



HAL
open science

Perception du vieillissement chez les soignants en gériatrie après mise en situation avec une combinaison simulant le grand âge

A. Villaumé, R. Artico, C. Souques, C. Cedat, A. Mébasti, N. Gouveia, E. Duron, E. Karoubi

► To cite this version:

A. Villaumé, R. Artico, C. Souques, C. Cedat, A. Mébasti, et al.. Perception du vieillissement chez les soignants en gériatrie après mise en situation avec une combinaison simulant le grand âge. NPG: Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie, 2019, 19, pp.333 - 339. 10.1016/j.npg.2019.09.002 . hal-03489100

HAL Id: hal-03489100

<https://hal.science/hal-03489100>

Submitted on 21 Jul 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Perception du vieillissement chez les soignants en gériatrie après mise en situation avec une combinaison simulant le grand âge

Perception of aging among geriatric health professionals after role play staging old age

A. Villaumé¹, R. Artico^{1,2}, C. Souques¹, C. Cedat¹, A. Mébasti¹, N. Gouveia¹, Emmanuelle Duron^{1,3},
Edouard Karoubi¹

¹ Hôpital Paul-Brousse (APHP) 12 Avenue Paul Vaillant Couturier, 94800 Villejuif, France

² Laboratoire Complexité, innovations, activités motrices et sportives (CIAMS, EA 4532), UFR STAPS, Université Paris-Sud, France

³ INSERM 1178-CESP-MOODS

anais.villaume@gmail.com, ergothérapeute

romain.artico@free.fr, kinésithérapeute, PhD

cecile.souques@aphp.fr, PHC

christele.cedat@aphp.fr, psychologue

aurelie.mebasti@aphp.fr, cadre de soins

nathalie.gouveia@aphp.fr, cadre de soins

edouard.karoubi@aphp.fr, PH

Auteur correspondant :

Emmanuelle.duron@aphp.fr PH

Tel : 0145593824 Fax : 01455593822

Résumé

Contexte

Une formation grâce au port d'un costume de simulation du grand âge pourrait permettre une prise de conscience de l'état physique et émotionnel du patient âgé hospitalisé.

Objectif

Evaluer si ce type de pédagogie en simulation peut améliorer la perception du vieillissement de professionnels hospitaliers et d'étudiants.

Méthodes

La formation a consisté à faire porter le costume de simulation du grand âge aux participants et de leur faire vivre des situations rencontrées lors d'une hospitalisation en gériatrie. Le questionnaire « *Attitudes to Aging Questionnaire* » (AAQ), qui évalue la perception de la modification physique, la sagesse, la participation sociale, associés au vieillissement a été complété avant et après la formation.

Résultats

Cent vingt personnes ont été incluses dans l'étude : 66 professionnels de soins, 39 étudiants et 15 cadres administratifs. Une dégradation des scores AAQ concernant la perception globale du vieillissement ($F(1,101) = 112,3, p < 0,001$) a été observée. Ceci ne dépendait pas de l'âge ($F(4, 96) = 1,21, p > 0,05$), ni du statut professionnel ($F(10, 88) = 0,80, p > 0,05$). Les scores pour les sous-

échelles du questionnaire AAQ se dégradèrent tous avec une baisse significativement plus importante pour la **sous-échelle** des changements physiques ($F(2,202) = 7,188, p < 0,001$).

Conclusion

La perception globale du vieillissement quel que soit l'âge ou le statut professionnel est dégradée par la réalisation d'un jeu de rôle utilisant une combinaison de simulation du vieillissement, ce qui témoigne d'une prise de conscience des difficultés liées à l'âge et majore probablement l'empathie. Une étude est en cours pour évaluer à **six** mois la consolidation des acquis et l'impact éventuel sur les pratiques professionnelles.

Mots-clés : Pédagogie en simulation ; Costume de simulation du vieillissement ; Attitudes face au vieillissement ; Interdisciplinarité ; Gériatrie ; Sujet âgé

Summary

Background

A role play involving a simulation of old age could be of interest for geriatric health professionals to raise awareness towards the physical and emotional state of elderly patients.

Objective

The aim of the study was to determine whether role play simulating old age could modify attitudes toward aging among health professionals and medical students.

Methods

The role play consisted in testing frequent situations when hospitalized in geriatrics, and involved a costume. The "Attitudes to Aging Questionnaire" (AAQ), was used to evaluate attitudes towards physical modifications, wisdom and altered social participation due to aging before and after the procedure, followed by ANOVA analyses.

