

Faculté de santé publique

La perception des soignants de médecine d'urgence à l'égard des personnes âgées :

Une enquête à propos de l'âgisme

Mémoire réalisé par
Thomas Vanaudenhove

Promoteur·rice(s)
Françoise Steenebruggen
Isabelle De Brauer

Année académique 2024-2025
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements :

Je remercie le docteur Françoise Steenebruggen de m'avoir accompagné dans ce long projet. Ses conseils, son expérience et sa disponibilité tout au long de ce mémoire auront été un soutien précieux.

Je remercie sincèrement le docteur Isabelle De Brauwer d'avoir dès le départ été à l'écoute de ce projet, d'avoir manifesté son intérêt et d'avoir partagé ses remarques, conseils et idées tout au long de l'année.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiant-e-s en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Table des matières

Remerciements :	2
Avant-propos	5
Choix du thème	5
Introduction	6
Démographie et défis associés	6
La personne âgée	7
La personne âgée aux urgences	7
Âgisme et concepts :	11
Les causes d'âgisme	13
Les conséquences d'âgisme	14
Échelle francophone et sélection :	17
Fraboni Scale of Ageism – Revised	17
Ambivalent Ageism Scale	19
Question de recherche :	22
Méthodologie :	23
Participants :	24
Collecte des données :	24
Analyse des données	24
Résultats	26
Description de l'échantillon	26
Nuage de mots	27
Estimation institutionnelle	29
Estimation nationale	29
Mesure de l'âgisme	30
Discussion :	33
Score d'âgisme	33
Vision et estimations	36
Limites	38
Recommandations	39
Conclusion et perspectives	41
Bibliographie :	42
Annexe	50

Avant-propos

Choix du thème

Ce mémoire a pris naissance dans une lecture. Par intérêt pour la thématique de la personne âgée et de la médecine d'urgence, je me suis aventuré à lire en avril 2024 un article intitulé « *Experiences of an Emergency Department Visit Among Older Adults and Their Families: Qualitative Findings From : a Mixed-Methods Study* » de Deniz Cetlin-Sahin et al (2019). Il résultait de cette lecture que les personnes âgées ayant consulté les services d'urgence ne voyaient, selon leurs propres opinions, pas leurs besoins essentiels assouvis. Les personnes âgées interrogées rapportaient qu'elles désiraient surtout manger, boire, être accompagnées de leur famille et être informées en continu de l'avancement de leur prise en charge. Ces besoins, assez basiques, plutôt légitimes, se sont assez brutalement confrontés à mes propres idées. J'étais animé par d'autres priorités dans l'exercice de mes fonctions d'infirmier urgentiste : rapidité, efficacité, gestion de flux, anticipation, antalgie, hygiène, traitement... J'ai alors réalisé que je ne demandais pas à ces patients dont je m'occupais quelles étaient leurs priorités. Convaincu d'avoir raison, je pensais déjà les connaître. Les questions introspectives ont suivi : « Suis-je supposé demander ? » ou « Suis-je supposé déjà le savoir ? », et « Si je n'ai pas les mêmes priorités, ai-je pour autant tort ? »

Ensuite, toujours dans le flou, une dernière question est apparue : Quelle autre perception préconçue avons-nous sur les personnes âgées ? Il a fallu que je partage cette question assez spécifique et je me suis tourné vers une personne qui depuis longtemps me sensibilise à la prise en charge des personnes âgées en salle d'urgence. Je suis allé à la rencontre du docteur Steenebruggen à ce sujet. Dès lors, nous avons initié une recherche sur les fausses croyances liées aux personnes âgées et celle-ci nous a menés à entreprendre un travail de fin d'études sur l'âgisme...

Introduction

Démographie et défis associés

En 2050, la proportion de personnes âgées de 60 et plus atteindra 22% dans la population mondiale. En comparaison, elle était de 12% en 2015. (OMS, 2024). Il est attendu que la population des 80 ans et plus triple entre 2020 et 2050, atteignant 426 millions d'individus.

En 2023, environ 1 personne sur 6 de 60 ans et plus a subi de la maltraitance dans les milieux communautaires (OMS, 2024). L'OMS révèle que les taux de maltraitance sur personne âgée dans les maisons de repos et les institutions de soins de longue durée sont hauts. Elle rapporte que 2 membres du personnel sur 3 ont été maltraitant en 2023 (OMS, 2024). De plus, elle affirme que les taux ont augmenté pendant la pandémie du COVID-19. De surcroît, on suppose que les chiffres de la maltraitance soient sous évalués (Gorbien, 2005).

La maltraitance des personnes âgées est définie comme un acte simple ou répété, ou un manque d'action appropriée, se produisant dans une relation où la confiance est attendue, qui cause du mal ou de la détresse à une personne âgée (WHO, 2024). La maltraitance peut être catégorisée selon plusieurs types : physique, psychologique, sexuelle et financière (Gorbien, 2005). En 2005, Gorbien représentait la maltraitance et la négligence comme des problèmes de santé publique auxquels il faut remédier. En même temps que les données démographiques changent, ces problèmes évolueront. Gorbien décrivait même la rencontre des besoins de ces personnes âgées comme étant au centre d'un défi de société.

L'OMS prédit que la maltraitance des personnes âgées va augmenter en raison du vieillissement rapide des populations de nombreux pays. En effet, la population des personnes âgées de 60 ans ou plus aura plus que doublé d'ici à 2050 en atteignant les 2 milliards. (OMS, 2024)

L'Assemblée générale des Nations Unies a déclaré 2021-2030 « the UN Decade of Healthy Ageing ». Elle souhaite notamment que les actions menées dans le cadre de cette collaboration internationale permettent de changer la manière dont nous pensons, ressentons et agissons à l'égard de l'âge et de l'âgisme (Decade of Healthy Ageing, 2022 ; OMS, 2024)

L'OMS a écrit en 2024 que les déclin des capacités physiques et mentales liés au vieillissement ne sont ni linéaires ni réguliers. Ils ne peuvent être que vaguement associés à l'âge d'une personne en années (OMS, 2024). Elle ajoute qu'il n'existe pas de personne âgée type. Schroyen et al. (2014) ajoutent dans la même idée qu'il faut considérer l'âge fonctionnel et non chronologique de l'individu âgé. Nous sommes inégaux face au vieillissement.

L'OMS explique que l'on suppose souvent que les personnes âgées sont fragiles, dépendantes et un poids pour la société. Elle affirme que les professionnels de santé et la société en général doivent s'occuper de ces attitudes âgistes qui peuvent être source de discrimination, affecter les politiques de santé et impacter la santé des personnes âgées (OMS, 2024).

La personne âgée

En Belgique, sur la plateforme fédérale belgiqueenbonnesante.be, le seuil de 65 ans et plus est utilisé pour considérer une personne comme étant « âgée ». En France, l'INSEE (l'Institut national de la statistique et des études économiques) utilise également le seuil des 65 ans. L'OMS utilise alternativement le seuil « des plus âgés que 60 ans » ou « des plus âgés que 65 ans » dans ses statistiques pour décrire l'évolution démographique sans spécifier qu'il s'agit du seuil pour devenir une personne âgée. Sur son site internet, l'OCDE définit la population âgée (« elderly people ») comme la part de la population âgée de 65 ans et plus (OCDE, 2025). Dans nombre d'études et articles sur les personnes âgées (ETGEM, 2023 ; Routasalo et al, 2015 ; Haseler-Ouart et al, 2021 ; Butler, 1969 ; Albert et al, 2017 ; Adam et al, 2017...), le seuil de 65 ans est utilisé pour distinguer les personnes âgées du reste de la population et répondre à des problématiques qui leur sont liées. Les individus sont inégaux face au vieillissement et le seuil auquel on considère quelqu'un comme étant « âgé » dépendra de la source qui le définit.

La personne âgée aux urgences

En parallèle du vieillissement de la population, depuis 2008, le nombre d'admissions annuelles dans les services d'urgences n'a fait qu'augmenter. A l'exception de la période autour de la pandémie de covid-19, la tendance a toujours été à la hausse (AIM-IMA, 2024).

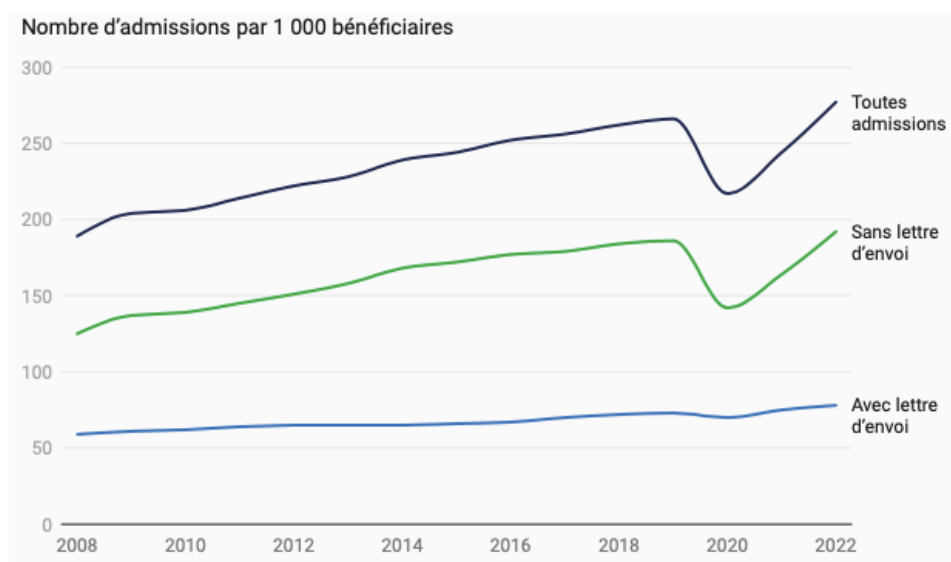


Figure 1 : Atlas AIM-IMA 2024 - Nombre d'admissions d'urgence en Belgique en 2022

Dans cette dynamique haussière, les enfants de moins de 5 ans et les personnes âgées représentent les tranches d'âge avec le plus grand nombre de contact avec les services d'urgences (cfr. Figure 2).

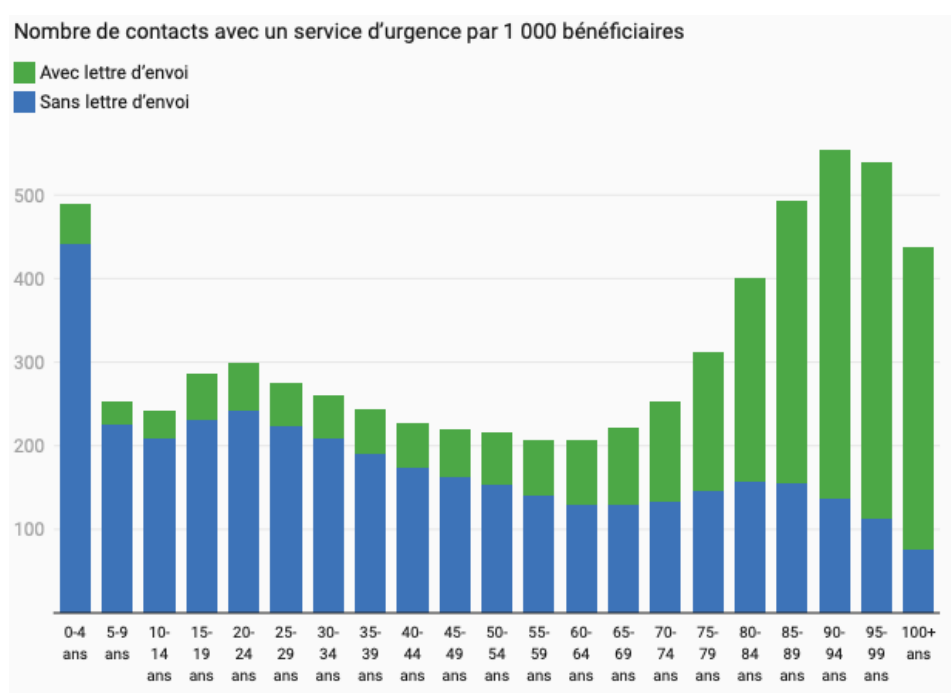


Figure 2 : Atlas AIM-IMA 2024: Recours au service d'urgence par tranche d'âge en Belgique en 2022

En 2022, l'atlas de l'Agence intermutualiste rapporte que 15,78% des personnes âgées de 65 à 69 ans se sont présentées dans un service d'urgences. Ce pourcentage ne cesse de grimper en même temps que l'âge. Pour les 75-79 ans, il est de 21,46%. Plus d'une personne sur cinq. Pour les 85-89 ans, le nombre atteint 33,02%. (AIM-IMA, 2024) Les chiffres de l'AIM décrivent

qu'à partir de 65 ans, le nombre de personnes ayant eu un contact avec un service d'urgences a tendance à augmenter. Ce chiffre dépasse les 40% à partir de 85 ans.

