérus, on nous a demandé de mettre les contentions donc d'abord ça a été les contentions au lit puis ça a été les contentions

au fauteuil. Contentions au fauteuil oui mais on les enlève quand on fait des activités sauf que finalement ils ne faisaient plus beaucoup d'activités avec elle donc c'était quasi tout le temps. Puis cette dame, en fait j'allais la voir toutes les semaines et elle pleurait, elle me suppliait d'enlever les contentions. J'étais en première année donc voilà je me sentais vraiment impuissante par rapport à ça. Donc j'en ai parlé avec mon maître de stage qui en a parlé avec la famille sauf que la famille préférait qu'elle garde les contentions et qu'elle ne tombe pas plutôt que prendre le risque qu'elle tombe mais qu'elle ne soit pas dépressive. Donc finalement elle est restée attachée et elle s'est vraiment dégradée au niveau de son moral à tel point que ça embêtait les soignants qu'elle pleure tout le temps donc on nous a demandé de mettre un antidépresseur et donc voilà les choses se sont enchaînées comme ça, j'ai trouvé que ça n'avait vraiment aucun sens et finalement cette dame est décédée alors qu'elle était attachée et sous antidépresseurs et sous autres médicaments. Et ça je me suis dit que c'était une situation qui m'avait vraiment mise mal à l'aise et je ne voulais plus revivre et que j'essayerais de réagir différemment la prochaine fois.

Med 17 : C'est quand même difficile parce que si la personne fait une mauvaise chute avec des conséquences plus graves, on se sent coupable quand même. C'est vrai qu'il faut essayer de respecter l'avis de la personne mais ils ne se rendent pas toujours compte qu'ils se mettent en danger donc on doit quand même essayer de les protéger à ce moment-là.

Med 6 : Des contentions c'est hard quand même !

Med 17 : Mais oui mais écoute moi j'ai eu le cas de ma maman, elle faisait chute sur chute, j'étais obligée. Tu sais c'est moche, c'est vrai que c'est moche ! Mais quand on les voit arrangé avec des chutes et des coups partout ça ne fait pas plaisir. C'est difficile, c'est très difficile ! Je crois qu'il faut essayer de leur laisser beaucoup de liberté mais dans la mesure du possible. Et parfois quelqu'un qui fait chute sur chute, je ne sais pas si on doit les laisser faire. Là je me sentrais quand même coupable si elle faisait une mauvaise chute et qu'elle en décède. On est là quand même pour les protéger. Ca c'est mon avis.

Med 18 : Au tout début on peut quand même leur poser la question, de voir ce qu'ils préfèrent eux.

Med 17 : Oui mais eux, est-ce qu'ils sont encore capables de décider ? Parce qu'ils ne se rendent pas toujours compte du danger (med 18). C'est vrai que eux ils préfèrent qu'on les laisse tranquille et qu'ils bougent comme ils veulent.

Med 18 : Voilà s'ils tombent, voilà ce qu'ils risquent. Et puis ici avec l'histoire qu'on vient de nous raconter, c'est quand même une fin malheureuse, c'est peut-être encore plus malheureux que ... enfin je ne sais pas. C'est pas facile. Il y a peut-être des interventions un peu plus douces avec des couloirs adaptés où on ne sait pas sortir mais on a quand même une liberté. Parce que c'est vrai que quand on est vraiment attaché, ça doit être horrible quoi.

Animatrice : Elle était vraiment attachée H24 et à chaque fois elle pleurait, c'était vraiment horrible. Alors là elle avait l'étiquette « démente » donc c'était plus difficile d'aller à l'encontre de ça mais voilà je trouve que c'est quand même au patient à demander. Quand on lui demandait pourquoi elle se levait la nuit et qu'elle n'appelait pas l'infirmière, elle était quand même capable de me répondre que quand elle devait aller aux toilettes et qu'elle appuyait pour appeler l'infirmière, l'infirmière répondait qu'elle devait faire dans son linge parce qu'elle n'avait pas

le temps de venir l'aider à se déplacer donc du coup comme elle n'aimait pas faire dans sa protection, elle se levait elle-même. Donc bon elle était quand même encore assez réfléchie.

Med 17 : Elle n'était pas tout à fait démente alors, c'était léger.

Animatrice : Ben oui mais bon je pense que comme on l'a étiquetée démente, les gens n'ont plus trop essayé de communiquer avec elle.

Med 17 : Justement il faut vraiment s'attarder à un cas, un cas n'est pas l'autre, il y a démence et démence c'est sûr.

Animatrice : Quand je vois aussi ma grand-mère qui a 76 ans, qui est en pleine forme, qui fait le ménage 3x/jour chez elle et puis après elle se fait disputer par ma famille parce que justement elle prend des risques, elle fait trop, elle va chercher le bois etc. En fait ça la touche beaucoup parce que elle est contente de ce qu'elle a fait de sa journée mais elle n'ose même plus le raconter parce qu'après elle se fait disputer. Donc j'essaie de la défendre et de prendre un peu son parti. Mais je vois que c'est pas le cas pour tout le monde, enfin tout le monde ne le ferait pas apparemment.

Med 6 : De toute façon, en vieillissant on perd notre liberté. Ne fut-ce que le home, les gens qui veulent faire des grasses matinées, ils ne peuvent pas. S'ils veulent dormir plus tard, ils ne peuvent pas, c'est tout le temps des règles imposées. On entre dans votre chambre sans frapper, on vous tutoie, on perd sa liberté en vieillissant je trouve.

Med 14 : Dans le même style aussi, récemment j'ai eu deux patientes qui ont été mise en maison de repos et quand je suis venue les voir elles m'ont dit : « Nous on ne veut pas être là. Qui nous a mis là ? C'est nos enfants ? » Et elles n'étaient vraiment pas bien, elles me disaient : « Faites quelque chose pour nous sortir de là ! », mais c'est difficile parce que je disais : « Oui mais vous êtes tombées c'est sûrement pour ça qu'on vous a mis en maison de repos, parce que voilà vous déclinez » mais bon elles, elles préféraient être chez elle. Je trouve ça difficile comme situation.

Med 5 : Le problème parfois c'est que c'est pas toujours très clair. Parce qu'une fois sur deux après une chute, c'est le gériatre qui dit qu'il faut placer. Moi en tout cas mes patientes qui sortent de l'hôpital, c'est sur l'accord du gériatre qu'ils vont en maison de repos. La famille suit l'accord du gériatre qui dit que c'est trop dangereux etc.

Med 14 : Oui c'est ça mais après j'ai l'impression qu'on n'a même pas demandé l'avis à ces patientes-là. Le gériatre dit qu'il faut les mettre en maison de repos, mais si elles ne veulent vraiment pas ?

Med 5 : Faut voir si on sait mettre les aides en place à côté oui.

Med 17 : Faut voir si on sait les aider à domicile quand c'est possible oui, avec toutes les aides possibles oui.

Med 5 : Puis il y a des gens qui ne se rendent pas compte. Moi j'ai une patiente qui n'arrête pas aussi de chuter parce qu'elle veut absolument faire certaines choses alors qu'elle n'en est plus capable et donc elle tombe, elle ne dit rien à son fils parce qu'elle a trop peur que son fils

l'emmène à l'hôpital et qu'elle soit placée. J'ai beau lui dire de se calmer, de faire attention mais à chaque fois que j'y vais, elle me dit : « je suis encore tombée ». Jusqu'au jour où elle va mal tomber mais bon on a beau essayé de lui de ralentir, dans sa tête c'est pas possible.