Results

One hundred and twenty participants were included: 66 health care professionals, 39 medical students and 15 subjects in administrative positions. The Global AAQ scores decreased ($F(1,101) = 112.3, p < 0.001$) independently from age and profession. The AAQ subscale scores all decreased in particular for attitudes towards physical modifications ($F(2,202) = 7.188, p < 0.001$).

Conclusion

The global attitude towards ageing scored lower independently from age and profession as a result of the role play. This suggests that it provided greater awareness and could generate empathy. A study is

underway to evaluate whether the same results are observed at 6 months and whether professional practice has altered.

Keywords: Ageing role play; costume simulating old age; attitudes toward aging; interdisciplinary training; geriatrics; elderly

Depuis les années 1960, l'espérance de vie augmente d'un an tous les 4 ans [1]: en France, elle sera bientôt de 80 ans pour les hommes et dépassera 84 ans pour les femmes. La vieillesse est devenue fréquente [2]. Trois millions et demi de séjours à l'hôpital concernent des sujets âgés [3]. Une hospitalisation s'inscrit dans le parcours de vie et remanie les projections pour l'avenir [4] ce qui motive la volonté de prodiguer les meilleurs soins hospitaliers. Toutefois, la qualité de la prise en charge des personnes âgées à l'hôpital est perfectible. Tout d'abord, la gériatrie, spécialité récente est relativement peu enseignée [5-7] et la recherche est moins développée dans ce domaine que dans d'autres [1]. De plus, la qualité des soins peut être dégradée par des attitudes ou des stéréotypes âgistes [6] que les professionnels peuvent adopter entraînant une insatisfaction des patients à l'égard de leurs soins ainsi qu'un sentiment d'isolement et des symptômes dépressifs [8].

Ces stéréotypes ou attitudes négatives diminuent l'empathie des intervenants et empêchent l'instauration d'une relation thérapeutique adaptée au sujet âgé, élément indispensable à la réalisation d'un soin de qualité [5]. En effet, l'empathie [9], capacité à partager les états affectifs d'autrui en les observant ou en les imaginant, permet de prédire et de comprendre les sentiments, les motivations et les réactions de l'autre. Les capacités empathiques dépendent des représentations, qui guident les réponses homéostatiques et comportementales [10,11].

Afin d'améliorer les connaissances et l'empathie des intervenants des services gériatriques, la Haute Autorité de Santé reconnaît le besoin de proposer des pédagogies innovantes [12][13]. Dans cette perspective, des formations à l'aide de jeux de rôle couplés à une combinaison simulant le grand âge ont été étudiés [14-17]. Bien que ces études soient hétérogènes les attitudes par rapport au vieillissement semblent améliorées par ces formations. Néanmoins, à notre connaissance, ces études ont été conduites uniquement auprès d'étudiants médicaux et paramédicaux.

L'objectif de notre étude était d'évaluer si ce type de pédagogie en simulation peut modifier la perception du vieillissement de professionnels hospitaliers et d'étudiants, de déterminer si le statut professionnel et l'âge modifient les résultats. L'objectif secondaire était d'affiner l'analyse de l'impact de la combinaison sur les représentations des intervenants: impact sur leur perception des

changements physiques des personnes âgées, sur la perception de leur sagesse et de leur participation sociale.

MATERIELS ET METHODES

Population

L'étude a été conduite de septembre 2017 à fin juin 2018 à l'hôpital Paul Brousse à Villejuif (APHP). La population d'étude concernait le personnel médical et paramédical des services, ainsi que les étudiants accueillis (internes, externes, stagiaires soignants,...). Cette étude ne nécessitait pas l'avis d'un comité de protection des personnes selon la loi Jardé. Chaque mois, des formations utilisant le costume de simulation du grand d'âge étaient proposées (volontariat des participants).

Procédure

Les formations duraient **trois** heures : **deux** formateurs et **quatre** apprenants. L'équipe de formateurs était composée de médecins, psychologues, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens, pédicure-podologue et d'une cadre soignante. Ceux-ci avaient bénéficié au préalable d'une formation professionnelle « A L'Ecole de la Prévention » intitulée « Sensibilisation aux difficultés liées au vieillissement avec un simulateur de vieillissement » (<http://www.alep-prevention.fr/animations/simulateur-vieillissement/>). De plus, afin d'uniformiser la pédagogie et l'approche des formateurs, des formations ont été réalisées de juin 2017 à août 2017 sans qu'elles ne soient prises en compte dans notre étude. Un des médecins était diplômé d'un master class en pédagogie en simulation.

