

Aspects psychosociaux du vieillissement.

I. Quelles représentations du vieillissement dans nos sociétés actuelles ?

a) Constats édifiants... !!!

- 66,7 % des cartes d'anniversaire pour personnes âgées sont à connotations négatives (seulement 17% positives et le reste neutres). Alors que pour les moins de 40 ans, la connotation est positive pour 90 %.
- Prédiction taux des cancers selon l'âge en 2030 aux USA : 70 % pour les plus de 65 ans pourtant il y a une faible représentativité des vieux dans les essais cliniques (environ 30%).

→ ambivalence par rapport au vieillissement hausse du point de vue négatif et baisse du positif.

b) Définitions :

Âgisme (Butler, 1969) :

- Terme qui renvoie au fait que tout ce qui connote le vieillissement est perçu et interprété comme de façon négative.
- Véhiculer sur la personne âgée tous les **stéréotypes négatifs** qui sont émis à son sujet.
- Ensemble des attitudes négatives.
- Réactions hostiles de l'individu de tout âge à l'égard des « vieux » et de la *vieillesse*
- Deux types : l'**âgisme bienveillant** (laisser sa place à un petit vieux dans le bus) et l'**âgisme malveillant**.
- Ça nous concerne tous car on devient tous vieux !

Jeunisme :

- Engouement pour les techniques de chirurgie esthétique, de soins du corps et de culte de la jeunesse en général.
- Il ne faut pas vieillir ! (Sport, crème, chirurgie...) -> crainte/peur de vieillir (ce sur quoi jouent les médias)
- Jeunesse éternelle

L'âgisme et le jeunisme sont deux phénomènes parfaitement intriqués (=opposés/paradoxes)

<u>Discrimination en Europe :</u>	<u>Discrimination aux USA :</u>
Étendue de la discrimination vécue : <ul style="list-style-type: none">• Top 1 : l'âge (+ de 55 ans)• Top 2 : l'ethnie/genre• Top 3 : religion/handicap/sexualité.	Expressions d'attitudes négatives envers... <ul style="list-style-type: none">• Top 1 : les personnes âgées• Top 2 : les Afro-américains• Top 3 : les homosexuels

➔ La culture (le culte) du jeunisme est en partie due aux médias et à la mauvaise illustration du vieillissement qu'ils renvoient.

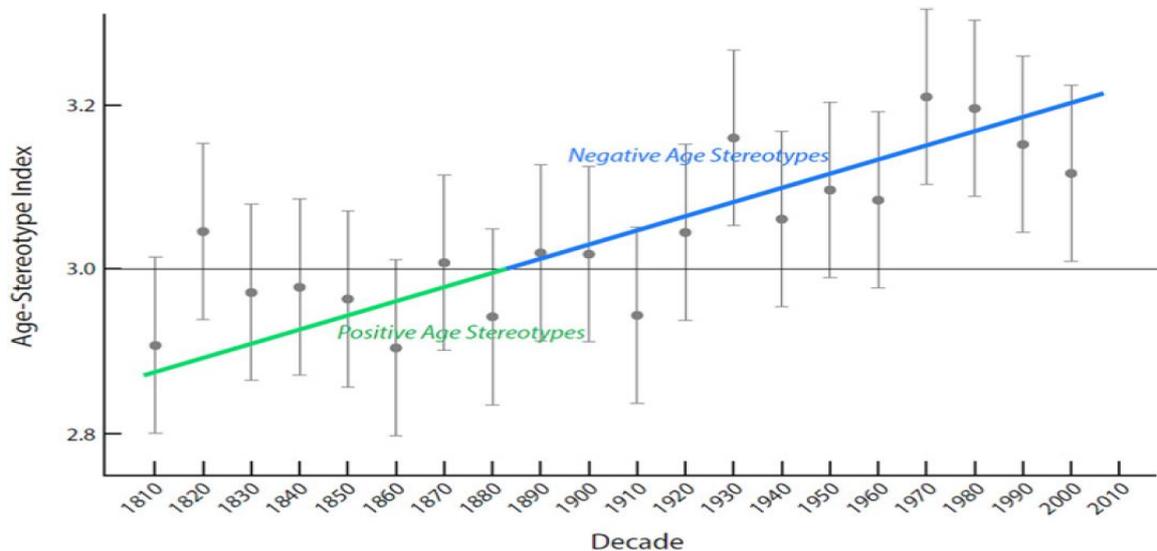
c) La vision du vieillissement

A quel âge arrêtons-nous d'être jeunes et commençons-nous à être vieux ?

La réponse dépend de l'âge de la personne interrogée, le vieux c'est jamais soi, c'est toujours l'autre.

Deux stéréotypes réguliers : Les vieux sont gentils mais incompétents. **Plus on est jeune, moins on pense les vieux compétents/capables.**

On n'a jamais été autant négatif envers les personnes âgées qu'à notre époque, en 1810, les mots associés aux personnes âgées étaient essentiellement positifs et ce jusque 1890, à partir de là, les personnes âgées sont perçues de plus en plus négativement.



On pourrait penser que plus un pays est développé, plus la vision du vieillissement est négative, mais une étude prouve que ce n'est pas forcément le cas : les Burundais ont, par exemple une vision bien plus négative que les Belges.

Pourquoi ?

- La **médicalisation du vieillissement**, à partir des années 70, on voit apparaître dans les textes un grand nombre de termes qui renvoient à la dépendance, à la perte physique, à la maladie chez la personne âgée
- Le **contexte socio-économique** :
 - ➔ Avant (années 60) : départ en retraite entre 60 et 65 ans, pour une durée d'environ 8 ans.
Aujourd'hui : il y a la préretraite vers 55 ans puis la retraite vers 60 ans et ce pour une durée d'environ 20 ans. -> On est plus vite et plus longtemps en retraite.
 - Causes :
 - L'augmentation de la durée de vie
 - Baisse de l'âge du départ en retraite + préretraite. (Car « vieux=inactif »)
 - ➔ Ainsi on parle du « problème du vieillissement et de la personne âgée » :
 - Pression économique sur le système de soin de santé
 - Pression économique car augmentation du budget nécessaire pour paiement des retraites (actuellement il faut 4 jeunes pour payer la retraite d'un aîné, dans quelques années il en faudra 2, la pression économique va doubler)
- Voir étude sur les Burundais et les Asiatiques (cours 3) -> leur vision du vieillissement est plus négative que dans les pays anglo-saxons à cause d'un **effet de masse démographique** des personnes âgées, c'est la même chose avec l'immigration.

d) Stéréotypes et Stigmatisation :

« Quels sont les 5 premiers mots qui vous viennent à l'esprit quand vous pensez à une personne âgée ? »