Ainsi, les tendances à être confronté aux urgences augmentent avec l'âge.

Ces résultats montrent qu'avoir des services d'urgence adaptés à la patientèle qu'ils accueillent est un défi important car cette proportion va continuer à croître.

	Toutes admissions d'urgence
65-69 ans	15,78
70-74 ans	17,73
75-79 ans	21,46
80-84 ans	26,99
85-89 ans	33,02
90-94 ans	37,51
95-99 ans	37,35
100 ans et plus	31,99

Figure 3 : Atlas AIM-IMA 2024 : Pourcentage de bénéficiaires admis aux urgences en 2022

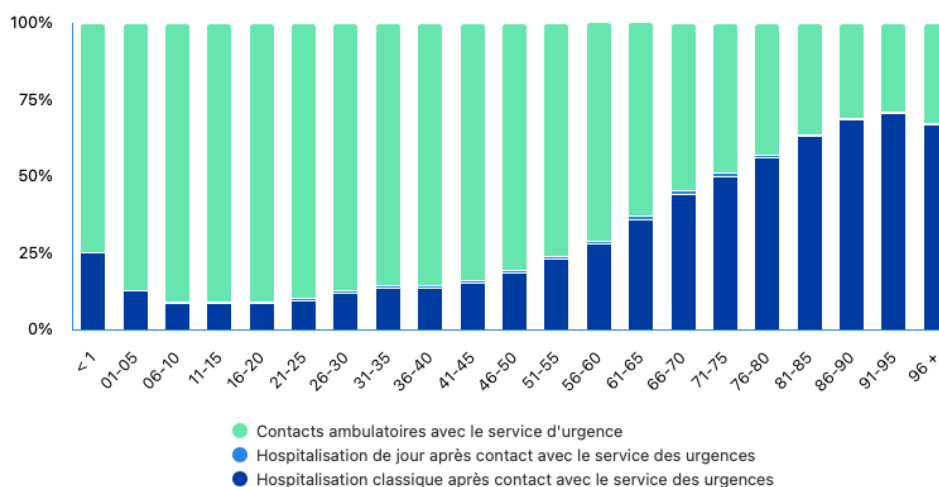


Figure 4 : belgiqueenbonnesanté.be (2023): Pourcentage du type de séjour suite à un passage par les urgences par catégorie d'âge (2021)

La différence d'utilisation des services d'urgence selon l'âge peut être expliquée par plusieurs raisons (Ellis et al, 2014). L'apparition de maladies chroniques telles que le diabète, les maladies cardiovasculaires, la démence, etc., croît en même temps que l'âge. Ces chronicités s'accompagnent de risques tels que l'apparition de comorbidités et la polymédication qui peuvent causer des phases aiguës d'une maladie et amener un patient à se présenter en salle d'urgences. (Ellis et al, 2014)

En plus d'être davantage présentes aux urgences que les personnes plus jeunes, les personnes âgées seront souvent plus malades, elles auront des durées de séjour plus longues, elles seront plus fréquemment hospitalisées (cfr Fig.4) et auront un plus grand taux de réadmission. (De Brauwer et al, 2021 ; Ellis et al, 2014 ; Routasalo et al, 2015 ; Thadei Mwakilasa et al, 2021)

A l'issu d'un passage en salle d'urgences, les personnes âgées, par rapport aux personnes plus jeunes, ont une mortalité plus élevée. Elles vont montrer une dépendance accrue qui nécessitera des aides et supports dans les activités de la vie quotidienne due à des déficits fonctionnels ou cognitifs. (De Brauwer et al, 2021 ; Ellis et al, 2014 ; Routasalo et al, 2015)

Néanmoins, Ellis et al font l'hypothèse qu'il est trop facile d'uniquement attribuer ces mauvais résultats de santé aux comorbidités et l'âge. Ils émettent la possibilité que le système ne soit pas adapté au traitement des personnes âgées. Cette hypothèse est également émise par De Brauwer et al (2021) en regard de leur étude observationnelle conduite dans trois services d'urgence belges en 2021.

De surcroît, Deasey et al. relèvent dans leur étude de 2014 que le personnel infirmier des urgences peut avoir des attitudes moins positives envers les personnes âgées que dans d'autres secteurs (Deasey et al, 2014). Ces attitudes peuvent être attribuées à la croyance du personnel que les urgences sont un lieu inapproprié pour prendre soin de la personne âgée qui présente un problème non-aigu. Des infirmières interrogées dans le cadre de l'étude de Deasey manifestaient leur inquiétude quant au nombre de personnes âgées en salle d'urgence et remettaient en question la légitimité du besoin d'être envoyées vers une salle d'urgence. Les infirmières interrogées présentaient une baisse de motivation lorsque les patients restaient dans des secteurs aigus alors qu'ils n'en avaient pas ou plus besoin. Ces attitudes étaient justifiées par les infirmières comme étant dues à la contrainte de temps et à la charge de travail (Deasey et al, 2014)

Âgisme et concepts :

Stéréotype :

Mythes incontestés ou croyances surestimées associés à une catégorie et qui sont répandus et enracinés dans les contextes verbaux, écrits et visuels dans une société (Diniogi, 2015). Joel Belmin écrit que les stéréotypes sont « un ensemble de croyances ou de représentations largement partagées dans la société concernant un groupe de personnes » (Belmin, 2020)

Discrimination :

La discrimination est le traitement injuste ou préjudiciable de personnes ou groupes basé sur des caractéristiques telles que l'âge, le genre, la race ou l'orientation sexuelle. (American Psychological Association, 2024). « Être discriminé, c'est subir un traitement inégal en raison de sa différence » (Amnesty International, 2025)

Stigmatisation :

Erving Goffman a écrit en 1975 que la stigmatisation était un « processus dynamique d'évaluation qui discrédite significativement un individu aux yeux des autres ». Ce processus s'appuie sur les stigmates visibles ou invisibles attribués aux personnes pour désigner un individu, ou un groupe d'individus vulnérables et différents » (Caria et al, 2015)

Qu'est-ce que l'âgisme ?

En 1968, Butler définissait l'âgisme ou la discrimination liée à l'âge comment le préjudice d'un groupe d'âge envers un autre. (Butler, 1969) De nombreux auteurs renvoient à cette définition et s'appuient dessus pour développer leurs concepts. (Boudjemad, 2009 ; Mikton et al, 2021 ; Schroyen et al., 2014 ; Thomas et al, 2023)

Pour Butler, l'âgisme exprime notre propre peur et malaise face à la vieillesse avec la perspective négative d'une dépendance accrue liée aux maladies et aux invalidités. De ce fait, il écrivait que l'âgisme est une problématique installée sur le long terme. (Butler, 1990)

Schroyen et al. paraphrasent Butler en résumant que c'est l'ensemble des stéréotypes que l'on peut avoir à l'égard de la vieillesse. (Schroyen et al., 2014)

Pour Adam et al, il s'agit de « véhiculer tout type de stéréotypes négatifs sur la personne âgée pouvant dans certains cas aller jusqu'au fait d'avoir des réactions hostiles à leur égard, ou à l'égard de la vieillesse ». (Adam et al., 2017)

L'âgisme englobe tous les groupes d'âge. Il peut être institutionnel, interpersonnel ou dirigé vers soi. Il comprend les stéréotypes, préjugés et discriminations, qu'ils soient d'aspects cognitifs, affectifs ou comportementaux. (Mikton et al, 2021 ; Murray, 2023)

L'âgisme est un important déterminant de la santé. Les déterminants de la santé sont les facteurs non médicaux qui influencent la santé tels que les conditions dans lesquelles les gens sont nés, ont grandi et vécu. Il s'agit aussi des systèmes et de toutes les forces en présence qui forment les conditions de la vie quotidienne. (Mikton et al, 2021)

L'âgisme est aussi défini comme « toutes les formes de discrimination envers toute personne du fait de son âge ». (Gendron et al., 2016 ; Thomas et al, 2023). Thomas et al écrivent que l'âgisme s'appuie sur l'hypothèse que les personnes âgées sont vulnérables du fait de leur âge et que la malveillance à leur égard est aisée. Ils ajoutent comme Adam et al (2017) que l'âgisme renvoie « aux stéréotypes échangés dans la société sur les aînés ainsi que toute forme de discrimination et de stigmatisation des personnes en raison de leur âge chronologique ». Notons que nous retrouvons dans ce mot « chronologique » la nuance d'âge en années présentée par l'OMS en 2024 sur la définition du vieillissement.

Ils ajoutent que l'âgisme n'est pas l'apanage de la personne jeune envers la personne âgée. Il peut se manifester d'une personne âgée vers une plus jeune ou encore d'une personne âgée vers une personne plus âgée qu'elle. L'âgisme est avant tout un rapport à autrui et une difficulté à la différence. (Thomas et al, 2023)

L'âgisme peut également passer inaperçu pour l'émetteur ou l'individu receveur tant il est installé dans la société. La personne qui est responsable d'une attitude ou communication âgiste peut ne pas avoir conscience de ce qu'elle transmet. Aussi, la personne âgée peut ne pas réaliser qu'elle est la cible de comportements ou discours âgistes (Dionigi, 2015 ; Gendron et al, 2016 ; Thomas et al, 2016). Par conséquent, l'âgisme peut être intentionnel ou non. (Gendron et al, 2016)

Dans nos sociétés occidentales modernes, l'âgisme fait partie des trois grands préjugés en « isme ». Il complète un trio composé du racisme et du sexisme. (Boudjemad, 2009). L'âgisme serait même la première des discriminations devant celles liées au sexe, à l'ethnie ou à la religion (Adam et al, 2017 ; Schroyen et al, 2016). Boudjemad précise comment l'âgisme est différent des deux autres ismes :

Tout individu, s'il vit assez longtemps, aura à un moment de sa vie acquis le statut de « vieux ». Ainsi, tout le monde pourra être victime d'âgisme. La catégorisation de « vieux » est évolutive et dépend des caractéristiques individuelles à un moment donné. En comparaison, les caractéristiques liées au sexisme ou au racisme sont constantes et statiques. Aussi, le caractère relativement nouveau de l'âgisme explique qu'il soit encore peu connu et compris. Cela illustre également pourquoi il peut passer inaperçu et être considéré moins négativement ou moins prioritairement dans la société (Boudjemad, 2009)

Les causes d'âgisme

Ng et al. (2015) émettent l'hypothèse que l'évolution négative des stéréotypes liés à l'âge dans la société viendrait entre-autres de deux facteurs.

Premièrement, une augmentation de la tendance à médicaliser les personnes âgées qui les associent à des idées de santé physique et de maladie. Le remplacement des maladies aiguës par les maladies chroniques comme première source de mortalité et morbidité illustre ce propos. Secondement, l'accroissement de la proportion des personnes âgées de plus de 65 ans pourrait alimenter l'idée de personnes inactives consommant les ressources produites par les personnes plus jeunes. (Ng et al, 2015)

Schroyen et al (2016) écrivent que l'âgisme présent chez les professionnels de santé est le reflet d'une attitude sociétale plus générale. La société, dans ses règles et structures, véhicule aujourd'hui cette vision et déteint sur ses soignants.

Aussi, ils ajoutent que l'exposition permanente à des personnes âgées vulnérables dans le cadre de leur métier vient à les rendre plus perméables aux stéréotypes âgistes et à les faire associer le vieillissement à la maladie.

Des facteurs individuels liés aux professionnels de santé, tels que le système religieux ou culturel du soignant, son environnement social ou ses valeurs personnelles, vont avoir une

influence sur les attitudes négatives ou non qu'ils ont envers les patients âgées (Deasey et al, 2014). Il y a une différence entre les visions issues de stéréotypes sociétaux et celles issues des expériences individuelles.