Tout d'abord, une présentation sur le vieillissement normal était proposée (diaporama) de manière à rappeler les notions démographiques, les signes cliniques et diminuer les stéréotypes. La formation se poursuivait par la soumission d'un auto-questionnaire aux apprenants, la version française du « *Attitudes to Aging Questionnaire* » (AAQ) (tableau 1) [18,19]. Ce même questionnaire leur était à nouveau soumis en fin de formation de manière à pouvoir comparer les réponses. **L'AAQ** contient 24 questions qui sont divisées en trois sous-échelles : changement physique (items 3, 6, 9, 12, 15, 17, 20,

22), sagesse (items 1, 2, 4, 5, 10, 18, 19, 21), participation sociale (items 7, 8, 11, 13, 14, 16, 23,24). Chaque sous-échelle comporte 8 questions, chacune cotée sur 5 (1= désaccord, 5= fortement en accord). Les scores du questionnaire vont de 8 à 40 pour chaque sous-échelle. Le score global du questionnaire est la somme des items pour la sagesse et la participation sociale auquel on ajoute le score inversé pour le changement physique. Plus le score est élevé, plus on a une attitude positive par rapport au vieillissement.

Ce questionnaire a une bonne validité interne et externe et a été traduit en français [19]. La version française présente une structure similaire à celle de l'original. Cette version a démontré un bon niveau test-retest, une bonne fiabilité et une bonne cohérence interne.

Après la passation de l'AAQ, un briefing était réalisé selon les normes de la pédagogie en simulation : présentation des formateurs, tour de table, formulation des règles d'éthique (respect mutuel, absence de jugement, pas de piège intentionnel) et demande de confidentialité, possibilité d'arrêt à tout moment en cas de problème. Le costume de simulation était positionné sur deux des quatre apprenants : les deux apprenants restant avaient pour rôle d'aider à assurer la sécurité des apprenants portant la combinaison.

La combinaison simulant le grand âge est conçue pour mimer les effets du vieillissement physiologique (hormis les lunettes simulant des pathologies). Elle est constituée d'un casque réducteur du bruit (presbyacousie), de lunettes (simulant cataracte, glaucome...), d'une minerve, d'un gilet de poids, de coudières, de genouillères, de poids (poignets et chevilles) simulant l'effet de la sarcopénie, de gants et de sur chaussures visant à amenuiser les sensations proprioceptives.

Cette formation nécessite également : une salle au calme pour la passation du questionnaire, des aides techniques à la marche (déambulateur, canne), une radio, une chambre individuelle préparée (lit médicalisée, lève-personne, fauteuil, table, ...), des couloirs/escaliers. Pour les mises en situations repas et autres en chambre : bavoir, verre, carafe remplie aux $\frac{3}{4}$, compote, cuillère, monnaie, questionnaire de satisfaction, crayon.

Les deux apprenants portant la combinaison réalisaient alors les mises en situation accompagnés des formateurs et des apprenants observateurs. Ces situations avaient été élaborées par l'ensemble des formateurs (équipe pluridisciplinaire) d'après un parcours de soins classique d'un patient en service gériatrique.

Analyse statistique

Les traitements statistiques ont été réalisés à l'aide du logiciel d'analyse de données STATISTICA. Les résultats pour les différentes variables testées ont été considérés significatifs pour un p inférieur à 0,05. Les sous-échelles du questionnaire en pré et post-formations ont été comparées par des ANOVA à mesures répétées (analyse de variance) avec un plan factoriel intra-sujet 2x3 (prétest - posttest ; trois sous-échelles), ainsi qu'un plan factoriel inter-sujet (profession ; catégorie d'âge). Des tests post-Hoc de Bonferroni ont été réalisés si nécessaire.

RESULTATS

Les personnes incluses dans l'étude sont le personnel hospitalier ou les étudiants intervenant directement ou indirectement dans le parcours de soins des patients âgés pris en charge au sein des services gériatriques : Unité Gériatrique Aiguë (UGA), Soins de Suite et de Réadaptation Gériatrique (SSR), SSR Alzheimer, Soins de longue durée (SLD).