Bleu : neutre Vert : positif Rose : négatif

Etudiants :



Infirmières en oncologie :



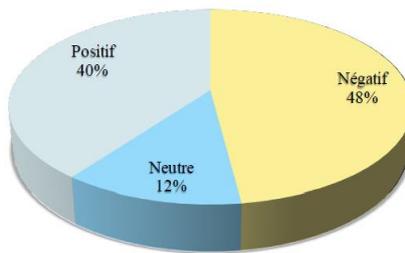
Chef infirmiers (CHU de Liège) :



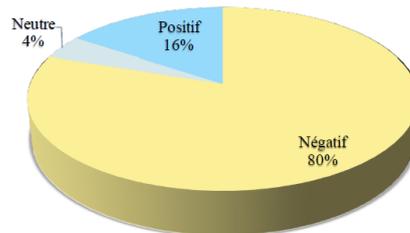
Alors que pour les jeunes :



Personnel FIH :

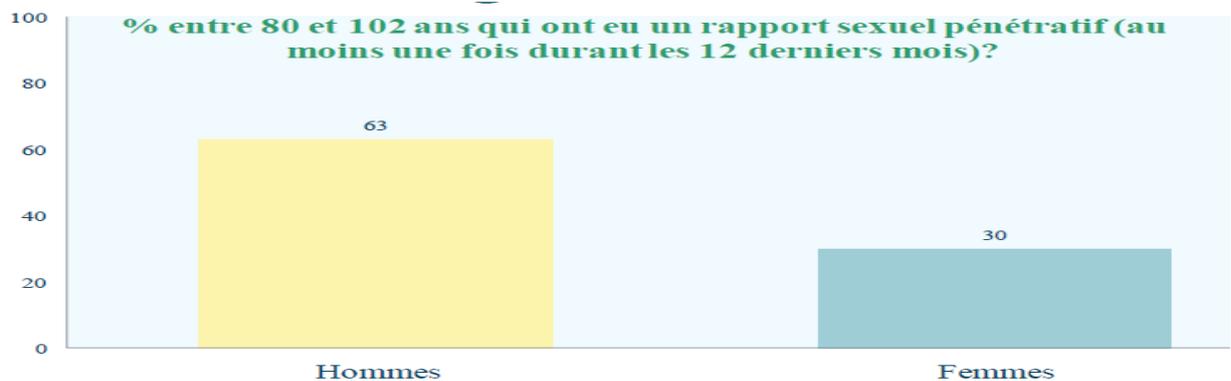
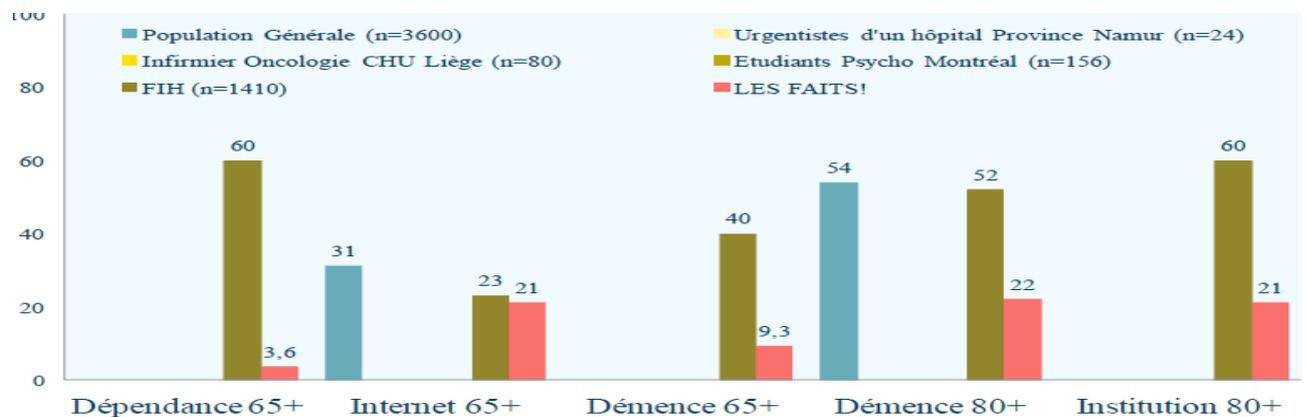
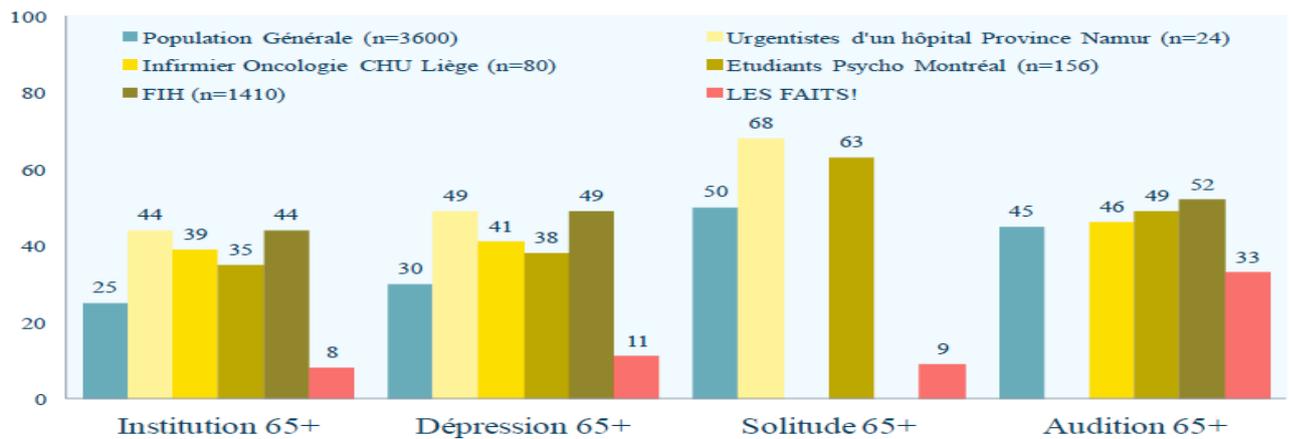


Pour les personnes atteintes d'Alzheimer :