Belmin écrit que des facteurs tels le manque de compréhension des personnes âgées, le manque de relations avec elles, ainsi que la crainte du vieillissement alimentent l'âgisme (Belmin, 2020)

Les conséquences d'âgisme

En 2016, Schroyen et al. écrivaient sur l'âgisme que la vision négative que les gens ont du vieillissement va avoir un impact sur leur propre santé en vieillissant. Par exemple, ces individus vont présenter davantage de troubles de la mémoire (Levy et al, 2011), avoir une espérance de vie plus courte, contracter plus d'affections cardiovasculaires et s'adonner à moins d'actions liées à l'hygiène de vie et la prévention (Schroyen et al, 2016). Schroyen et al. relatent également que l'utilisation de stéréotypes négatifs sur les personnes âgées peut causer des effets tels que de la diminution des performances à des tests cognitifs, du sentiment d'efficacité et de la volonté de vivre. Aussi, cela majore l'apparition de comportements de dépendance.

Schroyen et al. écrivent que l'âgisme a un impact sur le comportement que les gens ont vis-à-vis des personnes âgées. Ce comportement peut être ambivalent et se traduire dans des attitudes négatives (« âgisme hostile ») comme positives (aussi appelé « âgisme bienveillant »). Gendron et al. (2016) parlent de remarques âgistes « bien intentionnées ». D'hondt et al. rapportent que cette bienveillance se construit dans une attitude paternaliste. Celle-ci repose sur la vision d'une personne âgée devenue incompétente et fragile dont on prend pitié. (D'hondt et al, 2023) Cette notion de stéréotypes négatifs et positifs est également abordée par de nombreux autres auteurs (Thomas et Hazif-Thomas, 2023 ; Dionigi, 2015 ; Boudjemad, 2009)

Un exemple de comportement positif est observable dans les attitudes de surprotection telles que le « parler petit vieux » ou « elderspeak ». Ce genre d'attitudes de communication peut avoir des conséquences négatives d'un point de vue psychologique (diminution d'estime de soi et sentiment d'impuissance) et verbal (Schroyen et al. citent l'étude de Ryan et Butler de 1996). Par exemple, en 2016, Schroyen et al. reprennent l'étude de Mandelblatt et al. 2003 pour rapporter que lorsque les soignants faisaient usage du elderspeak, les patientes âgées souffrant

de cancer du sein relataient avoir vécu davantage de douleurs physiques, une moins bonne santé mentale et en général une moindre satisfaction des soins.

Encore, l'excès d'aide de la personne âgée peut se montrer délétère. Vouloir systématiquement assister ou remplacer la personne âgée dans ses tâches peut contribuer à faire diminuer ses performances, à ce qu'elle perde la confiance en sa capacité à réaliser lesdites tâches et majorer sa perception de la difficulté de celles-ci. (Schroyen et al, 2016)

Dans l'étude qualitative publiée par De Brauwer et al. (2021), les interviews réalisées aux urgences rapportent qu'une vision d'emblée négative de la personne âgée peut survenir auprès des professionnels de santé. Dans ces cas, la personne âgée, victime de stéréotypes liés à l'âge, peut être perçue comme un fardeau, un « lit bloqué » ou comme « non-capable ». Par exemple, De Brauwer et al. 2021 et Thomas et al 2023 écrivent que ce stéréotype sur la capacité amène des personnes âgées à être ignorées dans les décisions importantes concernant leur propre santé.

Ce sentiment de fardeau peut être illustré dans la surestimation que les soignants font de la proportion des personnes âgées se présentant aux urgences par rapport au reste de la population (De Brauwer et al., 2021).

Dans leur étude qualitative menée auprès de médecins urgentistes et intensivistes en France à propos des décisions autour des prises en charge de fin de vie des personnes âgées, Fassier et al. (2016) rapportent l'utilisation de l'âge physiologique plutôt que chronologique. Cet âge physiologique était alors une représentation du patient et celle-ci pouvait se trouver altérée ou préservée. Dans les interviews conduites pour cette étude, l'âge physiologique avait par exemple été décrit par des médecins comme relevant du degré de polypathologie, de l'autonomie ou de la qualité de vie. (Fassier et al, 2016) Cet âge physiologique n'était pas le résultat d'évaluations reposant sur des mesures validées.

La représentation que les médecins avaient des personnes âgées et de leur âge physiologique était composée de stéréotypes positifs et négatifs liés à l'âge. Cette représentation venait de l'expérience professionnelle et personnelle (notamment familiale) des médecins et exerçait une influence sur les décisions prises concernant leurs patients en fin de vie. (Fassier et al, 2016) Les stéréotypes négatifs tendaient à déclencher des décisions de fin de vie rapides et pourraient expliquer pourquoi certains médecins sous-utilisent parfois les guidelines evidence-based et

retardent ou refusent l'admission aux soins intensifs. Au contraire, les stéréotypes positifs pouvaient favoriser des admissions aux soins intensifs et pourraient expliquer pourquoi des médecins imposent des soins disproportionnés en regard des préférences émises par le patient en fin de vie. (Fassier et al, 2016)

La définition de l'âgisme que nous utiliserons dans ce mémoire est celle de l'OMS : « L'âgisme regroupe les stéréotypes (la façon d'envisager l'âge), les préjugés (ce qu'inspire l'âge) et la discrimination (la façon de se comporter), dont on est soi-même victime ou dont autrui est victime en raison de l'âge » (OMS, 2021). D'hondt et al (2023) renvoient à la même définition de l'âgisme. Étant donné que notre étude sera en partie développée sur base de leurs travaux, nous faisons le choix de nous référer à ce même socle théorique.

Échelle francophone et sélection : Fraboni Scale of Ageism – Revised

En 2009, Boudjemad et al. ont adapté en français l'échelle de l'âgisme de Fraboni (FSA-14) de 1990. Ils l'ont baptisée FSA-R signifiant Fraboni Scale of Ageism Revised. Cette échelle comporte 14 items et l'adaptation a été validée en mettant en avant ses « qualités psychométriques », « sa très satisfaisante stabilité temporelle » et « sa très bonne cohérence interne » (Boudjemad et al, 2009). Dans l'étude de Boudjemad, il est écrit que la FSA se démarque des autres échelles de mesure car elle se soucie de la teneur affective de l'âgisme. Les autres mesures privilégient la composante cognitive (Boudjemad et al, 2009)

D'hondt et al (2023) ont qualifié la FSA d'utile pour analyser l'âgisme hostile.

En 2016, Schroyen et al. ont mené une mesure de l'âgisme sur un échantillon d'infirmières dans une unité d'oncologie. Ils ont utilisé la version française de l'échelle FSA-R. Les résultats chiffrés ne sont pas métriquement comparables avec les résultats mesurés dans le cadre de ce mémoire mais il ressort des tendances intéressantes.

Dans l'étude, ils ont observé une corrélation entre l'âge des infirmières et la valeur moyenne des mots qu'elles ont répondus. En effet, les infirmières les plus âgées produisaient des mots plus positifs. Néanmoins, il n'y avait pas de corrélation avec les années d'expérience professionnelle.

Dans l'étude de Schroyen et al, la mesure moyenne de l'âgisme chez les infirmières en oncologie (27,83) était inférieure aux résultats de Boudjemad and Gana (2009) sur un échantillon de population générale constituée à 52% d'étudiants (moyenne d'âge 30,35 ans) et dont la mesure moyenne d'âgisme était de 31,06.

Schroyen et al. (2016), écrivent qu'il serait intéressant de comparer les résultats du service d'oncologie avec des infirmières d'autres unités. En effet, ils expliquent qu'en oncologie la confrontation quotidienne des infirmières à leur propre mortalité pourrait être source d'âgisme (Terror Management Theory)

Dans une étude menée par Marquet et al. (2022), ils ont émis l'hypothèse que des étudiants québécois auraient des attitudes davantage positives que des étudiants belges envers les

personnes âgées car le Québec a investi dans des initiatives « age-friendly » visant les personnes âgées.

Ils ont demandé à des étudiants en psychologie des universités de Liège et Montréal de citer les 5 mots auxquels ils pensaient à l'évocation d'une personne âgée ou d'une personne jeune. Les résultats ont montré qu'une grande partie des mots énoncés en lien avec les personnes âgées avait une connotation négative (46% à Liège et 48% à Montréal). En comparaison, les mots choisis pour décrire les jeunes n'avaient de connotation négative qu'à respectivement 8% et 2%. Ils ont également réalisé une mesure en utilisant la FSA-R qui a montré que les québécois présentaient moins de stéréotypes et de sentiments négatifs envers les personnes âgées que les étudiants belges.

Adam et al. (2017) affirment que les soignants sont plus vulnérables aux stéréotypes âgistes car ils sont plus exposés aux personnes âgées en souffrance. Ils ont réalisé le même exercice des 5 mots auprès d'infirmières dans un service d'oncologie de Liège. 74% des mots récoltés étaient à connotation négative. Un pourcentage bien supérieur aux réponses des étudiants en psychologie.

Ambivalent Ageism Scale

En 2023, D'hondt et al. ont entrepris de traduire l'Ambivalent Ageism Scale (AAS) de Cary en français. Ils ont voulu adapter cette mesure car c'est la première à tenir compte de l'âgisme bienveillant.

L'AAS utilise treize items eux-mêmes divisés en deux sous-dimensions : l'âgisme bienveillant (neuf items) et l'âgisme hostile (quatre items). Chaque item est associé à une échelle de Likert en sept points. (D'hondt et al, 2023)

D'hondt et al écrivent que l'AAS permet de comparer ces deux formes d'âgisme et de les mettre en évidence « pour mieux identifier les fausses croyances et mieux comprendre la nature de l'âgisme ».

L'AAS a été validée par l'étude de Cary où ont été montrées une bonne cohérence interne, une bonne validité de construit et une bonne stabilité temporelle. (D'hondt et al, 2023)

Les treize items sont chacun composés d'une affirmation âgiste. L'échelle a pour but d'évaluer le degré d'accord des répondants avec chacune de ces affirmations. Cette évaluation est réalisée en utilisant une échelle ordinale de type Likert allant de « Pas du tout d'accord » à « Tout à fait d'accord ».

À l'origine, l'échelle de Likert comprenait sept éléments. La décision a été prise, lors du processus de traduction, de diminuer le nombre de choix à six. Cette modification a été motivée par la volonté de supprimer la réponse neutre et d'éviter un effet d'effort cognitif et un biais de désirabilité sociale. (D'hondt et al, 2023)

D'abord, D'hondt et al. expliquent ces deux notions. Pour la théorie de l'effort cognitif, il est possible que les participants manquent d'intérêt et/ou de motivation. Alors, ils choisissent une réponse neutre par facilité. Ainsi, ils ne doivent pas intégrer l'affirmation, se remémorer ou interpréter des informations pertinentes, et ainsi exprimer une opinion.

Ensuite, quand la problématique amène à poser des questions jugées « sensibles et controversées », un biais de désirabilité sociale peut survenir. La volonté de donner la «bonne» réponse ou la réponse acceptée socialement peut mettre les répondants sous pression.

Grâce au retrait de la réponse neutre et à la diffusion du questionnaire en privé, les participants sont invités à se positionner. Le score du questionnaire peut varier entre un minimum de 13 et

un maximum de 78. Score et âgisme évoluent dans le même sens. Plus le score total est élevé, plus le niveau d'âgisme est élevé. (D'hondt et al, 2023)

L'analyse réalisée lors de l'étude de D'hondt et al (2023) a mis en évidence une structure dimensionnelle en quatre facteurs. Ces facteurs sont la surprotection, l'infantilisation, le contrôle et l'hostilité. Dans le but d'améliorer la dimensionnalité, le facteur « hostilité » a été supprimé à l'issue de l'étude car il ne comprenait qu'un seul item. Dans la version française, il ne reste dès lors que 12 items avec un score d'âgisme pouvant s'étendre de 12 à 72.

Les trois facteurs restants renvoient à des comportements paternalistes envers les personnes âgées. La version française de l'AAS a ainsi été nommée la Mesure de l'Âgisme Paternaliste (MAP)

Dans son processus de traduction, la corrélation entre les résultats de l'AAS et de la FSA a été étudiée. Les résultats de l'AAS étaient corrélés à ceux de la FSA. La sous-échelle hostile de l'AAS étaient davantage corrélée à la FSA que la sous-échelle bienveillante. D'hondt et al. ont préféré l'AAS à la FSA pour son aspect plus nuancé et plus complet

En conclusion de leur étude, D'hondt et al. énoncent que la MAP devrait être testée sur d'autres populations et dans d'autres contextes pour continuer à évaluer sa validité et sa fidélité. La prochaine étape de ce mémoire consistera à analyser les résultats de la version française de l'AAS (en 13 items) réalisée dans le service des urgences des Cliniques Universitaires Saint-Luc (CUSL) à Bruxelles en Belgique et à les comparer aux résultats obtenus dans le processus de traduction de l'AAS par D'hondt et al. (2023) avec des étudiants du master en Sciences de la Santé Publique de la faculté de santé publique de l'UCLouvain.