Cent vingt personnes ont été incluses dans l'étude (figure 1) : 102 femmes, 16 hommes et 2 personnes qui n'ont pas renseigné leur genre. Les catégories socio-professionnelles étaient les suivantes : 66 professionnels de soins, 39 étudiants et 15 chefs de projet. Parmi les professionnels et les étudiants, 19 intervenaient en UGA, 44 en SSR, 35 en SLD. Les 15 chefs de projets exerçaient une fonction administrative à l'hôpital. La répartition des intervenants selon leur âge est représentée dans le tableau 2 et selon leur catégorie professionnelle dans le tableau 3.

L'analyse des scores AAQ globaux obtenus en pré et post formation a mis en évidence une dégradation significative de la perception globale du vieillissement ($F(1,101) = 112,3, p < 0,001$) (figure 2). Aucune différence concernant la perception globale du vieillissement ne dépendait de l'âge ($F(4, 96) = 1,21, p > 0,05$), ni du statut professionnel ($F(10, 88) = 0,802, p > 0,05$). Les scores pour les **sous-échelles** se dégradent tous ($p < 0,001$), avec une dégradation significativement plus importante pour le score de dégradation physique ($F(2,202) = 7,188, p < 0,001$) (figure 3).

DISCUSSION

La réalisation de jeux de rôle utilisant une combinaison de simulation du grand âge dégrade la perception globale de la vieillesse quels que soient l'âge et le statut professionnel : le fait de vieillir est perçu comme plus difficile après utilisation de la combinaison qu'avant. En effet, la formation s'appuie sur l'utilisation d'un jeu de rôle qui impose à l'apprenant de ressentir le quotidien des patients âgés. Cette « immersion » mobilise le domaine affectif et augmente probablement l'empathie [20]. Ces résultats corroborent ceux d'études réalisées auprès d'étudiants utilisant d'autres questionnaires que l'AAQ [14][16]. La compréhension de ses propres émotions est une condition préalable à la compréhension de l'état émotionnel des autres personnes [9]. De plus, le scénario reproduit des situations proches de celles de la vie professionnelle ce qui renforce le mécanisme immersif [21]. La modification de perception du vieillissement des apprenants a pour but de déclencher des mécanismes empathiques. L'empathie ne dépend pas uniquement d'automatismes précoces ou des traits de personnalité des sujets [10][11]. Elle dépend des représentations et attitudes envers le vieillissement [9,22-23]. En gériatrie, les attitudes face au vieillissement peuvent être altérées par des stéréotypes âgistes [5,6,7,8]. La rectification des représentations partagées concernant les personnes âgées pourrait être bénéfique [9][23]. La compréhension du ressenti du patient **apparaît** essentielle pour instaurer une relation thérapeutique et réaliser des soins de qualité [24].

Le score global de la perception du vieillissement de l'AAQ est dégradé dans les 3 domaines (participation sociale, sagesse et modifications physiques) [19]. La dégradation de la perception des changements physiques est la plus marquée. Ainsi, une étude précédente a montré que le port du

costume améliorerait l'empathie et provoquait une perception plus négative du vieillissement [25]. En effet, le port de la combinaison altère particulièrement la motricité, la vue et l'ouïe et le scénario utilisé est très centré sur la motricité (monter/descendre les escaliers, se relever du sol) ainsi que sur l'affaiblissement des performances des organes des sens (presbycousie, lunettes simulant des pathologies liées au vieillissement). Les perceptions négatives du vieillissement sont généralement **sous-tendues** par la crainte de la perte d'autonomie physique, qui est particulièrement mise en évidence par le costume [26]. Ce changement de perception pourrait permettre aux formés de prendre en compte ces modifications importantes et ainsi de valoriser les habiletés encore présentes de leurs patients âgés. D'autre part, l'étude montre que la formation dégrade la perception de la participation sociale des personnes âgées. La simulation de la presbycousie, des troubles visuels et le fait de subir un temps d'attente seul dans une chambre permettent de prendre conscience de l'isolement quotidien des patients âgés. Il a, par exemple, été démontré que la qualité d'audition influence la vie sociale des personnes âgées [27]. Cet isolement social s'installe progressivement avec l'aggravation des troubles auditifs au fil des années [28]. La prise de conscience des déficiences sensorielles comme la diminution de l'audition peut amener les participants formés à adapter leur élocution mais aussi à contrôler, de manière plus systématique, la qualité auditive de leurs patients âgés. En outre, l'étude met également en évidence une dégradation de la perception de la sagesse habituellement associée au vieillissement réussi. Ceci est probablement dû au fait que le scénario reproduit les conditions d'hospitalisation d'un patient âgé et que le niveau de la sagesse nécessaire pour supporter les soins en milieu hospitalier semble trop élevé.