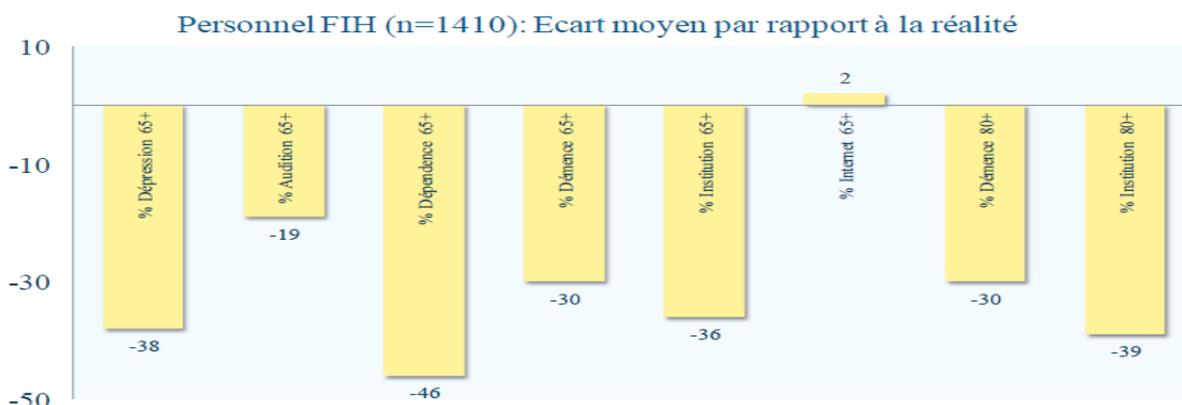


Questions :

- Quel est le pourcentage des personnes de + de 65 ans qui vivent en institutions ?
- Quel est le pourcentage des personnes de + de 65 ans qui souffrent de dépression ?
- Quel est le pourcentage des personnes de + de 65 ans qui se sentent seules ?
- Quel est le pourcentage des personnes de + de 65 ans qui ont des problèmes auditifs ?
- Quel est le pourcentage des personnes de + de 65 ans qui sont en situation de dépendance ?
- Quel est le pourcentage des personnes de + de 65 ans qui utilisent internet ?
- Quel est le pourcentage des personnes de + de 65 ans qui souffrent de démence ?
- Quel est le pourcentage des personnes de + de 80 ans qui souffrent de démence ?
- Quel est le pourcentage des personnes de + de 80 ans qui vivent en institution ?
- Quel est le pourcentage des personnes entre 80 et 102 ans qui ont eu un rapport sexuel pénétratif dans les 12 derniers mois ?



Personnel FIH (n = 1410)



Légende

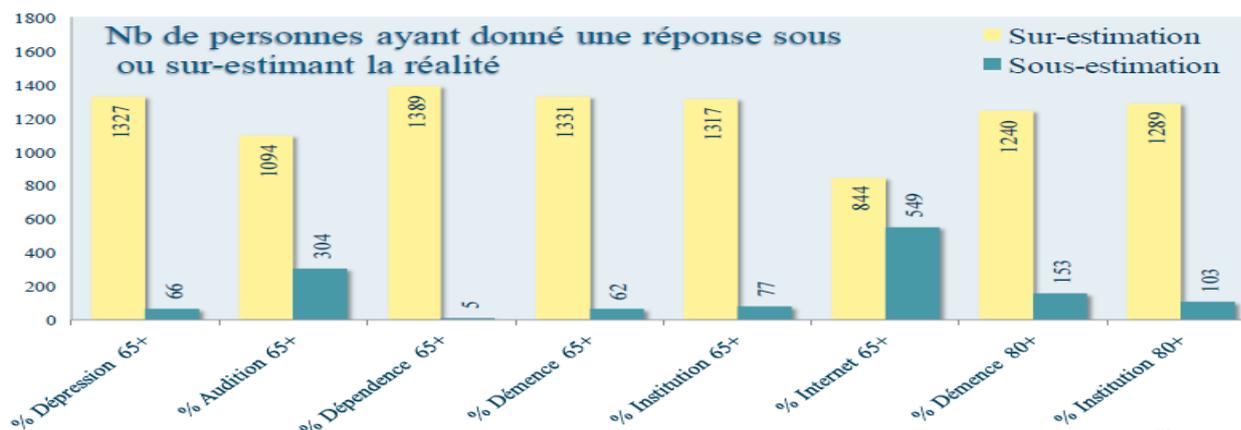
Ecart moyen des sujets par rapport à la réalité.

Par exemple, pour la dépression, le personnel a exagéré en moyenne de -38% l'estimation du nombre de dépression chez les + de 65 ans



Si on additionne tout, l'écart cumulé moyen est de -235 % !

Personnel FIH (n = 1410)



Positif = nombre de sujets qui ont donné une estimation réaliste (cad correcte) ou optimiste (cad un chiffre en faveur des aînés)

Négatif = nombre de sujets qui ont donné une estimation pessimiste (cad exagérant la réalité en défaveur des aînés)



Ecart accumulé : sur 1373 personnes, seules 26 ont une estimation globale non stigmatisante du vieillissement (c'est-à-dire réaliste) !!

La plupart des gens (surtout les jeunes) répondent à ces questions avec des pourcentages très élevés → Stigmatisation (généralisation) du vieillissement.

Par exemple, on pense que tous les vieux sont déprimés, alors **qu'il y a moins de dépression chez les personnes âgées que chez les jeunes**. Le bien-être ne diminue pas avec l'âge, au contraire il augmente ! La tentative de suicide est beaucoup plus courante chez les jeunes que chez nos aînés.

Avec une personne âgée, on parlera souvent plus lentement et plus fort, alors qu'elles ne sont pas toute sourdes, mais on fait une généralisation.

Le personnel hospitalier a une vision stigmatisante à 98% !!!

Facteurs de la stigmatisation :

- **L'éducation** : Une personne moins scolarisée à une vision plus négative du vieillissement
- **Le taux de présence sur le terrain**
- **L'âge** : plus je suis âgé, moins je stigmatise le vieillissement

Deux types d'aidant :

- **Aidant informel** : aide qu'on donne à nos proches.
- **Aidant formel** : aide qu'on donne en tant que professionnel.

Etude : Que vivent les retraités "récents" (5 ans maximum) ?

Questionnaire en ligne (moyenne d'âge 60 ans)

- ➔ 89 % considèrent avoir une vie satisfaisante
- ➔ Les personnes âgées sont beaucoup moins dépressives que les jeunes.
- ➔ Seulement 8% déclarent être passé par une phase dépressive au moment de la retraite et 12% se seraient senti diminuées. Ainsi la prévention sur la retraite n'est pas forcément bonne, car elle stigmatise.

II. Agisme et jeunisme : conséquences trop méconnues par les cliniciens !!!

a) Conséquences de l'agisme sur les personnes âgées :

- ➔ Menace du stéréotype
- ➔ Représentations intrinsèques du vieillissement

☹️ **Menace du stéréotype** (ex : on dit que les femmes conduisent mal, si elles ont ça en tête, elles auront plus de chances de faire un accident!) -> Prophétie auto-réalisatrice (//effet Pygmalion).

Ainsi, plus on renforce les stéréotypes sur le vieillissement, plus les personnes âgées les feront.