Med 6 : Oh il faut la laisser ...

Med 3 : D'un autre côté, c'est son choix ! C'est sa vie quand même !

Med 5 : Ah mais moi je la laisse faire mais bon. Tout ce qu'elle a peur c'est de se retrouver en maison de repos je trouve ça...

Med 6 : Si elle t'appelle tous les jours en urgences, là à la fin (rires)

Med 5 : Non justement !

Med 6 : Là on peut mettre la phrase : « arrêtez le délire ! » (rires)

Med 5 : La dernière fois elle était tombée deux semaines avant avec un gros coup à la tête, des vertiges etc. Elle avait attendu que je passe comme d'habitude pour être sûre que je ne l'envoie pas à l'hôpital !

Med 14 : Moi ce que je trouve étonnant c'est quand on les met en maison de repos, est-ce qu'elles ne doivent pas signer un papier comme quoi elles sont d'accord ? Ou on considère qu'elles sont trop âgées et elles n'ont plus leur mot à dire ? Ca je me posais la question...

Med 17 : Il n'y a pas de papier à signer.

Med 6 : Il y a un règlement qui est signé par la famille.

Med 17 : Par la famille oui mais pas par la patiente.

Med 14 : C'est fou quand même parce que c'est leur décision au final, ça les concerne donc... A part si elles sont sous administration de la personne.

Med 17 : Elles ne sont pas toutes capable de décider par elles-mêmes ! Il y en a beaucoup ...

Med 6 : C'est un règlement d'ordre financier, pas de protection de la personne.

Med 14 : Oui mais donc s'il n'y a pas de protection de la personne c'est qu'elles sont encore capables de décider pour elles-mêmes ! Donc ça devrait être elles qui devraient signer.

Med 17 : Elles n'acceptent pas toujours !

Med 2 : Entre décider pour elles-mêmes et être capable de faire de ce qu'elles décident, il y a souvent un fossé !

Med 17 : Voilà !

Med 2 : Si, pour rejoindre l'idée de tantôt, la petite patiente ou le petit patient à qui on a mis une prothèse de genou/ de hanche, pour lui il va rentrer chez lui parce que son fils habite à 25m et qu'il ne travaille pas c'est une chose. Mais si le gars a 3 gosses qu'il travaille et qu'il habite à 60km et qu'il est tout seul, c'est encore une autre situation. Et ça aussi souvent ils ne veulent pas comprendre : « je rentre chez moi ! », mais oui mais c'est pas possible ! « Je rentre chez moi ! ».

Med 5 : Il y en a certains qui ne se rendent pas compte des aides qu'ils ont besoin à côté ! Ou alors ils renvoient les aides familiales parce qu'ils n'en ont pas besoin etc. Et puis pour finir les enfants ne savent plus assumer parce qu'ils ne savent pas passer tout le temps.

Med 2 : Et que les enfants travaillent ! Et qu'ils ne peuvent pas quitter leur boulot, tous les jours à 10h15 parce que la maman ou le papa est tombé ou quoi ou qu'est-ce. C'est compliqué parce qu'en fait maintenant tout le monde travaille à deux, avant pas. Donc c'est tout à fait autre chose.

Med 17 : Moi j'ai eu le cas d'une patiente qui vivait chez elle, qui était très bien jusque 87/88 ans et après vers 89 ans elle a commencé à faire un peu de démence mais autonome, elle faisait son ménage parce que l'aide-ménagère ne travaillait pas bien, elle n'était pas contente. Puis l'aide-ménagère lui volait de l'argent, sa fille aussi elle lui volait, ses petits-enfants Et j'ai eu du mal à la faire placer parce qu'elle ne voulait pas ! Sa fille n'avait rien à dire, alors moi j'espérais la faire hospitaliser pour prévoir un placement en maison de repos mais elle tombait, donc une fois j'ai appelé l'ambulance et elle n'a pas voulu aller ! Elle est restée chez elle. Je crois que j'ai pu la faire hospitaliser un certain moment parce qu'elle a fait un problème de fibrillation, elle n'était vraiment pas bien. Ça été dur parce que pour elle, elle était bien et elle voulait rester chez elle ! Alors que bon c'était très dangereux ! Elle ne se rendait pas compte, elle oubliait tout ... mais on ne savait rien faire ! Je crois qu'on avait même fait appel au juge de paix et en discutant avec le juge de paix, à ce moment-là elle était plus ou moins bien donc on n'a rien su faire ! C'est parfois difficile mais ces gens-là ils sont en danger ! Il y a des cas je trouve, c'est pas évident. Parce que la personne ne va pas admettre qu'elle n'est plus capable, c'est rare quand ils admettent qu'ils ne savent plus vivre chez eux, seuls sans aides.

Med 6 : Pourtant on en a connu ! Plein de vieux qui restaient chez eux jusqu'à 90 tout seul, enfin bon il y avait aussi les voisins ... Il y avait peut-être plus de gens dans le quartier ... Il y avait moins de homes aussi ! (rires)

Med 17 : dans une hygiène pas toujours... (rires)

(PRESENTATION 1^{ère} PARTIE : AGISME)

Animatrice : J'avais une autre partie sur la méthode Montessori mais je n'aurai pas le temps d'en discuter. Donc ça je vous inviterai à aller lire le reste de mon diapo. Ici j'ai écourté un peu sinon c'était trop pour envoyer par mail mais je pourrai vous envoyer la suite pour pouvoir discuter de ça si vous voulez.

Med 1 : Ok Merci ! Bien, est-ce qu'il y a des questions ?

Animatrice : Je ne sais pas ce qui vous a touché, ce que vous avez appris dans cette présentation ? Ce qui vous a marqué ?

Med 1 : Peut-être une certaine prise de conscience par rapport à ce qu'on peut faire même sans le vouloir ou dire au patient parfois. Peut-être justement réfléchir à ce qu'on pourrait dire de plus positif la prochaine fois qu'on les verra.

Med 7 : C'était peut-être pas dans le sujet aujourd'hui mais donc je connaissais la méthode Montessori pour l'apprentissage des enfants en maternelle ou à l'école mais donc il existe aussi ce genre de méthode pour les personnes âgées en maison de repos ?

Animatrice : Oui tout à fait. La méthode Montessori pour les personnes âgées c'est « Senior Montessori ». Il prône vraiment l'indépendance et l'autonomie du patient et ils se basent surtout sur les capacités préservées du patient. Donc ils vont vraiment essayer de contourner le handicap parce que Senior Montessori c'est dans les maisons de repos pour les personnes surtout qui ont une démence. Ils vont vraiment mettre toutes des activités en place, adaptées au patient, adaptées à leur personnalité, adaptée à leur histoire de vie parce qu'il faut que ça attire aussi le patient, cela motive le patient à faire cette activité. Et le fait d'être engagé dans l'activité pour le patient, ça va leur permettre de retrouver un sens à leur vie, redonner un sens aux choses qu'ils vont faire rien qu'au travers d'une activité. Ils vont aussi retrouver un rôle dans la communauté. Ce sont vraiment toutes des notions que je trouve super intéressante et qu'on pourrait aussi appliquer en consultation. Par exemple la notion de choix aussi, dans les maisons de repos avec Senior Montessori ils demandent systématiquement les choix du patient, donc ils proposent à chaque fois deux choix au patient et comme ça c'est lui qui décide et ça lui donne un peu d'importance et de contrôle sur sa vie. Il y aussi le fait d'étiqueter toute la maison de repos, tout le monde a un badge que ce soit les résidents ou les aidants. Tout le monde a un badge car cela sert à se situer, à reconnaître les gens et rien que ça cela a vraiment de bénéfices. Ils ont fait une étude dans les maisons de repos et ils ont montré qu'il y avait une baisse des psychotropes de 96% environ et dans les troubles du comportement ils ont aussi montré que cela réduisait la déambulation de 87% et l'agitation de 85%. Donc rien qu'en ayant une vision plus positive et en engageant les gens dans une activité qui ont du sens pour eux.