Enfin, notre étude met en exergue que l'impact de la combinaison sur la perception du vieillissement est le même quels que soient les statuts des apprenants, étudiants ou professionnels, et quel que soit l'âge.

Cette étude présente certaines limites : l'AAQ est un auto-questionnaire, ce n'est pas une mesure directe de l'empathie. Toutefois, une étude directe de l'empathie des soignants à l'aide d'observations réalisées sur leur lieu de travail soulèverait des questions trop personnelles. De plus, l'étude des modifications des **trois** classes perceptuelles manque peut-être de puissance. Néanmoins, cette étude

présente certaines forces : l'effectif est relativement large, l'AAQ permet de distinguer 3 attitudes par rapport au vieillissement et les modifications des attitudes des professionnels de santé ne diffèrent pas des modifications observée chez les étudiants, qui ont été particulièrement étudiés dans la littérature.

CONCLUSION

Cette étude a mesuré l'impact d'un jeu de rôle utilisant la combinaison simulant le grand âge sur les représentations de la vieillesse, et indirectement de l'empathie, chez des professionnels de santé et des étudiants dans le domaine de la santé. La perception globale du vieillissement quels que soient l'âge ou le statut professionnel est dégradée, particulièrement concernant le domaine physique. Ce jeu de rôle permet également une prise de conscience de l'isolement social des sujets âgés. Ainsi, il s'agit d'un outil pédagogique innovant à proposer aussi bien en formation initiale qu'en formation continue. Une étude est en cours pour évaluer à 6 mois la consolidation des acquis et l'impact éventuel sur les pratiques professionnelles.

Conflits d'intérêts : les auteurs n'ont pas de conflits d'intérêt.

Remerciements : Au Gerond'IF pour son aide logistique.

Références

1. Talpin JM. Psychologie clinique du vieillissement normal et pathologique. Malakoff : Armand Colin, 2013.
2. Balard F. “Bien vieillir” et “faire bonne vieillesse”. Perspective anthropologique et paroles de centenaires ». Recherches Sociologiques et Anthropologiques 2013 ; 44-1 : 75-95.
3. Cap Retraite. L’hôpital face au vieillissement de la population française : situation actuelle et à venir, à l’échelle régionale et départementale. Paris : Cap Retraite, 2017. <https://www.capretraite.fr/wp-content/uploads/2017/03/etude-2017-web.pdf> Consulté le 28 août 2019.
4. Bioy A, Bourgeois F, Nègre I. Communication soignant et soigné : repères et pratiques. Paris : Bréal, 2013.
5. Eymard AS, Crawford BD, Keller TM, et al. “Take a walk in my shoes”: Nursing students take a walk in older adults’ shoes to increase knowledge and empathy. Geriatric Nursing 2010; 31(2) : 137-41.
6. Lagacé M. L’âgisme : comprendre et changer le regard social sur le vieillissement. Québec : Presses de l’Université Laval, Nouvelles pratiques sociales, 2010 : 236-40.
7. Oakley R, Pattinson J, Goldberg S, et al. Equipping tomorrow’s doctors for the patients of today. Age Ageing 2014; 43(4): 442-7.
8. Booth L, Kada S. Student radiographers' attitudes toward the older patient – An intervention study. Radiography 2015; 21(2): 160-4.
9. Bernhardt BC, Singer T. The neural basis of empathy. Annu Rev Neurosci 2012; 35(1) : 1-23.