L'image que l'on renvoie aux personnes âgées nous dit comment on va vieillir -> impact du stéréotype !

Si je pense qu'une personne est incompétente et que je lui montre par mes paroles et mon comportement, la personne va se sentir diminuée et sera donc moins compétente, ce qui confirmera mon idée de base -> cercle vicieux (boucle de rétroaction)!

Exemple :

Tâches intellectuelles :

Mêmes tâches pour tout le monde, mais annoncées différemment :

- **Stéréotype négatif** : "Il est largement reconnu que les fonctions intellectuelles *déclinent avec l'âge*. Nous allons vérifier si c'est vrai en vous administrant des tâches intellectuelles et en comparant votre performance avec des sujets jeunes"
- **Neutre** : "On vous administre des tâches pour voir comment les gens se différencient les uns des autres"
 - ➔ Le fait d'être en compétition avec les sujets jeunes, la personne âgée risque de "perdre ses moyens" et de faire un test plus mauvais que si la tâche est présentée de façon neutre. La menace joue sur le niveau d'anxiété et le rapport à la tâche.

Dans une deuxième partie de cette étude, on distingue deux groupes de personnes âgées : celles qui ont des contacts positifs avec des personnes plus vieilles qu'elles (Groupe 1) et celles qui ont des contacts négatifs avec des personnes plus vieilles qu'elles (Groupe 2).

- Les résultats sont les mêmes dans la situation neutre, par contre dans celle de stéréotype négatif, seul le groupe 2 subit l'effet de la menace et réussit moins bien. Tout simplement parce qu'ils ont une moins bonne vision du vieillissement et donc étant comparés à des jeunes ils se dévalorisent.

(Mêmes résultats avec une expérience sur la conduite -> moins bonne conduite dans le groupe "comparé aux jeunes")

L'âge ressenti :

L'âge ressenti est un meilleur prédicateur de la santé (physique et mentale) que l'âge chronologique. Les personnes âgées se sentent 5ans plus vieilles après avoir passé un test de mémoire, c'est vrai pour les personnes âgées mais pas pour les jeunes, et si on leur dit que les jeunes passent aussi le test elles se sentent 10ans plus vieilles. Par contre, l'effet ne se montre pas si on leur fait passer un test de vocabulaire. On pourrait penser qu'elles se sentent plus vieilles car elles se sont trompées plusieurs fois dans le test mais ce n'est pas le cas car elles se sentent déjà 5 ans plus vieilles si on leur dit qu'elles vont passer un test de mémoire plus tard.

🧠 **Représentations intrinsèques du vieillissement**, notre vision du vieillissement va-t-elle déterminée notre devenir ?

On a suivi des personnes âgées pendant plusieurs années en les questionnant sur leur vision du vieillissement.

Etudes :

- Dimension mentale : Les personnes ayant une vision plus positive du vieillissement ont un déclin de la mémoire moins marquée et moins significative que ceux qui en ont une vision plus négative.
- Dimension physique :
 - Parmi les personnes qui 39 ans avant (jeunes à l'époque) avait une vision positive du vieillissement, 13 % ont développé des problèmes cardio-vasculaires, contre 25% pour les personnes qui avaient une vision négative.
 - Les personnes, qui 23 ans avant (la cinquantaine à l'époque) avait une vision positive du vieillissement, ont environ 7 ans de plus de probabilité de survie que les personnes qui avaient une vision négative. Ainsi la **vision du vieillissement à un impact sur la durée de vie**

Comment expliquer ces résultats ?

Les personnes ayant une vision positive du vieillissement ont une proportion nettement plus élevée à se mettre en adéquation avec **l'échelle de comportement de santé**

- En conclusion, les personnes ayant une vision négative préfère "profiter de la vie" en fumant, buvant, ne pas respecter certaines normes de sécurité, manger selon leurs envies... car ils ne souhaitent pas forcément devenir vieux.
- **La vision du vieillissement change l'importance qu'à notre santé physique et mentale.**

b) Qu'en est-il de nos attitudes ?

Etude :

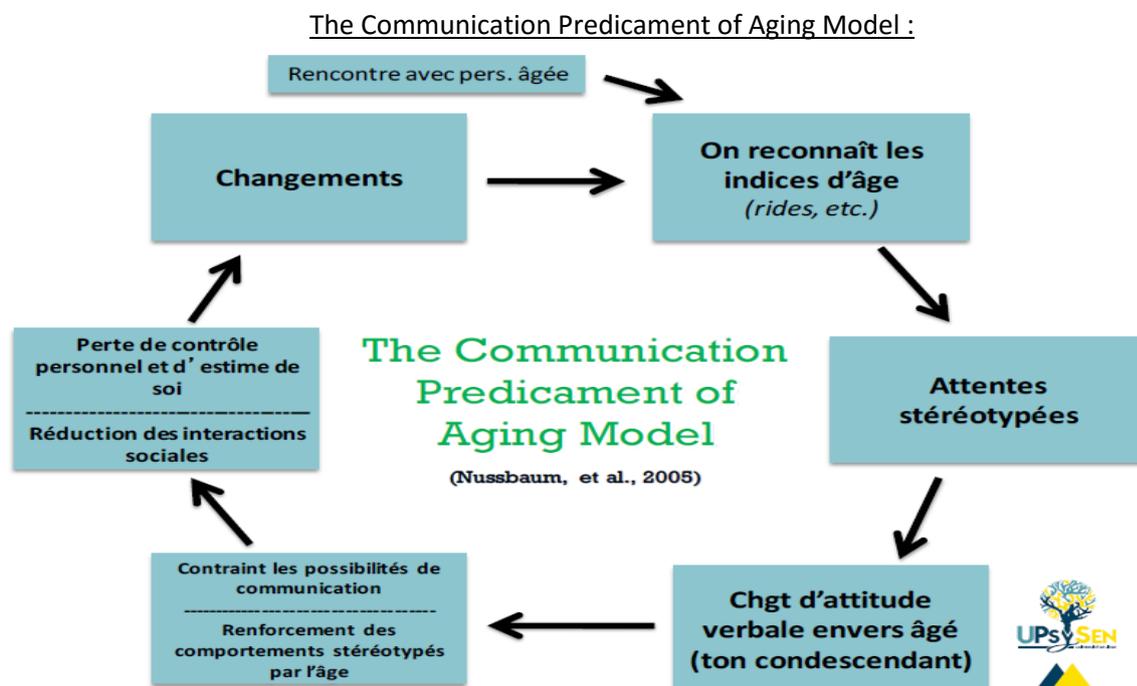
Les sujets doivent vendre un produit par téléphone. Au bout de quelques minutes d'interaction avec le "client", on donne la fiche d'identité du client au sujet (qui comporte l'âge).