Med 1 : Ok merci beaucoup en tout cas. Je ne sais pas s'il y a d'autres questions ? ... Ok bon maintenant je vais laisser la parole au délégué de ce soir qui sponsorise la réunion.

INTERVIEW EXPERTE : DR DOUCELANCE PAULINE : 25/02/2

Animatrice : Est-ce que tu connais l'âgisme ?

Pauline : Un peu grâce à toi (rires).

Animatrice : D'accord et donc c'est quoi pour toi ? Ca représente quoi l'âgisme ?

Pauline : C'était les impacts négatifs des personnes âgées ... Attends comment tu avais présenté ça dans ton mail ? (rires)

Animatrice : Dis-moi toi ce que tu sais, si ça te parle ou pas du tout ?

Pauline : Non à la base sans toi ça ne me parlait pas non.

Animatrice : D'accord comme ça je sais. Mais donc effectivement ce sont toutes les formes de discrimination, de mépris, de ségrégation fondée sur l'âge.

Pauline : Les stéréotypes !

Animatrice : Oui c'est ça les stéréotypes.

Pauline : Tu m'as fait découvrir ça dans ton mail (rires).

Animatrice : C'est l'inverse du jeunisme et en fait c'est le facteur de discrimination qui est le plus important avant le sexisme et le racisme ou même la discrimination en fonction des religions. Je ne sais pas si tu as une idée de la tranche d'âge à partir de laquelle ils sont le plus concerné ? Quelle est la population la plus discriminée ?

Pauline : ... C'est une tranche ?

Animatrice : A partir de quel âge ?

Pauline : A partir de 55 ans je dirais ?

Animatrice : Exact ! C'est ça ! En général, on a tendance à dire plus âgé mais c'est bien ça 55 ans.

Pauline : Oui ça ne m'étonne pas en fait, je réfléchis par rapport aux critères d'embauche, les problèmes d'embauche. A partir de 55 ans les gens ont quand même du mal à retrouver de l'emploi. C'est de l'âgisme ! (rires)

Animatrice : Oui tout à fait. Et pour toi dans quelle(s) situation(s) en médecine générale, on a tendance à mépriser plus les personnes âgées ?

Pauline : Dans la capacité à prendre des décisions je trouve. Souvent quand les personnes sont âgées, on part du principe qu'on peut décider à leur place. C'est un peu le concept des personnes qui commencent à avoir des troubles cognitifs, avant même que ce soit des démences, on part du principe qu'elles ne sont plus aptes à prendre des décisions et être maître d'elles-mêmes. Ça se voit très très fort avec le covid en fait ! Que les gens prennent des décisions à leur place, les enfants et petits-enfants décident de ne plus voir leurs grands-parents alors qu'ils connaissent les conséquences et les risques potentiels du covid et pour autant on leur impose une décision alors que c'est eux qui sont les principaux concernés. Actuellement tu as vraiment ça, ça se voit tout le temps et pour moi ça c'est vraiment ne pas respecter le choix de la personne.

Animatrice : Oui et tu remarques que c'est à partir de quel âge, aussi 55 ans ou plus vieux ?

Pauline : Là en l'occurrence pour la covid, c'est par rapport aux critères de dangerosité donc je dirais à partir de 55-60 ans parce qu'en gros dans les infos on dit que c'est potentiellement dangereux à partir de 60 ans et c'est à partir de cet âge-là qu'on a des enfants/des petits-enfants

qui sont à mêmes à nous le transmettre donc je dirais à partir de 60 ans oui. Peut-être un peu plus âgé quoi.

Animatrice : Oui donc partir de 60 ans les enfants ont tendance à prendre des décisions à la place de leurs parents quoi.

Pauline : Oui. Sans se dire que ces personnes-là sont encore aptes à prendre leurs propres décisions et que même si on n'est pas en accord avec ces décisions, ça nous regarde pas quoi !

Animatrice : Oui tout à fait ! Je suis tout à fait d'accord avec toi. Et du côté des soignants, tu penses qu'on fait beaucoup d'âgisme ? Qu'on discrimine beaucoup les personnes âgées dans notre pratique surtout en médecine générale ?

Pauline : Je crois que les jeunes générations, on nous forme quand même pas mal à respecter l'avis du patient quel que soit ce qu'il veut. Après je trouve qu'on fait énormément d'âgisme avec les personnes qui ont des troubles cognitifs justement. Parce qu'on part du principe qu'elles ne sont plus aptes à prendre des décisions pour elles-mêmes et que nous on est les meilleurs placés pour décider à leur place. Je trouve qu'on fait beaucoup d'âgisme. Mais sinon globalement pour les personnes qui ont peu de troubles cognitifs ou pas de troubles cognitifs, je trouve que les jeunes générations, j'ai pas l'impression non. J'ai l'impression qu'on est quand même pas mal sensibilisé sur le fait que les gens peuvent ne pas penser comme nous, peuvent ne pas vouloir suivre nos recommandations et qu'il faut l'accepter et qu'en fait on n'est personne pour pouvoir imposer quoi que ce soit à un patient.

Animatrice : Et pourquoi il y a cette différence avec les médecins plus âgés d'après toi ? Par rapport à notre formation ?

Pauline : Oui je pense. Je pense qu'à l'époque le médecin généraliste, il y a quelques années, était beaucoup plus celui qui imposait, celui qui avait toujours le dernier mot et imposait un petit peu sa ligne de conduite et il n'y avait pas de possibilité de discuter sur un traitement, sur une prise en charge et que c'était comme ça et pas autrement. Moi souvent mes patients quand ils me disent : « est-ce que vous me suivez toujours si je refuse de faire ça ? » ou « est-ce que ça vous pose problème ? », quand je leur dis : « absolument pas, vous faites ce que vous voulez ! Moi je suis juste là pour vous éclairer. » Ils sont étonnés, ils me disent : « c'est fou je pensais que vous n'accepteriez jamais ! ». Je pense que le médecin généraliste il y a quelques années, la médecine généraliste était beaucoup plus paternaliste qu'aujourd'hui. Aujourd'hui je pense qu'on est moins dans ce côté paternaliste.

Animatrice : Et par rapport aux familles aussi, les enfants sont beaucoup plus paternalistes avec leurs parents je trouve que nous on le sera avec les nôtres.

Pauline : Oui je pense effectivement.

Animatrice : Il y a une étude de Stéphan Adam qui a été faite, c'est un psychologue spécialisé dans la sénescence à l'université de Liège, qui a fait une étude d'abord avec des étudiants en psychologie. Il leur a demandé de citer les 5 premiers mots qui leur venaient en tête quand ils pensaient à une personne jeune et quand ils pensaient à une personne âgée.