Dans l'étude de D'hondt et al (2023) adaptant l'AAS pour mesurer l'âgisme, un échantillon de 111 étudiants de l'UCLouvain a répondu volontairement au questionnaire. L'échantillon était composé de 83,8% de femmes. L'âge moyen était de 31,47 ans avec un minimum de 21 ans et un maximum de 57 ans. 67,6% des étudiants avaient un diplôme en soins infirmiers ou 18% dans le secteur paramédical. (D'hondt et al, 2023)

Les réponses analysées ont montré que la majorité des items avaient une moyenne en dessous de trois. Cela signifie que les réponses se situaient surtout entre « Pas du tout d'accord » et « Pas vraiment d'accord ». Le choix des réponses a été divisé en 2 catégories. D'une part, les choix allant d'un à trois sur l'échelle de Likert sont les réponses dites négatives, et d'autre part

les choix quatre à six sont les réponses dites positives. L'analyse des items a montré que les items 4, 7, 8 et 9 obtenaient les scores positifs les plus élevés. (4) *C'est bien de s'adresser lentement aux personnes âgées car elles peuvent prendre plus de temps à comprendre.* 7) *Il est utile de répéter les choses aux personnes âgées car elles comprennent rarement dès la première fois.* 8) *Même si elles ne demandent pas d'aide, les personnes âgées devraient toujours s'en voir offrir.* 9) *Même si elles ne demandent pas d'aide, les personnes âgées doivent être aidées avec leurs tâches quotidiennes, telles que le ménage, les courses, la cuisine, etc.)* Cela implique qu'une plus grande partie des étudiants manifestaient leur accord face à ces affirmations. Les items 4 et 7 relatent des attitudes de « babytalk » ou « elderspeak » et les items 8 et 9 renvoient à des comportements de surprotection. (D'hondt et al, 2023). Ces résultats mettent en avant la présence d'une forme d'âgisme bienveillant dans les réponses des étudiants ayant participé à l'étude.

Pour ce travail, nous avons choisi d'utiliser la version française de l'AAS traduite et adaptée par D'hondt et al (2023). Cette échelle, récente et validée, met en lumière l'âgisme bienveillant aux côtés de l'âgisme hostile et semble plus adaptée pour détecter et mesurer la multidimensionnalité de l'âgisme chez les professionnels de la santé.

Question de recherche :

Ce mémoire et le questionnaire diffusé lors de sa réalisation vont mener plusieurs objectifs.

Nous émettons l'hypothèse que les infirmiers et médecins des urgences des Cliniques Universitaires Saint-Luc adoptent des comportements et attitudes âgistes envers les personnes âgées dont ils prennent soin.

D'abord, nous proposerons de confirmer la présence ou non d'âgisme dans le service des urgences des Cliniques Universitaires Saint-Luc. L'analyse des résultats devrait permettre d'observer la multidimensionnalité de l'âgisme et de regarder si des tendances similaires aux études réalisées antérieurement (Marquet et al, 2022 ; D'hondt et al, 2023 ; Schroyen et al, 2016 ; Boudjemad et al, 2009 ; Adam et al, 2017) sont mises en lumière.

Ensuite, nous entreprendrons de proposer et réfléchir, sur base de la littérature scientifique, aux causes de ces tendances, ressemblances et différences.

Enfin, nous proposerons des pistes d'amélioration, issues de la littérature scientifique, pour lutter contre l'âgisme et réduire son importance et ses effets au sein du service des urgences

Ainsi, la question de recherche à laquelle ce mémoire s'efforcera de répondre est : « *Quelle est la perception des soignants de médecine d'urgences à l'égard des personnes âgées ? Une enquête par questionnaire à propos de l'âgisme et utilisation de la version française de l'AAS de D'hondt et al (2023) ».*

Méthodologie :

Cette étude observationnelle monocentrique a été menée entre octobre et décembre 2024 au sein du service des urgences (SU) des Cliniques Universitaires Saint-Luc (CUSL). Un questionnaire concernant la perception des patients âgés de 65 ans et plus a été élaboré en collaboration avec des membres du SU ainsi qu'une gériatre des cliniques affiliés à l'Université Catholique de Louvain (UCL). L'intelligibilité des questions a ensuite été évaluée par des membres du personnel du SU afin d'en améliorer la clarté et la pertinence. Le questionnaire était subdivisé en plusieurs sections.

La première section était relative à quelques données socio-démographiques concernant le participant tel que son sexe, son âge, son niveau d'étude et la présence ou non d'une éventuelle formation spécifique à l'accompagnement des personnes âgées.

Dans la seconde section, il a été demandé au participant de citer les 5 premiers mots qui lui viennent à l'esprit lorsqu'il pense à une personne âgée et lorsqu'il pense à une personne jeune. Avec l'ensemble des mots récoltés pour chaque groupe d'âge, un générateur de nuage de mots (Lang et Chien, 2018) a été utilisé afin de donner une forme graphique aux mots ou expressions les plus fréquemment utilisés. A noter que la taille des mots est déterminée par sa fréquence : au plus le mot est fréquemment cité, au plus il est grand. Un lexique francophone (Abdaoui et al, 2016) élargi des émotions a, par la suite, été utilisé sur ces mêmes mots récoltés afin d'obtenir une polarité et une émotion de base.

Par après, dans la 3ème et 4ème section il a respectivement été demandé au participant d'estimer quelques données institutionnelles telles que l'estimation du pourcentage de patients de 65 ou plus qui étaient admis au SU ainsi que des données nationales. Dans cette section du questionnaire, les infirmiers et médecins exerçant au sein du SU ont répondu à des questions telles que « Selon vous, en Belgique, quel est le pourcentage de personnes de 65 ans et plus qui :

- Vivent en Belgique actuellement ?
- Vivent en maison de repos ou en maison de repos et de soins ?
- Présentent au moins 2 maladies chroniques ?
- Présentent des troubles dépressifs ?
- Ont chuté dans les 12 derniers mois ?
- Présentent des troubles auditifs ? »

Ces dernières ont, par la suite, été confrontées aux données institutionnelles et issues d'enquêtes et / ou d'études scientifiques.

Enfin, dans la dernière section, une mesure de l'âgisme basée sur la traduction française et validée de l'« Ambivalent Ageism Scale » (Carry et al, 2017) proposée par D'hondt & al (2023) a été proposée. Dans notre étude, le 13^{ème} item correspondant à la dimension d'hostilité était présent dans le questionnaire proposé aux participants mais il n'a, par la suite, pas été utilisé dans la réalisation du score sur l'âgisme tout comme dans le travail de D'hondt & al. (2023)

Participants :

Dans notre étude, la population ciblée était les infirmiers ainsi que les médecins, qu'ils soient en formation ou non, du SU des CUSL. La participation était volontaire et anonyme.

Collecte des données :

Durant la période de l'étude, le questionnaire, sous forme d'un formulaire Google en ligne, a été distribué par plusieurs voies de communication afin de maximiser la visibilité du questionnaire. Premièrement, le secrétariat des urgences a diffusé le questionnaire à l'ensemble des infirmiers et médecins du service qu'ils soient en formation ou non. Deuxièmement, un QR code a régulièrement été proposé aux membres du personnels cibles par les investigateurs lors de leur présence sur le terrain. Il y a eu plusieurs vagues de relance afin de collecter un maximum de réponses. Les données ont été collectées dans un tableur Microsoft Excel (version 2306, Microsoft Corp., Redmond, WA, USA).

Analyse des données

Les analyses de données ont été effectuées à l'aide du logiciel R (R Core Team, 2023). Les résultats sont présentés sous forme de moyenne $\pm$ écart-type ou de médiane avec un intervalle interquartile de 25 à 75.

Dans un premier temps, des analyses statistiques descriptives ont été utilisées pour présenter les caractéristiques générales de l'échantillon de la population étudiée. Ensuite, afin d'analyser les mots qui viennent à l'esprit des soignants lorsqu'ils entendent parler de personnes âgées et de personnes jeunes, le package wordcloud2 (Lang et Chien, 2018) a été utilisé. Grâce à ce programme, les mots les plus fréquents de la langue française qui ne sont pas porteurs de sens (un, le, et, etc.) ont été exclus des données avant de créer un nuage de mots.

Ce processus a permis d'obtenir une représentation visuelle de mots utilisés par les soignants dont la taille est proportionnelle à la fréquence de ce mot dans un texte donné.

Le French Expanded Emotion Lexicon (FEEL) (Abdaoui et al, 2016) a, quant à lui, permis d'obtenir un score de sentiment en apportant une polarité et une émotion de base pour ces mêmes mots qui ont été utilisés par les soignants. Des tests de Mann-Whitney ont été utilisés pour comparer les données.

Résultats

Description de l'échantillon

En 2024, 71 infirmiers travaillaient dans le service des urgences des CUSL.

A la même période, le service des urgences comptait 15 médecins spécialistes, 70 MACCS et en moyenne 10 stagiaires.

Durant la période de l'étude, 75 infirmiers ou médecins du service des urgences des CUSL ont répondu volontairement à l'étude, sur 171 membres du personnel recensés. Le tableau 1 représente les caractéristiques principales de l'échantillon étudié.

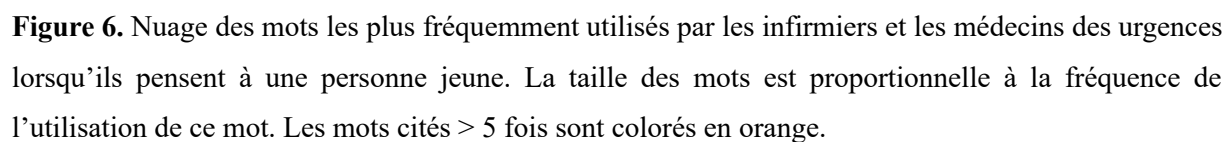
Tableau 1. Caractéristique de l'échantillon de la population étudiée

Caractéristiques	Échantillon N = 75 (%)
Sexe	
Homme	31 (41)
Femme	44 (59)
Age	
20-29 ans	43 (57)
30-39 ans	21 (28)
40-49 ans	8 (11)
50-59 ans	3 (4)
Formation	
Infirmier	38 (51)
Médecin	37 (49)
Niveau de formation	
Infirmier en formation	3 (4)
Infirmier général	3 (4)
Infirmier SIAMU	31 (41)
Stagiaire médecin	9 (12)
MACCS en 1 ^{ère} ou 2 ^{ème} ou 3 ^{ème} année de formation	12 (16)
MACCS en 4 ^{ème} ou 5 ^{ème} ou 6 ^{ème} année de formation	8 (11)
Médecin spécialiste	9 (12)

SIAMU = soins intensifs et aide médicale urgente ; MACCS = médecins assistants cliniciens candidats spécialistes

Lorsque nous demandons aux participants s'ils ont suivi une formation spécifique à l'accompagnement des personnes âgées, la majorité (68/75) a répondu par la négative. Parmi ceux ayant répondu oui à cette question (n = 7), 3 personnes font référence à leur cours de gériatrie reçu durant leur cursus de base et 4 personnes ont suivi une formation spécifique ex cathedra.

Sentiment des soignants envers les personnes âgées obtenus à partir des émotions dégagées par les mots utilisés par les infirmiers et médecins des urgences. Le score moyen de sentiment par observation est présenté sous forme d'une boîte à moustaches avec la médiane (ligne noire), l'intervalle de 25% à 75% des observations (boîte) et l'étendue des données (barre en « T »).



28

Estimation institutionnelle

Les infirmiers et médecins du service des urgences (SU) des Cliniques Universitaires Saint-Luc (CUSL) estiment à 43% le pourcentage de patients de 65 ans ou plus hospitalisés, tous services confondus, au sein des CUSL. En réalité, ils ont été, en moyenne sur l'année 2024, à 35% à séjourner au sein des cliniques.

En ce qui concerne la prise en charge des personnes âgées au sein du SU, une question demandait aux participants d'estimer le pourcentage de leurs patients âgés de 65 ans ou plus admis dans leur service. L'estimation moyenne pour l'échantillon étudié était de 44% (**fig 7**). Une question ultérieure demandait à ces mêmes participants d'indiquer le pourcentage de patients de la même tranche d'âge qu'ils préféreraient prendre en charge. Le pourcentage moyen préféré était de 38%. Le pourcentage réel de patients âgés de 65 ans et plus, basé sur les dossiers d'admission du SU des CUSL sur l'année 2024 s'élevait, quant à lui, à 21%.