10. Singer T, Critchley HD, Preuschoff K. A common role of insula in feelings, empathy and uncertainty. *Trends Cogn Sci* 2009; 13(8) : 334-40.
11. Singer T, Lamm C. The social neuroscience of empathy. *Ann N Y Acad Sci* 2009; 1156(1) : 81-96.
12. Schmitt M. *Bienveillance et qualité de vie : Prévenir les maltraitances pour des soins et une relation d'aide humanistes*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Health Sciences, 2014.
13. Schmitt M. *Bienveillance et qualité de vie - T. 2 : Outils et retours d'expériences*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2015.
14. Robinson SB, Rosher RB. Effect of the “half-full aging simulation experience” on medical students' attitudes. *Gerontol Geriatr Educ* 2001; 21(3): 3-12.
15. Pacala JT, Boulton C, Hepburn K. Ten years' experience conducting the Aging Game workshop: was it worth it ? *J Am Geriatr Soc* 2006; 54(1): 144-9.
16. Varkey P, Chutka DS, Lesnick TG. The Aging Game: improving medical students' attitudes toward caring for the elderly. *J Am Med Dir Assoc* 2006; 7(4): 224-9.
17. Van Son C, Fitzgerald C. The « Sensory Kit »: teaching about sensory changes in older adults. *Nurs Educ Perspect* 2012; 33(3): 201-3.
18. Laidlaw K, Power M, Schmidt S. The attitudes to Ageing Questionnaire (AAQ): Development and psychometric properties. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007; 22(4): 367-79.

19. Marquet M, Missotten P, Schroyen S, et al. A validation of the French version of the Attitudes to Aging Questionnaire (AAQ): Factor structure, reliability and validity. *Psychol Belg* 2016; 56(2) : 80-100.
20. Shepherd CK, McCunnis M, Brown L, et al. Investigating the use of simulation as a teaching strategy. *Nurs Stand* 2010; 24(35): 42-8.
21. Brunero S, Lamont S, Coates M. A review of empathy education in nursing. *Nurs Inq* 2010; 17(1) : 65-74.
22. Cheng Y, Chen C, Lin CP, et al. Love hurts: an fMRI study. *Neuroimage* 2010; 51(2): 923-9.
23. Singer T. The neuronal basis and ontogeny of empathy and mind reading: review of literature and implications for future research. *Neurosci Biobehav Rev* 2006; 30(6): 855-63.
24. Eymard AS, Douglas DH. Ageism among health care providers and interventions to improve their attitudes toward older adults: an integrative review. *J Gerontol Nurs* 2012; 38(5): 26-35.
25. Lucchetti AL, Lucchetti G, de Oliveira IN, et al. Experiencing aging or demystifying myths? - impact of different "geriatrics and gerontology" teaching strategies in first year medical students. *BMC Med Educ* 2017;17(1):35.
26. Sargent-Cox KA, Anstey KJ, Luszcz MA. The relationship between change in self-perceptions of aging and physical functioning in older adults. *Psychol Aging* 2012;27(3):750-60.
27. Pronk M, Deeg DJ, Smits C, et al. Hearing loss in older persons: does the rate of decline affect psychosocial health? *J Aging Health* 2014; 26(5): 703-23.

28. Stam M, Smit JH, Twisk JW, et al. Change in psychosocial health status over 5 years in relation to adults' hearing ability in noise. *Ear Hear* 2016; 37(6) : 680-9.

Tableau 1 : Auto-questionnaire aux apprenants basé sur le « Attitudes to Aging Questionnaire » [19].

Ce questionnaire vous demande comment vous ressentez le fait de vieillir. Veuillez répondre à toutes les questions. Si vous n'êtes pas certain de la réponse à donner à une question, veuillez choisir celle qui semble la plus appropriée. Ce sera souvent votre première réponse. Gardez à l'esprit vos attentes, vos espoirs, vos passions et vos préoccupations. Nous vous demandons de réfléchir à votre vie en général.

Les questions suivantes demandent à quel point vous êtes d'accord ou non avec les énoncés. Si vous êtes d'accord avec ceux-ci, cochez la réponse « Tout à fait d'accord ». Si vous n'êtes pas du tout d'accord avec les énoncés, cochez la réponse « Pas du tout d'accord ». Si vous voulez indiquer que votre réponse se trouve quelque part entre « Tout à fait d'accord » et « Pas du tout d'accord », cochez une proposition entre les deux.

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Incertain	D'accord	Tout à fait d'accord
1. En vieillissant, les gens sont davantage aptes à faire face à la vie.					
2. C'est un privilège de vivre vieux.					
3. La vieillesse est une période de vie synonyme de solitude.					
4. La sagesse vient avec l'âge.					
5. Vieillir apporte beaucoup de choses agréables.					
6. La vieillesse est une période de vie synonyme de dépression.					
7. Il est important de faire de l'exercice physique à tout âge.					