Alors oui, autant te dire que le nombre de mots négatifs est beaucoup plus important que le nombre de mots positifs donc en fait quand on pense à une personne plus âgée, il y avait 46 à

48% des mots qui étaient négatifs par rapport aux mots négatifs quand ils pensaient à une personne jeune, c'était 6 à 8%. Ca te parle ces graphiques ?

Pauline : Ca ne m'étonne pas, je trouve ça marrant.

Animatrice : Alors il a fait la même étude avec des soignants. Ici ce sont des infirmières du service d'oncologie à Liège, et donc en rouge ce sont tous les mots qui sont négatifs. Donc là on n'est plus à 48% mais à 74% des mots qui sont négatifs. Et donc il concluait que les professionnels de la santé étaient beaucoup plus vulnérables aux stéréotypes âgistes que la population générale. Et donc c'est pour ça que j'essaie de sensibiliser un peu les médecins à ça. Je ne sais pas si tu as une question ou une idée de pourquoi est-ce que les soignants auraient plus tendance à faire de l'âgisme ?

Pauline : En médecine, forcément on soigne des gens quand ils ne vont pas bien et donc potentiellement les personnes âgées qu'on voit elles ne sont pas en bonne santé ou elles se plaignent beaucoup plus. Je pense que nos patients se permettent aussi plus facilement de se plaindre que ce qu'ils le font vis-à-vis de leurs familles et donc c'est vrai que si on pense à nos grands-parents on a des bons souvenirs aussi d'enfance, des bons souvenirs qu'on a construit avec eux alors que si tu prends ton image de la personne âgée en tant que médecin c'est sûr que c'est que des souvenirs de maladies ou de suivi de douleurs, de dépression, de diminution des capacités et que les personnes se permettent de se plaindre. C'est vrai que tous les jours je crois, un médecin généraliste, je pense que je ne me trompe pas en tout cas moi c'est le cas, tous les jours on entend un patient dire : « vous savez c'est pas gai de vieillir ». Et donc forcément quand tous les jours on entend ça parce qu'on voit pas mal de personnes âgées et quand on les voit c'est qu'elles ne sont pas bien et bien potentiellement on se crée une image aussi qui est plus péjorative je pense que nos souvenirs avec nos grands-parents quand on était petit, quand il faisait beau dans un jardin où ils sont heureux de nous voir, il y a moins ce côté péjoratif je crois.

Animatrice : Comment les patients vivent le fait de vieillir pour toi ? Tu trouves qu'ils ont du mal pour toi en général pour la majorité ?

Pauline : Je pense qu'on est dans une société qui maltraite, je pense que je pèse bien mes mots, qui maltraite un peu les personnes âgées et qu'elles ne sont pas à la bonne place ! On ne les valorise pas du tout et c'est tout le temps associé à des choses péjoratives de vieillir. Et je pense que culturellement on s'est aussi formaté au fait que vieillir c'était pas chouette alors que je pense que dans d'autres sociétés, par exemple moi j'ai vécu un peu en Afrique et la personne âgée c'est un peu considéré comme le patriarce, comme la sagesse, ... c'est une marque de respect ! On respecte énormément les personnes âgées et donc vieillir c'est pour eux quelque chose qui est chouette parce qu'on devient respectable ! Je pense qu'ici vu qu'on n'a pas cette image-là. Plus le fait qu'on a réellement une diminution de nos capacités physiques et souvent cognitives etc. Plus le fait qu'on est dans une société qui dévalorise à fond les personnes âgées ; quand tu vois la discrimination à l'emploi, quand tu vois la discrimination dans les choix, enfin dans la capacité à prendre des décisions sur sa propre santé rien que ça, c'est sûr qu'on ne valorise pas assez la personne âgée ! C'est dommage.

Animatrice : Donc ça dépend de la culture aussi ?

Pauline : Oui ça dépend énormément de la culture ! je pense que c'est un problème sociétal !

Animatrice : Et tu penses qu'en tant que médecin généraliste, on a un rôle à jouer là dedans ?

Pauline : Je pense oui. Bien sûr au niveau du suivi de ton patient d'office, de revalorisation, de choses comme ça... je pense qu'on a quand même un impact assez important sur nos patients et donc que s'ils viennent et qu'ils sont dans une démarche assez négative c'est aussi notre rôle et notre boulot de les revaloriser et de montrer les choses qui vont et pas forcément que celles qui ne vont pas ! Après c'est une goutte d'eau dans un système où malheureusement on n'est pas assez centré sur la personne âgée alors qu'on est quand même dans une société, surtout en Europe, hyper vieillissante et donc c'est quand même hyper contre-intuitif ! Au niveau sociétal, je pense que le médecin généraliste n'a pas beaucoup de poids. Enfin je ne pense pas. Au mieux un poids au niveau d'une maison de repos et encore ! Tu sais très bien à quel point beaucoup de maisons de repos maintenant c'est un business plan, elles sont rachetées par des multinationales et donc c'est plus un but lucratif que réellement d'accompagnement de fin de vie adéquat et donc malheureusement même là, le médecin généraliste il a quand même peu de poids.

Animatrice : Mais si on sensibilise quand même nos patients et leurs familles, il y a quand même moyen de changer un peu la mentalité de notre patientèle non ?

Pauline : Ah oui, comme je t'ai dit la première preuve d'âgisme moi je trouve que c'est avec la covid clairement sur le choix de : « mon papa veut ou ne veut pas se faire vacciner, il veut ou ne veut pas voir les petits enfants ... » et les trucs comme ça. Moi je suis à sensibiliser et à essayer de leur expliquer que jusqu'à preuve du contraire il ne faut pas être paternaliste ou il ne faut pas mater son proche. Si les choses sont claires, nettes et précises, si elles ont été expliquées correctement et que les gens sont aptes à prendre leurs propres décisions et qu'ils partent du principe qu'ils veulent prendre le risque, qui sont les enfants et petits-enfants pour en fait décider que leur avis est plus important que ceux de leurs aînés quoi !

Animatrice : Oui je suis tout à fait d'accord. Et ça c'est un petit peu de la méthode Montessori...

Pauline : Oui oui ! Et ça c'est un discours quotidien que j'ai avec le patient, ça c'est sûr ! Mais c'est pas facile parce que pour eux c'est une preuve d'amour d'imposer un point de vue et une décision.

Animatrice : De les protéger ...

Pauline : Oui ! C'est de la surprotection ! Mais au final, ça dépend qu'est-ce qu'on entend par preuve d'amour mais moi je trouve que c'est pas du tout une preuve d'amour que d'imposer un point de vue en fait. C'est se rassurer soi-même mais c'est tout.

Animatrice : Oui. Tu sais s'il y a un impact sur la santé du patient quand on les discrimine ou quand le patient a une vision négative de son propre vieillissement, est-ce que tu sais un peu l'impact que cela a sur sa santé ou pas du tout ?

Pauline : Je suppose qu'il y en a beaucoup ! Rien qu'au niveau dépression et puis je suppose aussi au niveau aggravation des troubles cognitifs puisque chaque fois qu'on fait à la place de

quelqu'un du coup forcément, cognitivement, ils sont moins stimulés et donc à mon avis ça développe beaucoup plus les démences. Et puis sûrement les dépression, la confiance en soi, l'estime de soi ... Je ne connais pas de chiffres mais je suis sûre que cela a un gros impact négatif en tout cas.