Lorsque le sujet découvre qu'il parle à une personne âgée, il change de ton, il parle plus fort, utilise un vocabulaire plus simple et répète plus... Il parle le "petit vieux". C'est une communication stigmatisante !!

Il a été prouvé que **moins bien on parlera à une personne âgée, moins bien celle-ci parlera bien également** (demander de répéter, de parler plus fort...), non parce qu'elle n'a pas bien entendu mais parce qu'elle se demande alors si elle a bien compris. Notre mode de communication a diminué sa confiance en elle et ses capacités de compréhension.

Etude :

Communication entre soignants et patients par podcast (5min maximum), les soignants doivent expliquer le traitement prescrit à la patiente. Il y a deux patientes, l'une de 40ans, l'autre de 70 ans. Selon la patiente, le contenu et le ton de voix change complètement, le soignant ne parle pas des souffrances et des problèmes de sécrétions vaginales aux personnes âgées (comme si celle-ci n'avait plus de sexualité et que la souffrance qu'elle pouvait ressentir serait normal vue son âge) alors que le traitement et ses effets sont les mêmes pour les deux patientes.



Etude :

Une institutrice va présenter à l'enfant de 3 ans deux objets, il y a un objet que l'enfant connaît (balle) et un autre qu'il ne connaît pas (agrafeuse), l'institutrice dit d'abord « balle » à l'enfant puis « agrafeuse », par déduction l'enfant qui sait ce qu'est une balle va deviner que c'est l'autre objet l'agrafeuse. Si l'institutrice dit « matupo », c'est-à-dire un mot qui n'existe pas, l'enfant est censé deviner par déduction comme pour le mot « agrafeuse ».

Si l'institutrice est jeune et avenante, peu importe si le mot existe, l'enfant désigne le 2^e objet MAIS si l'institutrice est âgée, l'enfant doute de la compétence de l'institutrice et hésite à désigner l'objet (sauf si l'enfant à un entourage habituellement âgé).

➔ **Dès l'âge de 3 ans nos attitudes ne sont pas les mêmes face aux personnes âgées sauf si on a des contacts réguliers intergénérationnels !**

Le nombre de nos enfants mais surtout leur sexe détermine notre évolution de mémoire avec l'âge

- ➔ Une étude montre qu'avoir beaucoup de filles fait décliner plus vite la mémoire, car les filles sont plus maternantes et aidantes (aide informel), ce qui précipite plus vite dans la dépendance.

L'aide, qu'elle soit formelle ou informelle, n'est pas forcément bonne, car plus on aide une personne, plus elle se sentira dépendante de celle-ci.

Exemple :

Taches psychomotrices (puzzles):

72 sujets en bonne santé (âge moyen 78 ans)

Les sujets doivent résoudre des casse-têtes, on va les entraîner en leur faisant faire 5 séances de 20 minutes, MAIS ils seront répartis en 3 groupes :

- Aide physique du personnel (spontanée ou à la demande)
 - Encouragé verbalement
 - Seul, pas aidés
- ➔ Les personnes ayant reçu une aide physique sont les moins bonnes, car on leur enlève leur indépendance et donc une partie de leurs croyances en leurs propres capacités. La **meilleure solution est l'encouragement verbal**, car la personne se sent en confiance, capable et ainsi trouve la tâche de moins en moins difficile !

Taches psychomotrices :

60 sujets âgés non-déments (âge moyen 77 ans) répartis en 3 groupes

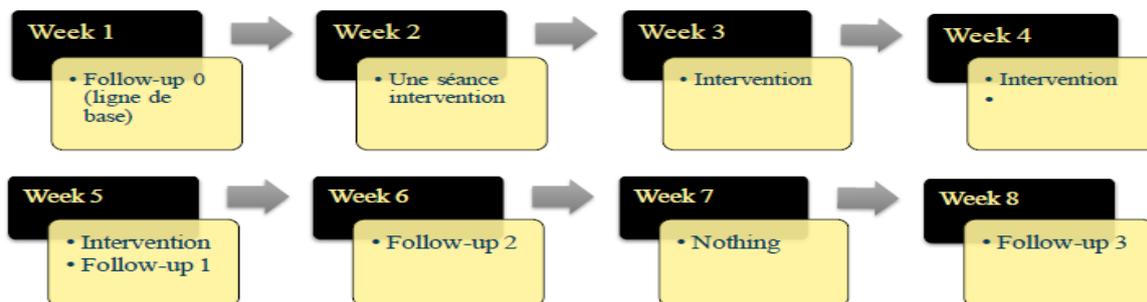
- Étape 1 : écoute d'un texte lu et tâche de compréhension MAIS texte active stéréotypes soit négatifs, neutres ou positifs.
 - Étape 2 : Résoudre un casse-tête avec contrainte de temps de 10min (or il faut 25min en moyenne pour résoudre ce problème pour des personnes âgées)
 - Possibilité de demander de l'aide en appuyant sur une sonnette
- ➔ Les personnes âgées ayant eu un texte aux stéréotypes négatifs demandent significativement plus de fois de l'aide que les autres ! **Les stéréotypes négatifs renforcent la dépendance et la perte de confiance en ses propres capacités.**

Des études montrent également que les stéréotypes vont même influencer la volonté de vivre des personnes âgées, si on active (même inconsciemment) un stéréotype négatif, la personne âgée va moins s'accrocher à la vie (refus de traitement...) et même plutôt se laisser mourir (syndrome de glissement) plutôt que de se battre (**résilience**).

c) Comment réduire l'influence des stéréotypes ?

- Avec les contacts intergénérationnels positifs
- ➔ Des contacts plus étroits entre les générations peuvent réduire la distance psychologique entre « anciens » et « jeunes »
- Formation, sensibilisation : changer l'attitude (communication...)

Etude sur une proposition d'intervention clinique visant à renverser l'influence des stéréotypes :
100 sujets entre 61 ans et 99 ans vus pendant 8 semaines



Follow-up : 3 mesures qui font un score entre 0 (mauvais) et 12 (bon) : vision du vieillissement en général, vision d'eux même par rapport au vieillissement, condition physique.