Les questions ci-dessous demandent à quel point pour vous, les énoncés suivants sont vrais ou pas. Si ceux-ci sont extrêmement vrais pour vous, cochez la réponse « Tout à fait vrai ». Si pour vous les énoncés ne sont pas vrais, cochez la réponse « Pas du tout vrai ». Si vous voulez indiquer que votre réponse se trouve quelque part entre « Tout à fait vrai » et « Pas du tout vrai », cochez une proposition entre les deux.

	Pas du tout vrai	Pas tellement vrai	Moyennement vrai	Plutôt vrai	Tout à fait vrai
8. Vieillir a été plus facile que ce que je pensais.					
9. Je trouve qu'il est plus difficile de parler de mes sentiments en vieillissant.					
10. Avec l'âge, je m'accepte mieux.					
11. Je ne me sens pas vieux.					
12. Je perçois la vieillesse principalement comme une période associée à la perte.					
13. Mon identité ne se définit pas en fonction de mon âge.					
14. J'ai plus d'énergie que ce que j'espérais pour mon âge.					
15. Je perds mon indépendance physique en vieillissant.					
16. Mes problèmes de santé physique ne m'empêchent pas de faire ce que je souhaite.					
17. En vieillissant, je trouve qu'il est plus difficile de se faire de nouveaux amis.					
18. C'est très important pour moi de transmettre les bénéfices de mes expériences aux plus jeunes.					
19. Je pense que ma vie a changé quelque chose.					
20. Je ne me sens plus aussi impliqué dans la société, maintenant que je suis plus âgé.					
21. J'aimerais donner un bon exemple aux plus jeunes.					
22. Je me sens exclus de certaines choses à cause de mon âge.					
23. Ma santé est meilleure que ce que j'espérais pour mon âge.					
24. Grâce à l'exercice physique, je reste actif et en forme.					

Tableau 2 : Répartition des apprenants selon leur âge (n = 120)

<25 ans	40 (33%)
25 à 34 ans	32 (27%)
35 à 44 ans	26 (22%)
45 à 54 ans	15 (12,5%)
> 55 ans	7 (5,5%)

Tableau 3 : Répartition des participants selon leur catégorie professionnelle (n = 120).

Aides-soignants (AS)	44 (36,6%)
Infirmiers (IDE)	4 (3,3%)
Rééducateurs	13 (10,8%)
Médecins	2 (1,7%)
Cadres de Santé	3 (2,5%)
Chefs de Projet	15 (12,5%)
Stagiaires soignants	2 (1,7%)
Stagiaires rééducateurs	3 (2,5%)
Externes	29 (24,2%)
Internes	5 (4,2%)

Statut professionnel	n
Professionnel de soins	66 (55%)
Etudiants	39 (33%)
Chefs de Projet	15 (12%)

Figure 1 : Protocole expérimental de l'étude des effets de la combinaison simulant le vieillissement sur les intervenants des services gériatriques.