Animatrice : Oui alors dans les études, ils ont fait un test cognitif avec deux groupes de patients différents ; un groupe où ils ont activé des stéréotypes négatifs sur l'âge au préalable du test et un groupe où ils ne l'ont pas fait. Ils ont remarqué que dans le groupe où ils ont activé des stéréotypes négatifs, la performance de ces patients pendant la réalisation du test est beaucoup moins bonne, comme ils doutaient beaucoup plus d'eux les scores étaient moins bons. Ils sont aussi plus stressés pendant le test et plus enclin à demander de l'aide que l'autre groupe et ils allaient mettre aussi beaucoup plus de temps. Donc cela a un impact sur la santé mentale, sur la santé physique, sur les capacités cognitives, sur la dépendance. Il y a même une étude qui a montré que le fait d'avoir des filles ca favorisait plus de dépendance chez les parents parce qu'elles ont tendance à aller aider, même de trop leurs parents, mettre en place des aides excessives.

Pauline : Oui ça ne m'étonne pas !

Animatrice : Ils disaient aussi que plus la vision du processus de vieillissement est négative et plus ils ont tendance à croire en ces stéréotypes négatives sur l'inévitabilité du déclin de la santé lié à l'âge. Et donc au final, ils sont moins propices à adopter des comportements préventifs, des comportements sains et donc ça a aussi un impact sur la volonté de vivre et sur leur longévité. Le taux de mortalité peut doubler par rapport à une personne qui a une vision positive de son vieillissement et dans les chiffres, ils disaient que si une personne a une vision positive de sa retraite elle pouvait gagner jusqu'à 4,5 ans et une vision positive du vieillissement c'est jusqu'à 7,5 ans plus âgé. Il y a vraiment un gros impact et c'est la même chose en oncogériatrie, ils montraient que la vision initiale de leur propre vieillissement qu'ont des patients avec un cancer peut prédire l'évolution de leur santé sur un délai d'un an.

Donc le fait d'avoir une vision négative de son propre vieillissement, cela peut vraiment avoir un gros impact sur leur santé et sur leur espérance de vie. Donc voilà ça donne encore plus d'intérêt d'essayer de favoriser une vision positive du vieillissement dans nos consultations.

Pauline : Oui ! Surtout que les vieux de demain ce sera nous ! C'est ce que je dis aux gens : « tout ce que vous imposez là, autant vous dire que c'est le modèle que vous inculquez à vos enfants donc ils vont l'imposeront aussi. » Donc c'est maintenant qu'il faut en fait changer les mœurs, les habitudes parce que quand ce sera à nous qu'on le fera on rigolera moins. (rires)

Animatrice : Oui c'est sûr mais c'est pas facile ! Et du coup en consultation de médecine générale, tu arrives à appliquer des principes de Montessori toi qui connaît la méthode ?

Pauline : Écoute j'essaie ! Surtout chez mes patients qui commencent à avoir des troubles cognitifs. J'ai quelques patients en maison de repos dont certains qui sont réellement déments donc j'ai pris le temps de contacter leurs familles, d'expliquer un petit peu qu'est-ce que la démence, de voir comment eux ils le vivaient, s'ils n'étaient pas épuisés ... Donc d'abord de tâter un peu le terrain, de voir un peu l'histoire ; comment ça avait débuté, comment ça avait évolué, qu'est-ce qu'ils attendaient de moi tout ça. Et alors d'essayer de mieux connaître, parce que malheureusement c'est ça un peu le problème c'est que les patients que je suis en maison de repos actuellement, j'ai appris à les connaître quand ils étaient déjà déments et donc ça c'est

toujours le problème. L'idéal c'est d'avoir un médecin généraliste qui connaisse le patient avant le début démence pour réellement savoir sur quelle capacité on peut jouer, on peut essayer de stimuler quoi. Et donc moi je sais par l'hétéro-anamnèse, j'essaie via la famille de voir quels étaient les hobbies, qu'est-ce que le patient savait encore faire récemment des choses comme ça et j'essaie de sensibiliser les maisons de repos donc l'ergothérapeute, les kinés pour essayer de stimuler ces capacités-là. Mais bon voilà après je ne sais pas si in fine si les ergos et les kinés, je ne suis pas là pour vérifier s'ils le font réellement et puis voilà j'ai trop peu de patients que pour vérifier l'impact réellement sur le long terme forcément mais j'essaie en tout cas, j'essaie vraiment. Et chez les patients qui commencent à avoir des troubles cognitifs j'essaie de leur donner, de réfléchir avec eux, souvent je n'ai pas de réponses toutes faites, mais voir dans quels domaines ils ont du mal et dans quelles circonstances et essayer qu'on trouve ensemble une solution de qu'est-ce qu'ils pourraient faire au quotidien. Par exemple, ils ont encore loupé mon rendez-vous et ils m'appellent en disant : « c'est vraiment pas de mauvaise volonté, j'oublie ». Alors c'est une discussion sur comment ils vivent, et quel est au quotidien la manière qu'on pourrait mettre pour qu'ils se rappellent de leur rendez-vous ; est-ce qu'ils ont un smartphone ou pas ? Est-ce que sur les smartphones ils jouent un peu ou pas avec les rappels ? Est-ce qu'ils sont encore avec un calepin, à noter dans un calepin ? Comment ils fonctionnent au quotidien en fait et essayer d'adapter. Ca je n'ai pas de méthode toute faite mais j'essaie de discuter avec les gens quand ça arrive pour leur trouver en tout cas la méthode la plus personnalisée pour leur problème. Mais pas une fois par exemple, je sais qu'en discussion d'équipe on a déjà proposé le fait que l'accueillante pouvait appeler une heure avant le rendez-vous le patient pour rappeler de venir au rendez-vous, et ça moi par exemple je refuse en disant que je veux que ce soit le patient qui trouve sa solution et qu'il prenne en charge réellement son handicap. Je veux bien réfléchir avec lui sur quelle est la méthode la plus adéquate mais c'est pas à nous de jouer le pense-bête parce que ce n'est pas lui rendre service. Parce que s'il oublie un rendez-vous médical, il oubliera aussi un autre type de rendez-vous et en fait cet autre type de rendez-vous on ne va pas s'amuser à l'appeler une heure avant. Si c'est un rendez-vous chez le garagiste, le garagiste va pas appeler une heure avant en disant : « vous avez rendez-vous dans une heure ». Et donc voilà on a des discussions d'équipe comme ça qui sont assez intéressantes où moi je m'oppose à trop mater nos patients et trop les encadrer. Enfin je discute avec eux pour trouver des alternatives mais c'est ma manière d'appliquer ma méthode Montessori quoi.

Animatrice : Et en général, les soignants sont réceptifs ?

Pauline : Si à fond parce que je suis dans une maison médicale qui est super ouverte et eux-mêmes sont très méthodes alternatives donc une fois que tu expliques, en fait ils sont d'accord. Après des fois je vois aussi des effets positifs, enfin je comprends d'autres points de vue donc ce sont des discussions qui sont assez constructives. Globalement c'est une équipe très ouverte donc oui oui on trouve toujours des compromis et des fois un compromis pour un patient n'est pas le même que pour un autre.