Interventions : 4 groupes : activation implicite de stéréotypes positifs, activation explicite de stéréotypes positifs, activation implicite et explicite de stéréotype positifs, groupe contrôle (pas d'activation)

Résultats :

- Activation implicite : la vision du vieillissement en général s'est améliorée dès la semaine 5, la vision d'eux même s'améliore à la semaine 6, mesure physique s'améliore à la semaine 8.
- Activation explicite : aucun effet sur la condition physique et sa propre image mais effet positif sur la vision du vieillissement en général (mais 30% de moins qu'avec activation implicite)
 - ➔ 4 semaines d'intervention implicite amènent à de meilleurs résultats que 6 mois de kiné sur la condition physique ! (/ !\attention résultats d'une étude non répliquée)
 - ➔ **L'activation implicite génère une meilleure vision du vieillissement, donc par la suite une meilleure vision de soi-même et ainsi grâce à une plus forte confiance en soi, une meilleure condition physique.**

d) Première conclusion :

- **Vision très négative actuellement par rapport au vieillissement**
- **Conséquences importantes sur la santé physique et mentale des aînés !**
- **Conséquences sur les personnes qui sont en interactions avec les aînés !**
- **Effet circulaire (cercle vicieux)**
- **MAIS possibilité de réversibilité !**

III. L'âgisme dans des contextes spécifiques :

a) Agisme en emploi :

Contexte « schizophrénique » !!

Nous sommes dans un contexte économique et démographique où il y a beaucoup de personnes âgées et le vieillissement est perçu comme un coût (surtout par rapport à la question du paiement des retraites).

Ceci génère :

- D'un côté de l'âgisme dans la société qui provoque une volonté d'envoyer les âgés en retraite plus tôt pour laisser la place aux jeunes qui sont plus compétents et productifs.
- De l'autre la volonté de différer les retraites, c'est-à-dire maintenir nos aînés plus longtemps en emploi.
 - ➔ Contexte « schizophrénique »

Au regard de la société, on est vieux vers 65 ans, selon les institutions pour âgées on est vieux vers 80 ans. **Dans le contexte du travail on est vieux à 45ans, c'est le contexte où on est vieux le plus tôt.** Deux groupes sont alors différenciés : les jeunes et les vieux (par exemple pour la visite médicale).

Stéréotypes sur les âgées au travail :

- Pas intéressés par la technologie
 - Moins compétents
 - Moins productifs
 - Manquant de créativité
 - Moins physiquement aptes
 - Ayant un jugement ralenti
 - Moins flexible
 - Apprennent moins bien
 - Plus résistants aux changements
 - Moins d'années restant dans l'entreprise
- ➔ Faits ou invention ? Dans les deux cas, cela a des conséquences.

Stigmatisation et/ou discrimination au travail :

Âgisme chez les gestionnaires (ex : ressources humaines) va générer des actes que l'on qualifie de **communication organisationnelle âgiste**, c'est-à-dire qu'il va y avoir une politique en matière de développement professionnel qui va être différente et négative envers les employés plus âgés.

Exemple de communication organisationnelle âgiste :

- Recrutement plutôt des jeunes car plus compétents et restent plus longtemps en entreprise (par exemple, en Belgique, un employé de plus de 50 ans à cinq fois moins de chance d'être engagé).
- Formations dirigées vers les jeunes car les âgés sont réfractaires à la technologie, résistants au changement et restent moins longtemps en entreprise (seulement 10% des entreprises proposent des formations pour travailleurs âgés).
- Remise en question des compétences de façon récurrente.

Conséquences :

- Plus on dit d'une personne qu'elle n'est pas compétente, moins elle se sentira compétente et moins elle sera compétente -> **Prophétie auto-réalisatrice des stéréotypes**
 - **Mécontentement du travailleur senior** qui ne va pas se sentir reconnu à sa valeur
 - **Désengagement psychologique** : baisse d'estime de soi, insatisfaction professionnelle, désengagement effectif (moins de motivation)
- ➔ **Ce qui va alors renforcer l'âgisme du gestionnaire -> Cercle vicieux !**

Confrontation des stéréotypes à la littérature scientifique :

Stéréotypes	Réalité (littérature)
Vieux = Moins capables, moins motivés, moins productifs...	-Peu de preuves que les performances professionnelles diminuent avec l'âge -D'après certaines études, les performances professionnelles s'améliorent avec l'âge -Si parfois un déclin est observé, il est léger -Plus de différences de performances à l'intérieur des groupes d'âge qu'entre les groupes d'âge
Vieux = moins flexibles, moins capable de s'adapter, plus difficiles à entraîner, plus résistants aux changements	Pas d'étude pour infirmer ou confirmer cela... ➔ Donc préjugés

Vieux = capacités d'apprentissage moindre -> moins de potentiel de développement	-En laboratoire : résultats confirment cela -Sur le terrain : ce résultat est moins observé -Parfois données qui disent l'inverse !
Vieux = durée d'emploi plus courte -> moins d'années pour l'employeur pour récolter les bénéfices des investissements en formation	-Les âgés ne produisent généralement pas de retour plus faible sur investissement car ils sont moins susceptibles de quitter leur travail (stabilité) -Le retour sur investissements est plus rapide avec âgés

Ainsi, les stéréotypes sont une exagération, voire une invention, de la réalité !

- ➔ Certes, les jeunes courent plus vite..., mais les vieux arrivent premiers car ils connaissent les raccourcis (expériences) !!

Pistes pour « gérer » l'âgisme au travail :

Attention, parfois, plus on essaie de raisonner les gens (justifications, explications...), plus on risque de développer le symptôme.

Etude :

Vous êtes dans une entreprise et on vous invite à juger les CV de futurs collaborateurs. On vous présente deux CV identiques aux niveaux des compétences etc., seul l'âge diffère, l'un a 35 ans, l'autre 55 ans.

Résultats : on juge systématiquement plus négativement la compétence du travailleur plus âgé.

Puis on vous demande d'imaginer que vous êtes dans une entreprise qui constate que le maintien des séniors est très profitable pour la productivité de l'entreprise (avec des experts, des articles...)

Résultats : on juge encore plus négativement la compétence du travailleur plus âgé.

- ➔ Ainsi, la contre-communication doit se faire de manière extrêmement subtile sinon, cela peut avoir l'effet inverse de l'effet recherché !

Initiatives récentes dans la gestion :

- Entreprise BMW : création de deux unités pour la conception d'une voiture (une jeunes et une séniors) -> Résultats : productivité moindre chez les séniors
 - ➔ **Adaptation de l'emploi en tenant compte de l'âge :** amélioration de l'ergonomie, nouvelle gestion des pauses plus adaptées... -> Résultats : productivité s'est égalisée entre les deux unités.

Etude sur le rythme circadien :

(Etes-vous plus du matin ou du soir ?)

En général, les âgés sont plus du matin et les jeunes plus du soir/après-midi. Ainsi, les chercheurs étant souvent jeunes, font passer les tests de comparaison souvent l'après-midi, qui est un moment plus favorable aux jeunes qu'aux âgés, ce qui peut en un sens expliquer certains résultats plus négatifs chez les personnes âgées.