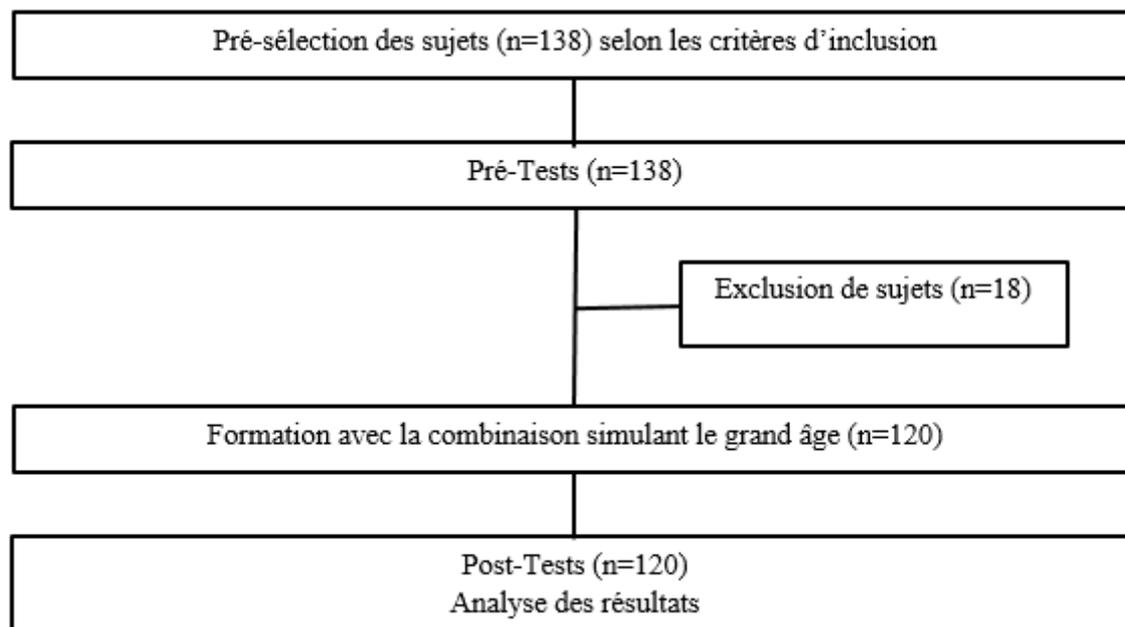


Figure 2 : Evolution de l'échelle « Attitudes to Aging Questionnaire » avant et après la formation sur le score global.

AV= avant

AP= après

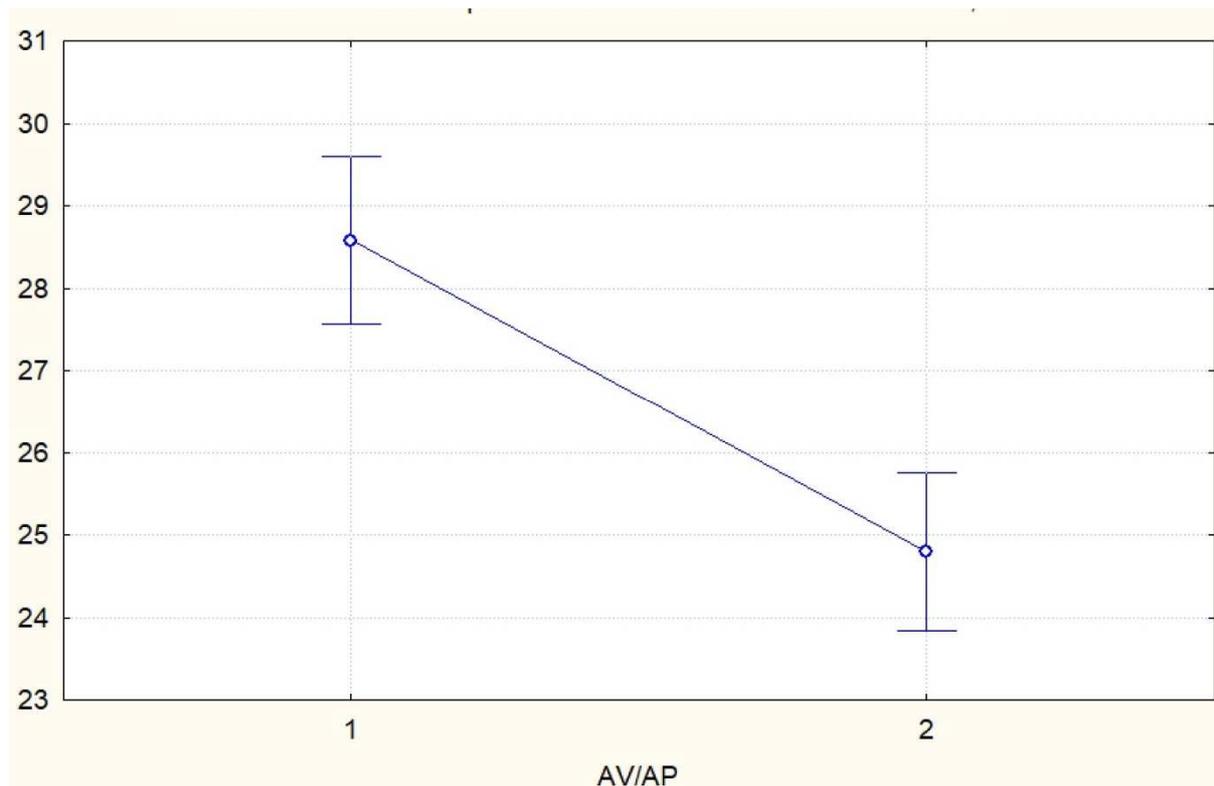


Figure 3 : Evolution de l'échelle « Attitudes to Aging Questionnaire » avant et après la formation sur les 3 sous-échelles : physique (bleu), sagesse (rouge) et participation sociale (vert).

AV= avant

AP= après