Animatrice : Oui mais dans les maisons de repos, les soignants qui ne sont pas spécialement sensibilisés de base, tu arrives quand même à les convaincre ou à leur expliquer ?

Pauline : En général, les ergothérapeutes ... En plus c'est marrant parce que maintenant je donne cours en fait en ergo et entre autre je sais qu'on voit la méthode Montessori mais les ergothérapeutes sont plus sensibilisés à la méthode Montessori que les médecins ou les kinés parce qu'ils le voient aux études. Et donc en général, les ergothérapeutes sont des chouettes partenaires avec qui fonctionner parce que, bon des fois ça n'a pas été non plus des gros

chapitres mais en tout cas ils en ont entendu parlé. Je sais qu'au Parnasse ils ont tout un cours dessus bien avant que je donnais cours.

Animatrice : Et tu donnes quoi de quoi ? De Montessori ?

Pauline : Moi je donne trois cours actuellement, je donne un cours sur la personne âgée en général, un cours d'ortho et un cours sur la douleur. Donc c'est 12h, 9h et 6h. Et à un moment dans le cours sur la personne âgée, je donne un chapitre sur les démences et un autre sur les dépressions, et j'en ai profité à chaque fois pour juste introduire la méthode Montessori, qu'est-ce que c'est et pourquoi. Et en fait j'ai des élèves qui m'ont dit : « Ah oui mais on connaît hyper bien ça, on a tout un cours dessus dans un autre domaine », j'étais là : « ah bon ? Tant mieux ! ». (rires)

Animatrice : Ah bon c'est bien, c'est cool ! Et du coup, ce genre de principes de Montessori tu ne sais pas l'appliquer à tout le monde si ? Tu essaies de l'appliquer à tous les patients que tu vois ou bien des patients bien sélectionnés où tu te dis : « bon là, si j'applique ça et ça, ce sera bénéfique pour lui » ?

Pauline : J'essaie de toujours l'avoir en tête ! Par exemple, moi je me rappelle que Simon Erkès m'avait donné un exemple : typiquement quand tu es au domicile d'une personne âgée qui ne souffre pas du tout de démence mais qui a un lacet défait, de politesse souvent le réflexe des gens est de s'abaisser et de faire le lacet parce qu'en fait c'est plus dans notre culture une marque de gentillesse de faire ça. Et au final, il disait : « Mais oui mais le moment où tu seras partie et où cette personne son lacet sera de nouveau défait, là tu vois tu ne seras plus là pour lui faire quoi. Et donc ce qui aurait été intéressant, c'était plutôt travailler avec elle sur comment elle peut faire ses lacets, facilement, toute seule sans qu'elle ait besoin d'aide. Et c'est une autre marque de respect de valoriser les capacités restantes de la personne, et de lui dire qu'elle est capable de le faire et de trouver une alternative pour qu'elle le fasse quoi. Et donc c'est vrai que je le garde toujours en tête cette discussion que j'avais eue avec lui. Et très souvent quand je vais au domicile ou même que les patients viennent me voir et que, ils doivent monter des escaliers par exemple pour aller à mon cabinet ou pour monter sur ma table d'examen, elle n'est pas électrique donc j'ai deux petites marches et il y a des patients qui ont plus ou moins de mal, de premier abord avant, d'office je les aurais aidé à faire ça et puis maintenant j'essaie de voir avec eux comment ils peuvent monter sans pour autant que ce soit moi qui leur serve en fait d'aide. Bon bien sûr quand c'est trop difficile, je le fais ! Mais je garde toujours ça en tête en disant : « Essaie d'abord qu'ils trouvent eux-mêmes une manière de grimper sur la table, de se relever, de refaire leurs lacets ... » Et donc ça oui c'est au quotidien que j'y pense après c'est pas tout le temps que j'en ai besoin, la moitié de mes patients ils sont très jeunes et donc ils n'ont pas de problèmes.

Animatrice : Et en général ces personnes-là le prennent bien que tu réagisses comme ça ?

Pauline : Oui pas une fois en tout cas ... après je le fais subtilement ! Je ne leur dis pas : « débrouillez-vous, grimpez sur la table ! ». (rires) J'essaie de voir, déjà je les observe, je suis autour d'eux quand même au cas où ils tombent et puis je leur dis : « prenez votre temps » donc j'essaie de les mettre en confiance en disant : « prenez votre temps, on a tout le temps qu'il faut, à votre aise » et puis je leur dis : « si ça ne va pas, je suis là » pour essayer vraiment de les valoriser, enfin de leur donner confiance et qu'ils y arrivent et puis souvent ils ont du mal mais quand ils arrivent enfin à s'asseoir, du coup après je fais aussi du renforcement positif en

disant : « c'est super que vous ayez réussi à monter sur cette table ! » Enfin voilà, j'essaie en les encadrant. Si c'est une personne âgée, rien que par sécurité, je ne vais pas rester derrière mon bureau ! Il faut qu'elle voit que je suis là et que c'est pas parce que je suis désintéressée. En tout cas, pas une fois on m'a dit : « vous auriez pu m'aider ! » Je pense que ça m'arrivera probablement un jour et si on me le dit, je leur dirais que c'est pour qu'elle continue à le faire seul mais que la prochaine fois si elle veut de l'aide je serais bien sûr là pour les aider. Après voilà ça fait qu'un an que je travaille donc j'ai pas non plus un recul de malade.

Animatrice : Tout ce que tu dis c'est ce que j'avais aussi pensé à faire en consultation, essayer de favoriser l'affirmation de soi. Je voulais en fait sensibiliser les médecins généralistes à essayer d'appliquer des petites notions comme ça qui passent partout en consult. Enfin voilà pour moi c'est vraiment une mentalité qu'il faut adopter et que je voulais essayer de répandre chez les médecins généralistes parce que je trouve que c'est une manière de voir la vieillesse un peu plus positivement. J'ai eu des réactions du premier focus groupe plutôt négatives en me disant : « ben non, ça prend trop de temps ce genre de choses... »

Pauline : C'est ce que j'allais dire, la plupart des médecins ils vont te dire que ça prend du temps ! Et c'est vrai ! Les gens mettent plus 1 minute 30 à monter sur ma table que si je leur tends le bras ça va leur mettre 10 secondes mais arrivé à un moment il faut savoir aussi quel combat mener ... !

Animatrice : Oui c'est ça ! Mais j'ai vraiment bien vu la différence entre le premier focus groupe où ils étaient un peu moins sensibilisés au sujet de base et le deuxième focus groupe où là j'avais une coordinatrice de maison de repos qui connaissait la méthode Montessori, enfin plus ou moins qui n'était pas formée mais elle connaissait les principes, et ce groupe-là était vraiment pour appliquer ces notions en consultation de médecine générale tandis que le premier groupe était plus pour déléguer aux autres soignants, aux ergos, aux kinés etc Ils disaient qu'ils passaient beaucoup plus de temps avec que nous et qu'eux n'avaient pas le temps. Je parlais aussi de la notion de choix en consult, d'essayer d'offrir le choix aussi au patient genre « est-ce que vous préférez que je vous examine sur la chaise ou sur la table de consult ? » Essayer d'intercaler la notion de choix assez souvent parce que ça je trouvais que c'était aussi facile à faire. Il y avait aussi les aides externes mais ça c'est comme tu as dit, essayer d'écrire sur un papier pour ne pas oublier ou trouver une astuce avec le patient. Les activités, en fait je fais la même chose que toi j'essaie de motiver les soignants, les infirmières dans les maisons de repos à essayer de trouver des activités adaptées au patient en le connaissant mieux etc. Valoriser la personne, plus montrer que parler ; plus montrer les choses, mettre le doigt dans un oxymètre il y a parfois des patients déments où il faut se battre pour y arriver tandis que quand on leur montre, ils le font quasi tout seul. Donc voilà c'était surtout ces petites notions d'affirmation de choix que j'essayais de répandre chez les médecins généralistes mais c'est vrai que ça dépend vraiment de la sensibilité du médecin !