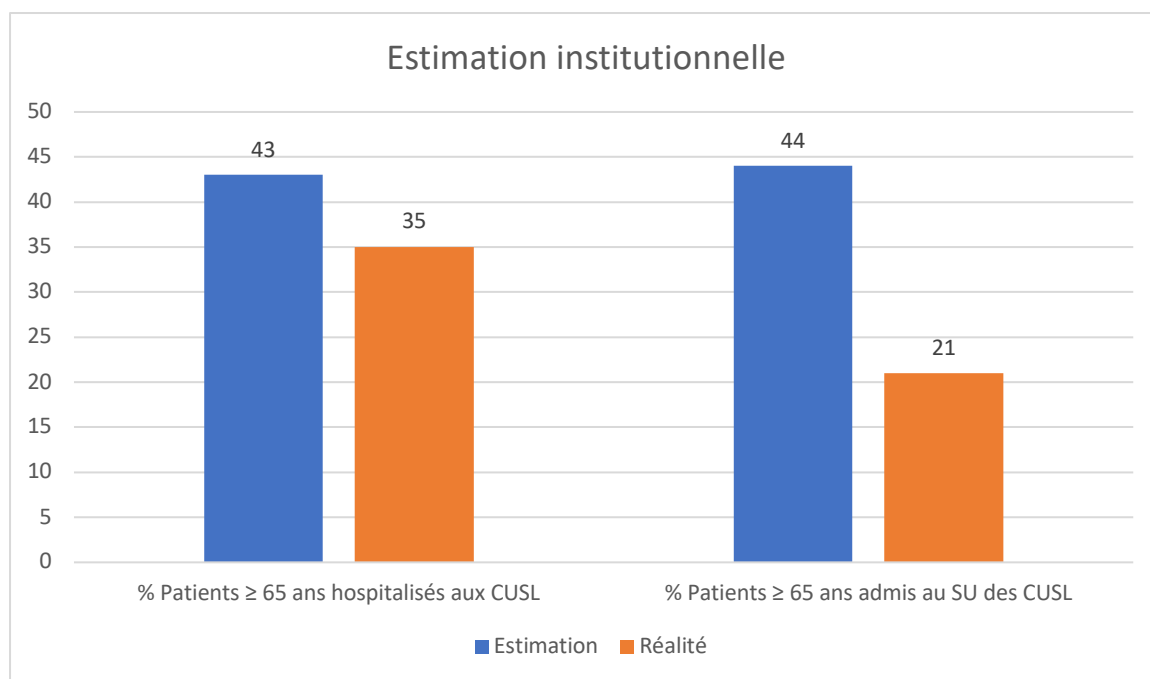


Figure 7 : Estimation du pourcentage de personnes âgées de 65 ans ou plus hospitalisée au sein des CUSL ainsi que du pourcentage de personnes âgées de 65 ans ou plus admises au SU des CUSL versus la réalité

Estimation nationale

En confrontant les estimations des soignants aux faits, nous pouvons mettre en évidence que les soignants surestiment certains paramètres concernant la personne âgée tels que le pourcentage réel de la population actuelle ayant 65 ans ou plus, le nombre d'institutionnalisation parmi cette tranche d'âge, le nombre de chute sur l'année écoulée, le

nombre de personnes souffrant d'Alzheimer ainsi que ceux souffrant de troubles dépressifs. En revanche, les soignants interrogés sous-estiment le nombre de comorbidités atteignant leurs aînés alors qu'ils estiment, à peu près correctement, le pourcentage de troubles auditifs. (fig 8)

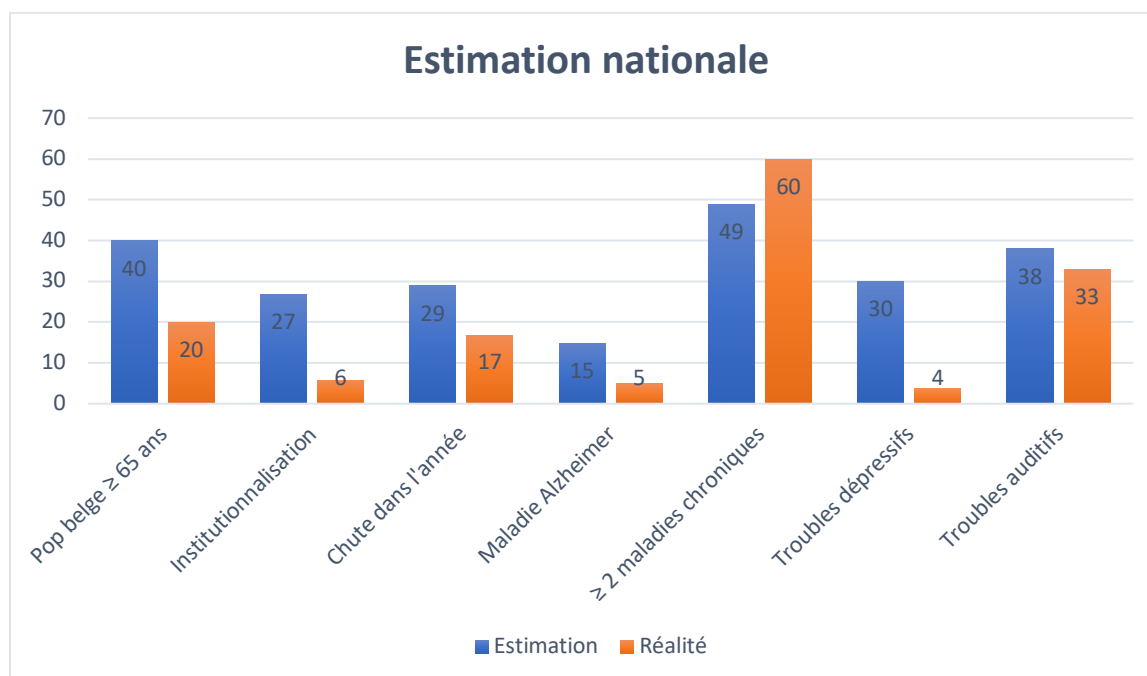


Figure 8 : Estimation du pourcentage de personnes âgées de 65 ans ou plus vivantes en Belgique, qui sont institutionnalisées, qui ont chuté dans les 12 derniers mois écoulés, qui sont atteintes de la maladie d'Alzheimer, qui ont minimum 2 comorbidités, qui souffrent de dépression et qui ont des problèmes auditifs : avis des infirmiers et médecins urgentistes confrontés à la réalité.

Mesure de l'âgisme

Le score d'âgisme médian, normalisé entre 0 et 100, obtenu pour l'échantillon étudié est de 32 {22 ; 42}. En comparant en 2 sous-groupes les réponses des infirmiers et des médecins qu'ils soient en formation ou non, nous obtenons respectivement un score d'âgisme médian de 28 {20 ; 40} et de 33 {24 ; 46}. L'analyse par item a permis d'identifier que la majorité des items ont une moyenne située entre 2 et 3, indiquant une réponse qui varie entre « pas vraiment d'accord » à « plutôt d'accord ». Si on scinde les choix des réponses en 2 catégories distinctes avec, d'un côté, les réponses dites négatives (les choix allant de 1 à 3 sur l'échelle de Likert) et, de l'autre côté, celles dites positives (les choix allant de 4 à 6 sur l'échelle de Likert), on remarque que les items 4 « *C'est bien de s'adresser lentement aux personnes âgées car elles peuvent prendre plus de temps à comprendre* », 7 « *Il est utile de répéter les choses aux*

personnes âgées car elles comprennent rarement dès la première fois », 8 « Même si elles ne demandent pas d'aide, les personnes âgées devraient toujours s'en voir offrir » et 9 « Même si elles ne demandent pas d'aide, les personnes âgées doivent être aidées avec leurs tâches quotidiennes, telles que le ménage, les courses, la cuisine, etc. » ont les proportions d'accord les plus élevés (Tableau 2).

Score n (%)							
Item	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Pas vraiment d'accord	Plutôt d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	
Item 1	20 (26,7%)	27 (36%)	19 (25,3%)	7 (9,3%)	2 (2,7%)	0 (0%)	2,25 (1,04)
Item 2	30 (40%)	30 (40%)	10 (13,3%)	2 (2,7%)	3 (4%)	0 (0%)	1,91 (1)
Item 3	28 (37,3%)	24 (32%)	21 (28%)	1 (1,3%)	1 (1,3%)	0 (0%)	1,97 (0,91)
Item 4	9 (12%)	16 (21,3%)	20 (26,7%)	13 (17,3%)	12 (16%)	5 (6,7%)	3,24 (1,44)
Item 5	23 (30,7%)	30 (40%)	16 (21,3%)	3 (4%)	2 (2,7%)	1 (1,3%)	2,12 (1,06)
Item 6	24 (32%)	25 (33,3%)	19 (25,3%)	3 (4%)	4 (5,3%)	0 (0%)	2,17 (1,1)
Item 7	10 (13,3%)	14 (18,7%)	21 (28%)	20 (26,7%)	5 (6,7%)	5 (6,7%)	3,15 (1,36)
Item 8	6 (8%)	11 (14,7%)	19 (25,3%)	17 (22,7%)	15 (20%)	7 (9,3%)	3,6 (1,4)
Item 9	5 (6,7%)	25 (33,3%)	19 (25,3%)	18 (24%)	7 (9,3%)	1 (1,3%)	3 (1,16)
Item 10	1 (1,3%)	22 (29,3%)	36 (48%)	13 (17,3%)	2 (2,7%)	1 (1,3%)	2,95 (0,87)
Item 11	15 (20%)	25 (33,3%)	28 (37,3%)	4 (5,3%)	2 (2,7%)	1 (1,3%)	2,41 (1,04)
Item 12	10 (13,3%)	30 (40%)	30 (40%)	4 (5,3%)	1 (1,3%)	0 (0%)	2,41 (0,84)
Item 13	18 (24%)	20 (26,7%)	22 (29,3%)	12 (16%)	2 (2,7%)	1 (1,3%)	2,51 (1,18)

Tableau 2. Distribution des scores par item.

Items

+ (%)

1. C'est bien de dire aux personnes âgées qu'elles n'ont plus l'âge de faire certaines choses, sans quoi elles pourraient avoir de la peine si elles venaient finalement à échouer.

2. Même si elles le souhaitent, les personnes âgées ne devraient pas être autorisées à travailler car elles ont déjà payé leurs dettes envers la société.	6,7
3. Même si elles le souhaitent, les personnes âgées ne devraient pas être autorisées à travailler car elles sont fragiles et pourraient tomber malades.	2,7
4. C'est bien de s'adresser lentement aux personnes âgées car elles peuvent prendre plus de temps à comprendre.	40
5. Il faut protéger les personnes âgées des mauvaises nouvelles car elles sont facilement attristées.	8
6. Les personnes âgées ont besoin d'être protégées face aux dures réalités de la vie.	9,4
7. Il est utile de répéter les choses aux personnes âgées car elles comprennent rarement dès la première fois.	40
8. Même si elles ne demandent pas d'aide, les personnes âgées devraient toujours s'en voir offrir.	52
9. Même si elles ne demandent pas d'aide, les personnes âgées doivent être aidées avec leurs tâches quotidiennes, telles que le ménage, les courses, la cuisine, etc.	34,7
10. La plupart des personnes âgées interprètent des remarques ou des actes innocent(e)s comme étant discriminant envers leurs âges.	21,4
11. Les personnes âgées s'offensent trop facilement.	9,4
12. Les personnes âgées exagèrent les problèmes qu'elles rencontrent au travail.	6,7
13. Les personnes âgées sont un poids pour le système de santé et l'économie.	20

Tableau 3. Distribution des scores par items positifs

Discussion :

La répartition de l'échantillon entre les métiers est équilibrée. Sur 75 répondants, 38 étaient infirmiers, 37 médecins. Parmi les répondants, 57% avaient moins de 30 ans, 85% avaient moins de 40 ans, 44 (59%) étaient des femmes. Cette proportion sera à considérer car elle est nettement inférieure aux relevés des études de D'hondt et al (2023) (31,47 ans d'âge moyen pour 83,8% de femmes) et Schroyen et al (2016) (32,1 ans d'âge médian pour 88,1% de femmes). Par conséquent, l'échantillon des urgences est plus jeune et plus masculin que les échantillons des études avec lesquelles il sera comparé.