Dans une étude, des sujets jeunes du soir et des sujets âgés du matin sont testés sur un test de mémoire le matin (8h-9h) ou le soir (16h-17h).

Résultats : Quand le test est le matin, les résultats entre les deux groupes sont identiques (légèrement meilleurs chez les âgés) alors que quand le test est le soir, les résultats sont significativement moins bons pour les âgés et meilleurs pour les jeunes.

- ➔ Ainsi, c'est un élément important à prendre en compte dans le milieu professionnel (aménagement des pauses, répartitions des tâches...)

Conclusion :

- **Gérer le vieillissement dans l'entreprise, c'est d'abord connaître le vieillissement !**
- **Besoin d'un « culture » du vieillissement pour éviter une gestion stéréotypée**
 - ➔ **Besoin de formation des responsables en entreprise !**

Selon une étude, ¼ des retraités auraient préféré rester en emploi sous certaines conditions, mais la retraite les a obligés à ne plus travailler.

b) Agisme dans le contexte pathologique :

En oncogériatrie (cancer):

Il y a très peu d'études et d'expérimentations sur les personnes âgées sur ce sujet.

Etude chez des patients atteints :

Questionnaire permettant de mesurer les attitudes stéréotypées du vieillissement que les âgés perçoivent chez le personnel et leurs impacts.

Résultats :

Personnel stéréotypé amène à :

- Plus de douleurs corporelles
- Moins bonne santé mentale
- Moindre satisfaction générale
 - ➔ L'attitude du personnel va être prédictive d'un ressenti plus douloureux ou non du patient.

Etude sur le personnel infirmier en oncologie :

On a voulu voir si leur vision de l'âge était prédictive de leur attitude de soin (encouragement au traitement).

76 infirmiers en oncologie de 22 à 63 ans ($M = 35$ ans)

Réponses par écrit sur la vision de l'âge et l'encouragement au traitement.

On propose trois cas clinique, de femmes ayant un cancer du sein, qui sont très semblables (taille tumeurs, morphologie...), la seule chose qui change clairement entre les trois cas c'est l'âge de la patiente (35 ans / 55 ans / 75 ans).

On précise que le cancer du sein est traité par mastectomie, les paramètres cliniques sont compatibles avec une chimiothérapie mais la patiente hésite à demander une reconstruction mammaire.

On demande alors au personnel de dire si elle encourage ou non (échelle de 1 à 7) la chimio et la reconstruction mammaire.

Résultats : Plus les patientes sont âgées, moins l'encouragement est fort surtout pour la reconstruction mammaire. Ainsi, la reconstruction mammaire, à partir de 55 ans, étant beaucoup moins encouragée, est beaucoup moins pratiquée.

On a pu dissocier dans les 76 sujets du personnel infirmier deux groupes :

- Ceux qui font une différence entre les patients jeunes et les âgés, qui ont une vision âgiste !
 - ➔ 67%
- Ceux qui ont une attitude équivalente quel que soit l'âge du patient
 - ➔ 33%

La vision qu'on a du vieillissement va prédire comment on va aborder un symptôme, discuter avec un patient ou encourager ou pas un traitement.

Dans la maladie d'Alzheimer :

L'âge est le facteur principal de cette maladie, donc la population en lien à cette pathologie est âgée. Dans notre société, la maladie d'Alzheimer est considérée comme étant « pire que la mort ! ». Il y a une **double stigmatisation** : âgisme et jeunisme / stéréotypes associés à la maladie.

Les médias ont tendance à sur-généraliser les situations extrêmes qui sont en réalité des minorités (exemple le plus jeune Alzheimer de France -> 39ans).

- ➔ Génère un **phénomène d'hyper-vigilance sur le symptôme**, au moindre petit oubli, on s'inquiète alors qu'il est important d'oublier certaines choses.
- ➔ Génère un **phénomène d'amplification du symptôme**, on s'inquiète d'avoir oublié quelque chose, donc on stress, on déprime et donc on dort moins bien, la fatigue réduit notre concentration et donc on oublie encore plus...

Certaines personnes sont mortes en ayant des lésions au cerveau caractérisant la maladie, mais en n'ayant jamais les symptômes qui y sont associés. Les personnes arrivantes au stade grabataire de la maladie sont une minorité.

On peut demander à se faire euthanasier si on a Alzheimer mais la demande doit être faite AVANT d'avoir la maladie, c'est-à-dire de prendre une décision "éclairée". Mais la décision dans ce contexte ne peut pas être éclairée, car avant de l'avoir on ne peut pas savoir ce qu'est la maladie d'Alzheimer, ni comment on va la vivre. La décision sera basée sur une image de la maladie qui est stéréotypée et négative. De plus, un malade d'Alzheimer peut encore prendre une décision éclairée.

Stéréotypes :

- Le patient atteint de la maladie est « perdu »
 - Catastrophe ! Il va ne plus savoir qui il est.
 - Maladie de la mémoire : « ils perdent leur mémoire ! »
 - Tout est touché (perte de l'ensemble des fonctions)
 - Plus capable de rien faire !
 - Il faut que le patient reste actif ! Il faut « travailler » sa mémoire
- Deux types d'attitudes : maternant / harcelant -> conséquences délétères

➔ **Liés à la méconnaissance de la maladie et du fonctionnement cognitif !**

Conséquences :

- chez les patients : suicides (alors que parfois le diagnostic est fait bien trop tôt, peur de perdre sa dépendance, ses moyens, sa vie...)
- pour les proches : concept en psychologie systémique de "**perte ambiguë**", deuil paradoxal (présence physique mais absence mentale)

Enjeux cliniques et éthiques :

- Modalités du diagnostic (menace du diagnostic)
- Stigmatisation liée au diagnostic (on pense que le malade ne sait plus rien faire)
- Jamais de remise en question de nos attitudes ("c'est à cause de la maladie")
- Perte du pouvoir décisionnel (ex : chez le notaire)
- Prévention toujours abordé sous un angle positif et parfois trop abondante (amène au risque de développer des symptômes)

Conclusion :

« Les gouvernements et les organisations internationales qui s'occupent du problème du vieillissement devraient mettre en œuvre des programmes visant à informer la population en général du sujet du processus de vieillissement et des personnes âgées. Cette sensibilisation devrait débuter dès l'enfance et être dispensée dans les établissements d'enseignement de tous les niveaux ..., ce qui conduirait à une connaissance plus profonde du sujet et aiderait à corriger les attitudes stéréotypées que l'on observe trop souvent à cet égard dans les générations actuelles. »

IV. Démographie du vieillissement :

Double focalisation :

- **Groupe de population** = personnes âgées
 - ➔ Changement de nombre, de composition et de distribution spatiale
- **Processus démographique** = Vieillissement (comparaison à la population globale)
 - ➔ Changement de la structure d'âge de la population dans son ensemble

Quid des facteurs provoquant ces changements ? (ex : diminution de la natalité et augmentation de l'espérance de vie...)