Pauline : Nous je trouve avec la période covid qu'on prend plus de temps. On a une demi-heure par patient et plus 20 minutes parce qu'il faut désinfecter la salle, qu'on évite que les patients se croisent trop etc Et c'est vrai que du coup, moi ça me permet de prendre un peu plus de temps et d'expliquer plus, d'appliquer ce que je t'ai expliqué. Souvent je laisse le choix du traitement, je leur laisse aussi le choix du suivi, j'essaie un maximum que ce soit le patient qui décide de comment il a envie d'être soigné, à quelle fréquence, pour quoi et est-ce qu'il veut ou pas d'un traitement ? Parce que voilà, il ne faut pas se leurrer on sait les problèmes de compliance aussi donc imposer un traitement on sait que ça ne marche pas. Je fais aussi énormément de dessins

ou je montre des schémas sur internet ou sur l'ordi au passage pour qu'ils comprennent un peu comment ça fonctionne. Et je trouve que globalement oui ça prend un peu de temps mais je trouve que c'est du temps bien investi tu vois ? Parce qu'après ils le feront plus facilement, après il y aura moins de questions sur le traitement ou ils prendront mieux leur traitement donc je pense que ça prend du temps mais in fine, que ce soit pour moi ou pour la société ou pour tout ce que tu veux, c'est du temps gagné ! Mais des fois les médecins ils sont tellement dans le rush qu'ils ne se rendent pas compte que pour faire évoluer les choses ou pour avoir un effet positif, il faut investir du temps à la base. Et ça tu vois, j'essayais de leur expliquer ça avec mes formations, avec la méthode Montessori et la plupart ils me disaient que je vivais dans un monde de bisounours et que quand j'aurai plein de patients je reviendrai sur mes dires et tout. Mais pour l'instant, même en période de crise en un an, j'ai quand même tenu et globalement les patients ils me le rendent bien. Il y a plein de fois où ils me disent jamais ils ont eu un médecin aussi ouvert ou aussi attentif ou ils se sentent vraiment écoutés ou des choses comme ça et je trouve que même pour le praticien c'est vraiment valorisant. C'est hyper chouette d'avoir ce type de retour et en plus les patients n'ont plus peur en fait de me proposer des choses ou de refuser ... Ils sentent qu'en fait il n'y a pas de jugement et que c'est à eux de décider quoi. Je trouve que sensibiliser les patients à leur propre santé, l'intérêt de se soigner ou l'intérêt de tel ou tel traitement c'est un peu le but de notre boulot quoi.

Animatrice : Et en montrant l'exemple avec tes patients, est-ce que tu as l'impression que la famille suit aussi ?

Pauline : Ca dépend ! Après ça m'arrive, quand ça suit pas, ça m'arrive de prendre mon téléphone et d'appeler, enfin d'en discuter. De voir pourquoi ça suit pas, quelles sont les croyances, quelles sont les peurs, quelles sont les réticences ... De nouveau je prends le temps, je fais ça entre deux patients quand tu as une période de creux, je trouve que tu as toujours des moments où tu as un peu des trous dans ton agenda. Après il y a des familles qui sont plus sensibilisées que d'autres ou investies que d'autres.

Animatrice : Et là tu remarques qu'en fonction de la culture il y a des gens qui sont moins réceptifs à ça ?

Pauline : Oui je pense que c'est en fonction de la culture et puis énormément en fonction du tempérament. Malheureusement énormément en fonction du tempérament, il y a des gens qui dans leur tête ils ne voient pas ça comme un « laisser le choix », c'est : « oui mais ils vont prendre des mauvaises décisions et donc ça va être néfaste pour leur santé, donc moi je suis là pour leur dire quel est le droit chemin. » Eux Ils voient ça comme quelque chose de favorable en fait, leur implication, leur manière de prendre des décisions mais après moi je pense que c'est quand même mon rôle d'essayer de leur montrer qu'en fait il y a différents points de vue tu vois et qu'il n'y a pas forcément un bon point de vue mais que ça dépend de quelle manière on se place. Mais je pense que c'est culturel et très personnel en fonction de son histoire de vie, son tempérament, ses croyances, ses peurs, ses réticences de nouveau je crois qu'il n'y a pas que la culture.

Animatrice : Parce que dans le dernier groupe que j'ai interviewé, il y a des médecins qui disaient : « mais oui mais il y a certaines personnes âgées comme par exemple des familles italiennes où les personnes âgées aiment bien qu'on les surprotège, qu'on prenne des décisions à leur place et que ça fait partie de leur culture. » Je ne sais pas ce que tu en penses ?

Pauline : Je n'en ai aucune idée. Je n'ai aucune idée de si c'est vrai ou si c'est faux, après rien ne t'empêche de poser la question ! De dire : « Est-ce que vous voulez que je prenne une décision pour vous ? Oui ou non ? » Et si elle te dit oui, tu la prends mais tu as quand même eu cette démarche de laisser le choix à la personne. Pareil, moi ça m'arrive qu'il y ait des patients qui me disent : « à ma place, qu'est-ce que vous feriez ? », ça ne m'empêche pas de répondre qu'est-ce que je ferais à leur place mais après c'est parce qu'ils m'ont posé la question et que c'est eux qui ont décidé que là c'était mon avis qu'ils voulaient ou que c'était à moi de prendre la décision. J'ai des patients qui m'ont dit : « le vaccin je le fais, si vous me dites de le faire » ... D'office il y a des personnes qui ont du mal à prendre des décisions ou que ça les rassure en fait que le médecin leur donne un peu le chemin à suivre et je comprends ! Je pense que la méthode Montessori c'est pas en fait laisser libre choix sans offrir d'options. C'est expliquer, offrir deux ou trois options et voir ce que la personne préfère ou au final c'est réellement de suivre ce qu'elle préfère, si elle préfère savoir ce que nous on ferait et suivre notre choix, moi ça me va ! Pour moi c'est pas contre-intuitif quoi. Donc si même culturellement, il y a des familles qui aiment bien, qui ont l'habitude d'être un peu couvée, enfin qui aiment bien être bien prises en charge ça n'empêche pas de pouvoir quand même appliquer un peu de Montessori derrière.

Animatrice : Oui, tu as raison. Et est-ce que tu penses qu'en appliquant les principes comme ça de Montessori ça pourrait aider à aller un peu à l'encontre de l'âgisme ?