Score d'âgisme

Le score d'âgisme médian, normalisé entre 0 et 100, obtenu pour l'échantillon étudié est de 32 {22 ; 42}. Pour rappel, plus le score est élevé, plus l'âgisme est élevé. L'interprétation qui est faite du résultat sera subjective. L'échelle permet de dire que de l'âgisme a été détecté dans les réponses mais pas si le score doit être qualifié de « peu », de « beaucoup », de « grave », de « rassurant », etc. Pour pouvoir mieux interpréter et utiliser les résultats issus de notre mesure, il sera intéressant de comparer ces nombres à ceux obtenus dans d'autres échantillons.

L'étude ne met pas en évidence de conclusion particulière quant à l'influence du métier sur l'âgisme dans le service des urgences.

Dans l'étude de D'hondt et al (2023), les réponses à certains items étaient davantage positives que les autres. Ces items étaient les 4 et 7 (elderspeak, babytalk) et les 8 et 9 (attitudes de surprotection). Dans les réponses des soignants des urgences, nous retrouvons la même tendance positive autour des items 4, 7, 8 et 9 avec des pourcentages de scores positifs s'étendant de 34 à 52%. Cela signifie que 34 à 52% des répondants sont d'accord avec ces affirmations âgistes relatives à la manière de s'adresser aux personnes âgées et à la façon de les « surprotéger ». Néanmoins, la proportion de réponses positives n'est pas la même. La tendance positive autour du elderspeak et de la communication est plus marquée dans les réponses des urgences. (Item 4 : 40% < 24,3% ; item 7 : 40% < 20,7%). A contrario, la tendance à surprotéger semble moins positive au sein des urgences qu'auprès des étudiants interrogés (item 8 : 52% > 63% ; item 9 : 34,7% > 37,8%). Il serait intéressant de s'interroger sur ce qui intensifie ces perceptions et réponses.

Nous observons que l'item 13 affiche des tendances positives de 20%. Pour rappel, l'item 13 est « *Les personnes âgées sont un poids pour le système de santé et l'économie* ». Cet item représente la dimension hostile de l'âgisme dans l'échelle et il est intéressant de constater que 20% des répondants révèlent être en accord avec l'affirmation. En comparaison, dans l'étude de D'hondt et al (2023), l'item 13 n'avait que 13,5% de réponses positives.

Pour rappel, Fassier et al (2016) ont décrit dans leur étude l'influence majeure que peuvent avoir certaines formes d'âgisme hostile dans les soins d'urgence. En effet, les stéréotypes que nous avons sur les personnes âgées vont orienter ou même définir nos décisions, notamment en situation aigue ou de fin de vie en salle d'urgences. Fassier et al expliquaient que nos stéréotypes négatifs peuvent mener à ne pas recourir à l'avis d'un collègue, à ne pas considérer une admission aux soins intensifs, à prendre une décision sur base de l'âge chronologique sans considérer l'âge physiologique d'un patient, etc. Aussi, d'autres stéréotypes issus de nos expériences professionnelles ou personnelles peuvent nous faire oublier la singularité du patient ainsi que ses souhaits et nous amener à prodiguer des soins qui pourraient être jugés déraisonnables (Fassier et al, 2016). Or, l'item 13 de l'AAS diffusé révèle 20% de réponses positives à une affirmation d'âgisme hostile. Cela met en avant le besoin de sensibiliser et d'éduquer à l'existence de ces stéréotypes sur chacun, leur influence et leurs conséquences.

Dans Schroyen et al (2016), les réponses des infirmières en oncologie au FSA-R révélaient moins d'âgisme que la population générale (surtout composée d'étudiants) interrogée par Boudjemad et al (2009). Or, les réponses des professionnels des urgences montrent dans certains items des scores plus âgistes que les étudiants interrogés par D'hondt et al (2023). Alors, une question survient : « les infirmiers et médecins des urgences sont-ils davantage âgistes que les infirmières en oncologie ? » Est-ce que le secteur d'activité ou la formation spécifique est un facteur qui crée une pareille différence ? Il serait intéressant de pouvoir comparer ces deux secteurs au sein d'une même étude. En effet, au-delà du secteur d'activités, un facteur déterminant semble être l'échelle utilisé. Pour rappel, dans la FSA-R, l'âgisme hostile est étudié. Dans l'AAS, la notion d'âgisme bienveillant apparaît et les items s'y rapportant mettent l'âgisme des soignants en avant. Ainsi, selon qu'une échelle soit utilisée plutôt qu'une autre, un groupe pourrait être caractérisé comme étant plus ou moins âgiste qu'un autre. De surcroît, il conviendrait de comparer plus précisément les données socio-démographiques entre les échantillons de répondants. Par exemple, est-ce que les tendances

d'âge des répondants ou la proportion de femmes/hommes dans l'échantillon est comparable ?
De plus, est-ce qu'une différence dans ces données aurait un impact sur les résultats ?

Malgré la tendance observée autour des 65 ans, il n'existe pas d'âge chiffré officiel qui définisse une personne comme étant âgée ou non. La perception de l'âge est singulière et le seuil qui définit le passage d'une personne à une condition « âgée » n'est pas une idée entendue et généralisée. En 2011, Bernard Ennuyer illustre cette idée en rapportant l'étude du groupe Prévoir « Les Français et le bien Vieillir ». Dans cette étude, un échantillon de Français s'était vu poser la question « Selon vous, à partir de quel âge devient-on vieux ? ». La réponse moyenne était 69 ans. Néanmoins, les moyennes changeaient en fonction de l'âge des répondants. Les moins de 25 ans répondaient en moyenne 61, tandis que les plus de 65 ans répondaient en moyenne 77 ans. En outre, la catégorie sociale du répondant impactait également sa réponse. Les personnes à plus faibles revenus définissaient un seuil de vieillissement plus bas que celles à plus hauts revenus.

Les principaux résultats de cette étude montrent que la vision à l'égard du vieillissement semble neutre (score moyen de 0). Ces mêmes mots ont déjà été évoqués dans une étude préalable de Schroyen et al (2016) qui a effectué le même exercice avec des infirmières en oncologie tout en sachant que la majorité des cancers touchent des personnes âgées (Smith et al, 2009). Dans cette étude, pour l'ensemble des mots récoltés, un groupe de juge avait évalué, au travers d'une échelle, la connotation négative, neutre ou positive de chaque mot. Au travers de ce processus, ils avaient ainsi pu mettre en évidence que 74% des mots évoqués avaient une connotation négative. Au-delà de la profession qui amène les soignants à être plus vulnérable face à l'âgisme car ils entrent régulièrement en contact avec des personnes âgées en souffrance (Adam et al, 2017), les différences socio-économiques et culturelles semblent également avoir un rôle primordial dans la modulation du niveau d'âgisme. Marquet et al (2022) a, par exemple, mis en évidence que la vision du vieillissement est plus négative chez les étudiants belges que québécois tout en émettant l'hypothèse que l'emploi et le bénévolat chez les aînés est plus élevé au Québec rendant ainsi les personnes âgées plus utiles à la société (Marquet et al, 2022). Nous obtenons ici un net écart entre le score neutre des soignants des urgences (50%) et le score négatif des infirmières d'oncologie (74%). Il serait intéressant de s'interroger sur cette différence pour en déterminer la cause. Notons que les résultats pourraient avoir été influencés par les deux méthodologies de mesure distinctes utilisées.

L'un des résultats de cette étude est le degré exceptionnel de surestimation par les répondants du nombre de personnes âgées traitées dans leur SU. Comme indiqué plus haut, le pourcentage

réel de personnes âgées de 65 ans ou plus dans le SU des CUSL était de 21% en 2024, correspondant aux valeurs retrouvées dans une étude précédente de Samaras et al qui met en évidence que le pourcentage de personnes âgées qui se présentent aux urgences varient de 12 à 24% selon les pays et l'âge limite (Samaras et al, 2010). Cependant, les soignants interrogés dans le cadre de cette étude ont estimé le pourcentage moyen de leurs patients âgés à 44% - soit plus du double. Cette même constatation a déjà été mise en évidence dans une étude précédente de Schumacher et al (Schumacher et al, 2006) où les patients âgés semblent influencer de manière disproportionnée la perception des médecins, au point qu'ils déclarent les traiter en bien plus grand nombre que ce n'est le cas en réalité. Cette surestimation peut contribuer à une sensation de fatigue auprès des soignants d'autant plus si la prise en charge du patient est chronophage et peu satisfaisante. En effet, alors que le pourcentage de personnes âgées de 65 ans ou plus représente 43,8% des hospitalisations classiques en Belgique (belgiqueenbonnesanté.be, 2024), une de leur principale voie d'admission reste le SU où un patient sur deux de 70 ans ou plus qui se présente aux urgences sera hospitalisé par la suite (belgiqueenbonnesanté.be, 2023).

Les conséquences de l'âgisme sont de plus en plus documentées. La littérature scientifique s'accorde à dire que la formation est un élément essentiel de la lutte contre l'âgisme et nous pouvons émettre l'hypothèse que le secteur académique est sensibilisé à cette connaissance. Dans notre étude, 68 sur 75 affirment ne pas avoir suivi de formation spécifique à l'accompagnement des personnes âgées, soit moins de 10% de l'échantillon. Parmi les 7 réponses positives, 3 semblent mentionner leurs cursus de base et non des formations spécifiques. Cette nuance diminue le pourcentage au-dessous de 6%. Devriendt et al (2017) rapportaient que seuls 25% des hôpitaux belges interrogés lors de leur étude avaient organisé des formations gériatriques pour les professionnels de santé des urgences lors de l'année 2013. Notre échantillon ne semble pas différer de cette faible tendance à ne pas être spécifiquement formé à l'accompagnement des personnes âgées et cela interroge la question du pourquoi. Pourquoi les soignants ne suivent-ils pas davantage de formation durant leur carrière et pourquoi la formation de base ne s'adapte-t-elle pas à l'évolution de la démographie et de la population ?

Limites

Une première limite de ce mémoire réside dans l'échantillon constituant les répondants au questionnaire. En effet, le nombre limité (75) de répondants ainsi que sa forte homogénéité (51% d'infirmier.e.s et 49% de médecins) empêchent d'étendre les résultats obtenus à la population générale. De plus, la tendance plutôt jeune des âges dans l'échantillon limite la généralisation des résultats à l'ensemble des professionnels de la santé. Pour rappel, Schroyen et al (2016) rapportaient moins d'âgisme chez les infirmières les plus âgées.

Néanmoins, il serait intéressant de pouvoir comparer les données obtenues avec un autre service d'urgences.

En effet, une autre limite de l'étude pourrait être trouvée dans la situation géographique de l'échantillon et dans la nature de l'hôpital en lui-même. Les Cliniques universitaires Saint-Luc sont une institution universitaire de référence prodiguant des soins de haute technicité et complexité. Cet aspect pourrait amener les soignants à rencontrer davantage de patients âgés dans des situations plus aiguës et plus compliquées. Par conséquent, cela pourrait influencer leur perception des patients âgés.

De plus, la démographie de la commune de Woluwe-Saint-Lambert en elle-même pourrait être une limite à la généralisation et impacter la perception des soignants travaillant dans le service des urgences des CUSL. Les chiffres de l'Institut bruxellois de statistiques et d'analyse (IBSA) rapportent qu'en 2024, 16,6% de la population de Woluwe-Saint-Lambert était âgée de 65 ans et plus. En comparaison, la part des 65 ans et plus dans la région de Bruxelles-Capitale était de 13,1% en 2024 (IBSA, 2024) et de 19,4% à l'échelle de la Belgique en 2021 (Statbel, 2025)

De plus, toujours selon l'IBSA, l'indice de richesse (Belgique =100) à Woluwe-Saint-Lambert était de 93 en 2022 contre 79 pour la région de Bruxelles-Capitale. Or, rappelons qu'Adam et al (2017) discutaient l'influence du niveau socio-économique de l'individu sur l'âgisme qu'il peut développer.

Enfin, comme le rapportaient D'hondt et al (2023), un biais de désirabilité sociale pourra être supposé dans la façon dont les répondants ont participé au questionnaire et aura influencé leurs réponses. La pression ressentie autour du choix de la « bonne » réponse en tant que professionnel de santé interrogé par ses pairs peut amener le répondant à sélectionner une autre option que celle réellement pensée.

Recommandations

L'âgisme est un défi qui ne peut aujourd'hui plus être occulté. Ses conséquences néfastes sont décrites et connues. L'âgisme influence négativement la santé mentale et physique des individus qui en sont victimes et plus particulièrement les personnes âgées. Que l'âgisme soit de nature hostile ou bienveillante, il importe aujourd'hui de lutter contre sa propagation et son existence. Ici, nous regroupons des recommandations issues de nos lectures dont le but est de remédier au problème de l'âgisme.

Lucke et al (2022) ont entrepris de dresser des recommandations pour prodiguer des meilleurs soins aux personnes âgées au sein des services d'urgence. Ces recommandations ne concernent pas directement l'âgisme mais il est un élément de leur réflexion qu'il convient de retenir. Ils ont décidé réunir des experts européens multidisciplinaires de la thématique de la personne âgée aux urgences et de dresser des recommandations dans le but qu'elles deviennent les plus pratiques, cliniques et applicables possible. Ils ont pensé que des recommandations trop théoriques et générales risquaient de ne pas être appliquées et adaptées aux réalités du terrain. Ceci notamment en raison des différences entre les systèmes de santé nationaux. Ainsi, ils ont établi un socle de recommandations libres de droit dont le but est qu'elles soient utilisées, traduites et adaptées spécifiquement à chaque réalité. Cette façon de recommander, avec une volonté de proximité et d'applicabilité, devrait être gardée comme toile de fond des idées suivantes.

Selon l'OMS, il y a 3 stratégies pour lutter contre l'âgisme. Il s'agit des interventions intergénérationnelles, des activités éducatives et enfin des politiques et du droit. (OMS, 2021).

Pour changer ou améliorer l'image négative ou fausse que les gens peuvent avoir des personnes âgées, Adam et al (2017), Schroyen (2016) et Burnes et al (2019) proposent également de promouvoir et organiser des contacts intergénérationnels.

Comme l'OMS, nombre d'auteurs recommandent de cibler la formation des individus et plus précisément celle des soignants. Adam et al (2017) recommandent d'être mieux formé à la communication et Schroyen et al (2016) expliquent qu'il faut être mieux formé aux conséquences de l'âgisme et que la formation pourrait être intégrée au cursus scolaire ou être suivie par les professionnels déjà en activité. Par exemple, Deasey et al (2014) rapportent que

la propagation de stéréotypes négatifs lors des temps de transmissions entre infirmières peut avoir un effet sur l'attitude des jeunes infirmières. Les infirmières expérimentées ont un rôle de mentorat et de support pour éviter que ces représentations ne se transmettent. De plus, Fassier et al (2016) mettent en avant les avantages contre l'âgisme de travailler en groupe. En effet, des décisions de groupe et des stratégies de ralentissement (slowing-down strategies) pourraient atténuer les risques de décision par évitement (éviter d'avoir à prendre une décision) et les décisions intuitives (à risque d'être emplies de stéréotypes) et expérimentales prise par biais d'excès de confiance.

Pour Fassier et al (2016), la formation par la simulation pourrait renforcer les compétences d'esprit critique et la réflexivité des stagiaires et attaquer les stéréotypes âgistes. De même, De Brauwer et al (2021) rapportent que la formation des soignants par des cas pratiques pourraient améliorer la prise en charge des personnes âgées en renforçant la confiance des soignants. Ils proposent également de sensibiliser les soignants à leur prédisposition à développer des stéréotypes et des attitudes inappropriées.

Les auteurs s'accordent sur ce besoin de sensibilisation. (Adam et al, 2017 ; Schroyen et al, 2016 ; Thomas et al, 2023). Belmin (2020) écrit le besoin de prendre conscience de la nature de nos actions, de nos langages et de l'influence qu'ils ont sur les personnes âgées, nos collègues et notre entourage

Pour Ng et al (2015), une campagne d'éducation et sensibilisation serait nécessaire à l'échelle sociétale car le problème est vu comme systémique. Thomas et al (2020) recommandent également que la sensibilisation atteigne autant les individus que les institutions. De plus, De Brauwer et al (2021) affirment que la prise en charge des personnes âgées aux urgences pourrait être améliorée en reconnaissant que l'organisation du service d'urgences est inadaptée à leurs besoins et en intégrant des soignants spécialisés à ceux-ci. Ils affirment que ces changements ne devraient pas se limiter aux urgences mais devraient être considérés pour l'ensemble du réseau de soins.

Conclusion et perspectives

L'âgisme est un défi actuel autant qu'une problématique d'avenir. Son lien étroit avec l'évolution démographique en fait un sujet majeur car il ne va cesser de croître si des changements ne sont pas opérés.

L'âgisme est particulier car tout individu, s'il vit suffisamment longtemps, est susceptible d'en être victime à un moment donné de sa vie. Les discriminations, préjugés et stéréotypes qui constituent les comportements et attitudes âgistes peuvent avoir des conséquences sur la santé physique, psychologique et cognitive des individus. Bien qu'étant une problématique sociétale, les professionnels de santé semblent être des protagonistes importants de cette thématique.

Pour étudier la perception des personnes âgées par les soignants, nous avons conduit une mesure de l'âgisme (AAS) auprès des médecins et infirmiers du service des urgences des Cliniques universitaires Saint-Luc.

Les résultats montrent l'existence d'un âgisme multidimensionnel, surtout bienveillant, au sein des professionnels des urgences. Cet âgisme bienveillant semble se manifester davantage auprès des soignants interrogés que dans un échantillon comparatif de population générale. La taille de l'échantillon et le manque d'études usant d'une mesure similaire nous préviennent de tirer davantage de conclusions par comparaison et de déterminer s'il s'agit d'un niveau « élevé » d'âgisme ou non.

Il serait intéressant de conduire de nouvelles mesures en utilisant la version traduite de l'AAS par D'hondt et al (2023) mais en modifiant certaines caractéristiques de l'échantillon telles que la taille de l'échantillon, la zone géographique, les caractéristiques de l'hôpital, le secteur de soin, le métier des répondants ou leur âge... Ces nouvelles mesures pourraient permettre de mettre en lumière des facteurs d'influence de l'âgisme spécifiques aux professionnels de santé.

Bibliographie :

Abuse of older people. (s. d.). World Health Organization. Consulté 23 janvier 2025, à l'adresse <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people>

Admissions via le service des urgences. (2023). Vers une Belgique en bonne santé. <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/donnees-phares-dans-les-soins-de-sante/hopitaux-generaux/activite/admissions-via-le-service-des-urgences>

Ageing and health. (s. d.). World Health Organization. Consulté 23 janvier 2025, à l'adresse <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Age—Population de 65 ans et plus. (s. d.). Statbel La Belgique en chiffres. Consulté 10 avril 2025, à l'adresse <https://statbel.fgov.be/fr/themes/census/population/age#panel-14>

AIM.IMA Agence Intermutualiste. (s. d.). *Recours aux services d'urgence en Belgique.* AIM-IMA Agence intermutualiste. Consulté 24 mars 2025, à l'adresse <https://aim-ima.be/Recours-aux-services-d-urgence-en>

Aja L. Murray, Vânia de la Fuente-Núñez. (2023). Development of the item pool for the 'WHO-ageism scale': Conceptualisation, item generation and content validity assessment. *Age and Ageing*, 52, 149-157.

American Psychological Association. (2024, mai 16). *Discrimination : What it is and how to cope.* <https://www.apa.org/topics/racism-bias-discrimination/types-stress>

Amine Abdaoui, Jérôme Azé, Sandra Bringay et Pascal Poncelet. (2016). *FEEL: French Expanded Emotion Lexicon. Language Resources and Evaluation.* 1-23.

Amnesty International. (s. d.). *Discriminations*. Consulté 20 février 2025, à l'adresse <https://www.amnesty.fr/discriminations>

Atlas.aim-ima. (s. d.). AIM-IMA Agence intermutualiste. Consulté 24 mars 2025, à l'adresse <https://atlas.aim-ima.be/base-de-donnees/?rw=1&lang=fr>

Aude Caria, & Sophie Arfeuillère, Céline Loubières et Camille Joseph. (2015).

Passer de l'asile à la Cité, de l'aliéné au citoyen : Un défi collectif

Destigmatisation et environnement politique. *Pratiques en santé mentale*, 1, 22-31.

Becca R. Levy, Alan B. Zonderman, Martin D. Slade, and Luigi Ferrucci. (2011).

Memory Shaped by Age Stereotypes over Time. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 67(4), 432-436.

Bernard Ennuyer. (2011). À quel âge est-on vieux ? La catégorisation des âges :

Ségrégation sociale et réification des individus. *Gérontologie et Société*, 138, 127-142.

Christopher Mikton, *ânia de la Fuente-Núñez, Alana Officer, Etienne Krug. (2021).

Ageism : A social determinant of health that has come of age. *The Lancet*, 397, 1333-1334.

Debra Deasey, Ashley Kable and Sarah Jeong. (2014). Influence of nurses'

knowledge of ageing and attitudes towards older people on therapeutic

interactions in emergency care : A literature review. *Australasian Journal on Ageing*, 33(4), 229-236.

Deniz Cetin-Sahin, MD, MSc, Francine Ducharme, RN, PhD, Jane McCusker, MD,

DrPH, Nathalie Veillette, OT, PhD, Sylvie Cossette, RN, PhD, T. T. Minh Vu,

- MD, & Alain Vadeboncoeur, MD, Paul-André Lachance, MD, MA, Rick Mah, MD, and Simon Berthelot, MD, MSc. (2020). Experiences of an Emergency Department Visit Among Older Adults and Their Families : Qualitative Findings From a Mixed-Methods Study. *Journal of Patient Experience*, 7(3), 346-356.
- Elderly population*. (s. d.). OECD. Consulté 4 avril 2025, à l'adresse <https://www.oecd.org/en/data/indicators/elderly-population.html>
- Els Devriendt, Isabelle de Brauwere, Lies Vandersaenen, Pieter Heeren, Simon Conroy, Benoit Boland, Johan Flamaing, Marc Sabbe et Koen Milisen. (2017). Geriatric support in the emergency department : A national survey in Belgium. *BMC Geriatrics*.
- European Taskforce on Geriatric Emergency Medicine (ETGEM) collaborators. (2024). Prevalence of Frailty in European Emergency Departments (FEED) : An international flash mob study. *European Geriatric Medicine*, 15, 463-470.
- Gisle L, Drieskens S, Demarest S, Van der Heyden J. (2020). *Santé mentale : Enquête de santé 2018*. https://www.sciensano.be/sites/default/files/1-mental_health_report_2018_fr2.pdf
- Graham ellis Trudi Marshall Claire Ritchie. (2014). Comprehensive geriatric assessment in the emergency department. *Dove Press Journal: Clinical Interventions in Aging*, 9, 2033-2043.
- Isabelle De Brauwere, Pascale Cornette, William D'Hoore, Vincent Lorant, Franck Verschuren, Frédéric Thys and Isabelle Aujoulat. (2021). Factors to improve quality for older patients in the emergency department : A qualitative study of patient trajectory. *BMC Health Services Research*.

- J.A. Lucke, S.P. Mooijaart, P. Heeren, K. Singler, R. McNamara, T. Gilbert, C.H. Nickel, S. Castejon, A. Mltchell, V. Mezera, L. Van der Linden, S.E. Lim, A. Thaur, M.A. Karamercan, L.C. Blomaard, Z.D. Dundar, K.Y. Chueng, F. Islam, B. de Groot, S. Conroy. (2022). Providing care for older adults in the Emergency Department : Expert clinical recommendations from the European Task Force on Geriatric Emergency Medicine. *European Geriatric Medicine*, 13, 309-317.
- Jekaterina Steinmiller, Pirkko Routasalo, Tarja Suominen. (2015). Older people in the emergency department : A literature review. *International Journal of Older People Nursing*, 10, 284-305. <https://doi.org/10.1111/opn.12090>
- Joel Belmin. (2020). Vieillissement, stéréotypes et implications. *Soins Gériatrie*, 25, 34-37.
- Kristin Haseler-Ouarta, Habibollah Arefian, Michael Hartmann, Anja Kwetkat. (2021). Geriatric assessment for older adults admitted to the emergency department : A systematic review and meta-analysis. *Experimental Gerontology*, 144.
- Magreth Thadei Mwakilasa, MSc , Conor Foley, PhD, Tracy O'Carroll, MSc, Rachel Flynn, MSc, & and Daniela Rohde, PhD,. (2021). Care Experiences of Older People in the Emergency Department : A Concurrent Mixed-Methods Study. *Journal of Patient Experience*, 8, 1-8.
- Manon Marquet , Guillaume T. Vallet, Stéphane Adam, & Pierre Missotten. (2022). Ageism among psychology students : A comparative analysis between Belgium and Quebec (Canada). *Cognitive Psychology*, 122, 589-612.
- Martin J. Gorbien, MD, FACP. (2005). Elder abuse and neglect. *Clinics in geriatric medicine*, 21, 11-13.