Pauline : Ah oui je pense complètement ! D'office ! Parce que moi par exemple, ça m'a fait complètement réfléchir à tout ce que je faisais de manière non réfléchie, de manière naturelle, de manière juste culturelle des fois et qui n'étaient pas forcément en réalité des choses adéquates mais que je pensais l'être mais qui ne l'étaient pas parce qu'on m'a toujours inculquée de le faire comme ça alors que dans l'absolu c'était pas rendre service à la personne que de faire ça ! Et donc par exemple, moi je me rends compte que de faire ça au quotidien, ça m'a permis de, moi dans ma propre vie personnelle avec mon propre père, ses propres problèmes de santé et le covid, de moi arriver à me dire, ce que je pense il y a deux ans je n'aurais pas été capable : « non il décide de voir des gens, de ne pas faire son confinement, de ne pas respecter ... Non en fait Pauline, tu te dois de respecter son choix, il est encore apte à prendre ses décisions, il sait ce qu'il risque ! » Mais je pense il y a deux ans, sans avoir été sensibilisée à ça je pense que j'aurais été du genre à lui faire la morale oui. A lui dire : « tu ne te rends pas compte, si tu meurs nous on sera seul et ça... » mais en fait il le sait ! Je pense que j'aurais été du genre plutôt à être moralisatrice (rires), à faire vraiment la morale comme ça. Alors qu'aujourd'hui plus du tout, je suis celle dans la fratrie qui prône le fait que mon père est majeur et vacciné comme on dit et qu'il prend ses propres décisions et qu'on doit juste les accepter.

Animatrice : Tu as quand même discuté de tout ça avant avec lui ou pas du tout ?

Pauline : Oui oui, j'en ai un peu discuté avec lui pour voir s'il se rendait compte de la situation. A partir du moment où il s'en rend compte mais qu'il dit : « c'est mon choix, je déprime à voir personne et donc c'est mon choix parce que moralement ça va pas. » Voilà comme il dit c'est son choix. Donc non je pense que ça m'a énormément appris et je pense que l'appliquer au quotidien même si c'est parfois personnellement difficile pour moi par rapport à mes propres peurs, mes propres croyances, mes propres envies ... c'est un travail de tous les jours ! Et plus je le fais et plus c'est facile, plus j'arrive à prendre du recul et à être sereine en fait.

Animatrice : Donc ça te fait du bien d'appliquer Montessori, tu te sens plus sereine ?

Pauline : Oui complètement ! Et puis tu pars du principe que oui les choses peuvent mal se passer pour certaines personnes par exemple concernant la crise sanitaire, les prises de risques et des choses comme ça, ça peut mal se passer mais qu'au final je préfère, même si c'est dur, que ça se passe mal mais que ça ait été fait en connaissance de cause et d'un propre choix que d'enfermer quelqu'un et qu'il vive mais qu'il soit malheureux. Mais c'est vrai que ça demande, quand ça arrive et que malheureusement il y a un drame, il faut toujours savoir garder ce recul en se disant : « voilà, ça s'est passé mais si ça devait se refaire je le referais quand même. » Voilà c'est comme ça.

Animatrice : Et à la base pourquoi tu as été attirée par la méthode Montessori ?

Pauline : Parce que j'avais énormément de patients qui souffrent de démence en maison de repos, j'étais assistante et en fait j'avais l'impression vraiment de faire de la merde au quotidien ! (rires) Excuse-moi tu peux changer ce mot à la retranscription. J'avais vraiment l'impression de juste arriver, examiner, forcer les gens à les examiner, re-prescrire le traitement et puis partir facturer une consult par mois. Donc honnêtement je trouvais ça hyper déprimant de me dire que ces personnes souffrent de démence et que même le médecin en fait il s'en fou, il ne fait rien et donc j'ai commencé à lire sur le sujet ; à voir un peu les traitements, à me rendre compte qu'il n'y avait pas de traitement qui était réellement efficace dans les démences et qu'ils étaient en cours de déremboursement et maintenant ils sont complètement déremboursés. Et j'ai vu les méthodes alternatives, j'ai lu sur le sujet Montessori puis j'ai rencontré Simon et voilà c'est parti de là.

Animatrice : Ok c'est bien, ça fait du bien de parler à quelqu'un qui voit de la même manière que soi ! (rires)

Pauline : Oui oui ! Mais j'ai l'impression que dans les jeunes médecins il y en a quand même pas mal ! J'ai l'impression que j'avais plus de mal avec les vieux médecins qui sont débordés, qui n'ont pas le temps, qui ne croient pas en ces méthodes ! Et puis qui de nouveau qui nous voit comme des jeunes médecins hyper idéalistes qui ne se rendent pas compte des choses.

Animatrice : Ca m'a un peu vexé aussi ! J'ai eu un médecin qui m'a dit ça comme quoi c'était un peu utopique de réfléchir comme ça, il ne savait pas si moi j'avais beaucoup de patients mais en tout cas lui n'avait pas le temps de faire ça.

Pauline : On me l'a dit mille fois aussi tu sais !

Animatrice : Je trouve que c'est quand même possible, pendant la période covid on a eu beaucoup de patients mais faut juste savoir prendre le temps je trouve.

Pauline : Oui oui et puis de nouveau c'est du temps investi et c'est pas du temps perdu je trouve !

Animatrice : Et puis tu es satisfaite ! Enfin moi c'est aussi beaucoup de satisfaction personnelle que j'ai quand j'applique ce genre de principes au quotidien.

Pauline : Complètement ! Tu as quand même l'impression de faire du bon boulot, de ne pas bacler tu vois.

Animatrice : Après c'est vrai que même avec la méthode Montessori, j'ai parfois du mal à répondre aux gens quand ils me disent : « ah vous savez docteur la vieillesse ça ne se guérit pas ! » Je ne sais jamais quoi répondre à ce genre de réflexion.

Pauline : Oui c'est vrai ! Il y a parfois des gens qui sont hyper pessimistes et ça c'est très tempérament dépendant quoi. Après ça ne t'empêche pas, je suis sûre qu'un beau sourire et un peu de positivisme ils sortent de ta consult et ils se sentent quand même un peu mieux. Puis il y a des fois des patients vraiment ils ne font que se plaindre où je me dis : « bon voilà, il faut que je me blinde pour ne pas que ça m'affecte » mais eux ça leur permet de se décharger et que du coup le fait de se décharger, ils sont quand même plus légers en sortant du cabinet. C'est vrai qu'il y a des jours où toi-même tu vas pas bien et d'avoir des gens qui n'arrêtent pas de te dire que vieillir c'est horrible et qu'ils ne te souhaitent pas ça, c'est vrai que des fois c'est hyper déprimant on va pas se mentir !

Animatrice : Je trouve que c'est dur de mettre un peu de positif là-dedans quand même.

Pauline : Oui oui ! Ca dépend des jours ! Ca dépend beaucoup de l'état d'esprit du médecin. Il y a des jours où quand tu n'as pas beaucoup dormi ou que tu n'es pas bien ... tu n'as juste pas envie ! (rires) Mais ça c'est pareil pour tout le monde ça !

Animatrice : Oui ça c'est sûr ! Bon ok merci beaucoup ! J'espère que je t'ai quand même appris deux trois trucs (rires).

Pauline : Oui non c'était cool ! Mais écoute ça a l'air super intéressant ton TFE !

Animatrice : J'espère que je vais bien savoir tourner ça, il n'y a plus qu'à ! Merci beaucoup en tout cas pour cette interview !

Pauline : Avec plaisir ! Bonne continuation et tiens-moi au courant quand ton TFE est fini ! A la prochaine, salut !

Animatrice : pas de souci ! A la prochaine.