Michael Albert, M.D., M.P.H., Pinyao Rui, M.P.H., and Linda F. McCaig, M.P.H.

(2017). Emergency Department Visits for Injury and Illness Among Adults Aged 65 and Over : United States, 2012–2013. *National Center for Health Statistics Data Brief*, 272.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). *Belgique : Profil de santé par pays 2023, State of Health in the EU*.

OMS. (2021, mars 18). *Vieillissement : L'âgisme*. <https://www.who.int/fr/news-room/questions-and-answers/item/ageing-ageism>

Philippe Thomas et C. Hazif-Thomas. (2023). Les ressorts individuels et collectifs de l'âgisme. 23, 368-374.

R: A Language and Environment for Statistical Computing. R Foundation for Statistical Computing. (2023). [Logiciel]. R Core Team. <https://www.R-project.org/>.

Reuben Ng, Heather G. Allore, Mark Trentalange, Joan K. Monin, Becca R. Levy. (2015). *Increasing Negativity of Age Stereotypes across 200 Years : Evidence from a Databse of 400 Million Words*.

Robert N. Butler, MD. (1969, juin). *Age-Isn : Another Form of Bigotry*.

Robert N. Butler, MD. (1990). A Disease Called Ageism. *Journal of the American Geriatrics Society*, 38(2), 178-180.

Rylee A. Dionigi. (2015). Stereotypes of Aging : Their Effects on the Health of Older Adults. *Journal of Geriatrics*.

S. Adam, P. Missotten, A. Flamion, M. Marquet, A. Clesse, S. Piccard, C. Crutzen, S. Schroyen. (2017). Vieillir en bonne santé dans une société âgiste... *NPG Neurologie - Psychiatrie- Gériatrie*, 17, 389-398.

- S. Schroyen, P. Missotten, G. Jerusalem, C. Gilles and S. Adam. (2016). Ageism and caring attitudes among nurses in oncology. *International Psychogeriatrics*, 28(5), 749-757.
- S. Schroyen, S. Adam, G. Jerusalemn, P. Missotten. (2014). L'âgisme et ses conséquences cliniques en oncogériatrie : État des lieux et pistes d'interventions. *Rev Med Liège*, 69(5-6), 395-401.
- Samaras N, Chevalley T, Samaras D, Gold G. (2010). Older patients in the emergency department : A review. *Ann Emerg Med*, 56(3), 261-269.
<https://doi.org/doi: 10.1016/j.annemergmed.2010.04.015>. PMID: 20619500.
- Schumacher JG, Deimling GT, Meldon S, Woolard B. (2006). Older adults in the Emergency Department : Predicting physicians' burden levels. *J Emerg Med*, 30(4), 455-460. <https://doi.org/doi: 10.1016/j.jemermed.2005.07.008>. PMID: 16740465.
- Sciensano. (s. d.). *Multimorbidité*. Sciensano. <https://www.sciensano.be/fr/sujets-sante/multimorbidite#la-multimorbidite-est-elle-fr-quente->
- Smith BD, Smith GL, Hurria A, et al. (2009). Future of cancer incidence in the United States : Burdens upon an aging, changing nation. *J Clin Oncol*, 27(17), 2758-2765.
- Soins aux personnes âgées*. (2024). Vers une Belgique en bonne santé.
<https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/domaines-de-soins-specifiques/soins-aux-personnes-agees?highlight=WyJtYWlzb24iLCJtYWlzb25zliwiYWNjaWRlbnQiLCJhcHByXHUwMGU5aGVuZGVyY2F1c2VzLWRILWRIY2VzliwiY29kZXMiLCJkZSIsImRIYXRocyIsImRIZmF1bHQiLCJkZW1hcmVzdCJd#OLD-1-2>

- Sylvie D'hondt and Jean-Marie Degryse. (2023). Développement d'une version française adaptée de l'Ambivalent Ageism Scale : Une mesure de l'âgisme. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 42(1), 56-68.
- Thomas Fassier, MD, MPH, Elizabeth Valour, MSc; Cyrille Colin, MD, PhD; François Danet, MD, PhD. (2016). Who Am I to Decide Whether This Person Is to Die Today ? Physicians' Life-or-Death Decisions for Elderly Critically Ill Patients at the Emergency Department-ICU Interface : A Qualitative Study. *Annals of Emergency Medicine*, 68(1), 28-39.
- Tracey L Gendron, PhD, E. Ayn Welleford, PhD, Jennifer Inker, MS, and John T. White, MS. (2016). The Language of Ageism : Why we need to use words carefully. *The Gerontologist*, 56(6), 997-1006.
- Valérien Boudjemad, Kamel Gana. (2009). L'âgisme : Adaptation française d'une mesure et test d'un modèle structural des effets de l'empathie, l'orientation à la dominance sociale et le dogmatisme sur l'âgisme. *Canadian Journal on Aging/ La Revue canadienne du vieillissement*, 28(4), 371-389.
<https://doi.org/10.1017/S071498080999016X>
- What is the UN Decade of Healthy Ageing (2021–2030)?* (s. d.). Decade of Healthy ageing- The Platform. Consulté 23 janvier 2025, à l'adresse <https://www.decadeofhealthyageing.org/about/about-us/what-is-the-decade>
- Woluwe-Saint-Lambert*. (s. d.). IBSA perspective.brussels. Consulté 10 avril 2025, à l'adresse <https://ibsa.brussels/chiffres/chiffres-cles-par-commune/woluwe-saint-lambert>

wordcloud2: Create Word Cloud by 'htmlwidget'. R package version 0.2.1. (2018).

[Logiciel]. Lang D, Chien G. <https://CRAN.R-project.org/package=wordcloud2>

Annexe

Contenu du questionnaire diffusé dans le cadre de ce mémoire

1 : Caractéristiques du/de la participant.e (ou au début) : Questions concernant le répondant à l'enquête

Genre

- Homme
- Femme
- Autre

Age :

- 20-29 ans
- 30-39 ans
- 40-49 ans
- 50-59 ans
- 60 ans et plus

Formation

- Infirmier
- Médecin
- Autre, précisez

Niveau de formation

- Infirmier en formation
- Infirmier en fonction – depuis combien d'années depuis le diplôme ?
- Assistant en 1^{ère} ou 2^{ème} ou 3^{ème} année de formation
- Assistant en 4^{ème} ou 5^{ème} ou 6^{ème} année de formation
- Médecin spécialiste – depuis combien d'années avez-vous terminé votre spécialisation ?
- Autre : précisez

Avez-vous suivi une formation spécifique en médecine d'urgences ? Si oui, laquelle

2 : Estimation des statistiques institutionnelles : Estimation de prise en charge des patients âgés en médecine aiguë

Pouvez-vous estimer le pourcentage de patients ≥ 65 ans qui est admis en hospitalisation classique (et non en hôpital de jour) au sein des Cliniques universitaires Saint-Luc ?

Pouvez-vous estimer le pourcentage de patients ≥ 65 ans qui est admis au service des urgences des cliniques universitaire saint Luc ?

Pouvez-vous estimer le pourcentage de patients ≥ 65 ans que vous aimeriez prendre en charge au service des urgences?

3 : Démographie et caractéristiques générales de la population âgée : Statistiques nationales

Quel est, selon vous, le pourcentage de personnes âgées de ≥ 65 ans en Belgique actuellement ?

Quel est, selon vous, le pourcentage de personnes âgées de ≥ 65 ans résidant en maison de repos et de soins (MRS) ?

Quel est, selon vous, le pourcentage de personnes âgées de ≥ 65 ans qui présente au moins 2 maladies chroniques ? Nous entendons par comorbidité....

Quel est, selon vous, le pourcentage de personnes âgées de ≥ 65 ans qui présente des troubles dépressifs ?

Quel est, selon vous, le pourcentage de personnes âgées de ≥ 65 ans qui ont chuté dans les 12 derniers mois?

Quel est, selon vous, le pourcentage de personnes âgées de ≥ 65 ans qui est atteint de la maladie d'Alzheimer ?

Quel est, selon vous, le pourcentage de personnes âgées de ≥ 65 ans qui présente des troubles auditifs ?

4 : Échelle de l'âgisme

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Pas vraiment d'accord	Plutôt d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
1. C'est bien de dire aux personnes âgées qu'elles n'ont plus l'âge de faire certaines choses, sans quoi elles pourraient avoir de la peine si elles venaient finalement à échouer.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Même si elles le souhaitent, les personnes âgées ne devraient pas être autorisées à travailler car elles ont déjà payé leurs dettes envers la société.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Même si elles le souhaitent, les personnes âgées ne devraient pas être autorisées à travailler car elles sont fragiles et pourraient tomber malades.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. C'est bien de s'adresser lentement aux personnes âgées car elles peuvent prendre plus de temps à comprendre.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Il faut protéger les personnes âgées des mauvaises nouvelles car elles sont facilement attristées.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Les personnes âgées ont besoin d'être protégées face aux dures réalités de la vie.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Il est utile de répéter les choses aux personnes âgées car elles comprennent rarement dès la première fois.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Même si elles ne demandent pas d'aide, les personnes âgées devraient toujours s'en voir offrir.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Même si elles ne demandent pas d'aide, les personnes âgées doivent être aidées avec leurs tâches quotidiennes, telles que le ménage, les courses, la cuisine, etc.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. La plupart des personnes âgées interprètent des remarques ou des actes innocent(e)s comme étant discriminant envers leurs âges.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. Les personnes âgées s'offensent trop facilement.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. Les personnes âgées exagèrent les problèmes qu'elles rencontrent au travail.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. Les personnes âgées sont un poids pour le système de santé et l'économie.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Les items de la FSA-R et de la FSA-14

ITEMS	Dimensions (FSA-R)	Dimensions (FSA-14)
1. Le suicide des adolescents est plus tragique que celui des personnes âgées.	Stereotypes	–
2. Beaucoup de personnes âgées sont avares et amassent leur argent et leurs biens.*	Stereotypes	Stéréotypes
3. De nombreuses personnes âgées ne voient pas l'intérêt de se faire de nouveaux amis et préfèrent se contenter du cercle d'amis qu'ils ont depuis des années.	Stereotypes	–
4. Beaucoup de personnes âgées ne font que vivre dans le passé.*	Stereotypes	Stéréotypes
5. Parfois, quand je vois des personnes âgées, j'évite de croiser leur regard.*	Separation	Séparation
6. Je n'apprécie pas que les personnes âgées engagent la conversation avec moi.*	Separation	Séparation
7. On ne peut espérer une conversation intéressante et complexe avec la plupart des personnes âgées.	Separation	–
8. Il peut paraître normal de se sentir déprimé quand on est entouré de personnes âgées.*	Separation	Séparation
9. Les personnes âgées devraient se trouver des amis de leur âge.*	Separation	Séparation
10. Les personnes âgées devraient se sentir les bienvenues dans les réunions entre jeunes.	Separation	–
11. Si on m'invitait, je préférerais ne pas participer à une journée porte ouverte d'un club de troisième âge.	Stereotypes	–
12. Personnellement, je ne souhaiterais pas passer beaucoup de temps en compagnie d'une personne âgée.*	Affective attitude	Attitudes affectives
13. Les personnes âgées n'ont pas vraiment besoin d'utiliser les installations sportives de la collectivité.	Separation	–
14. On ne devrait pas faire confiance à la plupart des personnes âgées pour s'occuper d'enfants.*	Stereotypes	Stéréotypes
15. Beaucoup de personnes âgées sont plus heureuses lorsqu'elles sont en compagnie de personnes de leur âge.	Stereotypes	–
16. Il est préférable que les personnes âgées vivent là où elles ne gênent personne.*	Separation	Séparation
17. La plupart des personnes âgées sont d'agréable compagnie. (I) *	Affective attitude	Attitudes affectives
18. Il est triste de constater la situation difficile dans laquelle se trouvent les personnes âgées dans la société actuelle. (I)	Affective attitude	–
19. On devrait encourager les personnes âgées à exprimer leurs idées politiques. (I)	Affective attitude	–
20. La plupart des personnes âgées sont intéressantes car chacune possède sa propre identité. (I) *	Affective attitude	Attitudes affectives
21. Beaucoup de personnes âgées auraient une mauvaise hygiène corporelle.*	Stereotypes	Stéréotypes
22. La plupart des personnes âgées peuvent être agaçantes car elles racontent sans cesse les mêmes histoires.*	Stereotypes	Stéréotypes
23. Les personnes âgées se plaignent davantage que les autres.*	Stereotypes	Stéréotypes

Notes. (I) = items à inverser ; * = items retenus pour la FSA-14.