Quid des conséquences de ces changements ? (en termes de quantité de la population, de la santé publique, économique...)

a) Origine du vieillissement de la population :

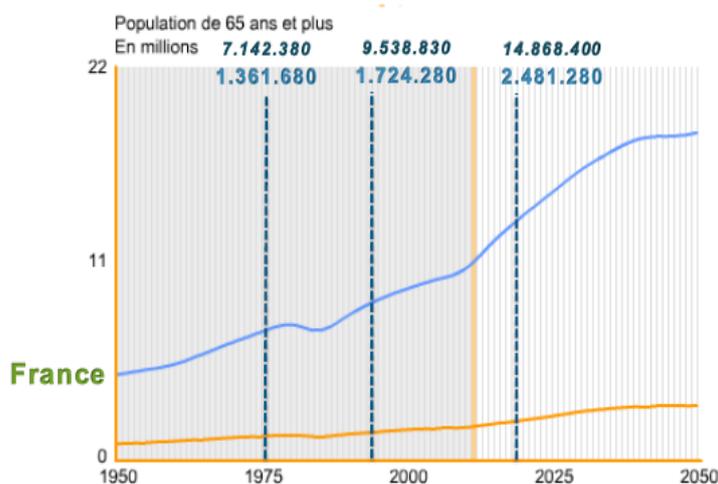
Deux causes essentielles :

- **Vieillissement par la base** : réduction de la natalité et diminution de la mortalité avant 60 ans.
- **Vieillissement par le sommet** : augmentation de l'espérance de vie après 60 ans et de la longévité
 - Espérance de vie = durée de vie moyenne des individus d'une espèce donnée
 - Longévité = durée de vie maximale d'une espèce

Vieillissement des populations :

En termes quantitatif :

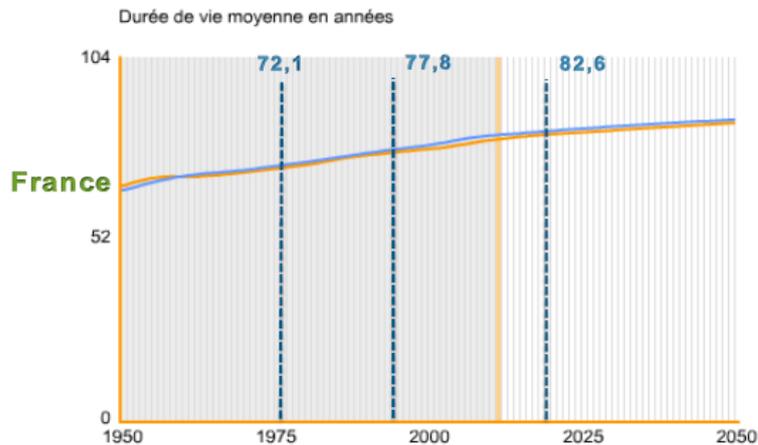
Belgique:



Entre 1975 et 2015, pour la Belgique, comme la France, la population de 65 ans et plus a doublée.

En termes de durée de vie :

Belgique:

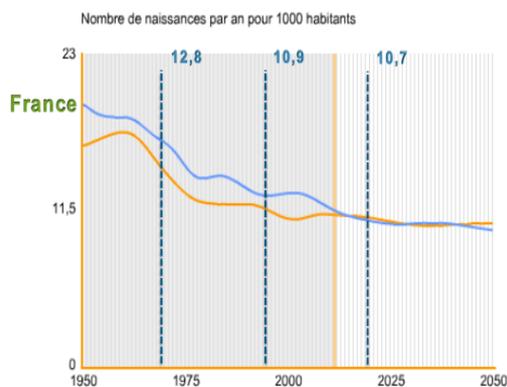


En termes de sexe :

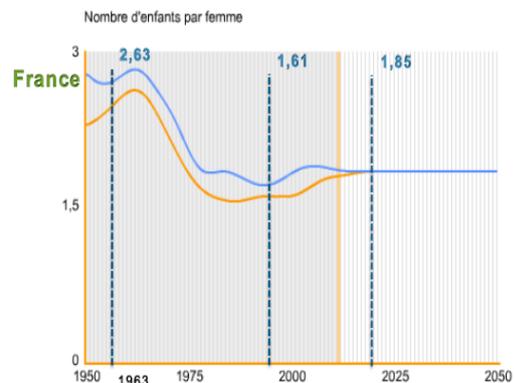
L'espérance de vie est plus élevée chez la femme, même si cette différence s'atténue de plus en plus. Ainsi, il y a en parallèle du vieillissement de la population, une féminisation de la population.

En termes de naissance :

Belgique:



Belgique:



Si on cumule la baisse des naissances, l'augmentation de l'espérance de vie... et qu'on rassemble tout ça, on voit que démographiquement **la population est progressivement de plus en plus vieillissante.**

➔ **Conséquences économiques :**

- Augmentation du coût de retraite (car moins de jeunes mais plus de vieux, il y a de plus en plus de retraités et de moins en moins de jeunes actifs car augmentation du chômage et de la durée d'étude). -> pression économique !
- Augmentation du coût en soins de santé.

Coût budgétaire du vieillissement = la variation de l'ensemble des dépenses sociales sur une période donnée, en % de PIB.

→ Prépension, pensions, soins de santé

Certaines dépenses sociales non spécifiquement liées au vieillissement de la population y sont donc également intégrées.

→ Allocations familiales, chômage, incapacité de travail...

Un quart du PIB de notre pays est lié aux dépenses sociales, et cela augmente notamment les dépenses liées au vieillissement (pensions, soins de santé...)

b) Le vieillissement démographique conduit à :

- **Une féminisation**
- **Une situation d'isolement social**
- **Un statut socio-économique d'inactif** (retraite)
- **Un degré moyen d'instruction faible** (car vieux actuels ont été moins scolarisés)
- **Nouveau calendrier des générations** : avant famille à 3 étages (jeunes, adultes, 3^e âge), maintenant famille à 4 étages (jeunes, adultes, 3^e âge, 4^e âge), ce qui amène à des changements de rôle dans la famille (on prend sa retraite non plus pour s'occuper de ses petits-enfants mais parfois pour s'occuper de ses propres parents)

c) Les effets du vieillissement :

Présence de prévisions contradictoires :

- Vision alarmiste:
 - Augmentation des coûts liés à la santé
 - Stagnation économique (moindre productivité)
 - Diminution du pouvoir d'achat des jeunes
 - Réduction des revenus pour les pouvoirs publics
- Vision optimiste:
 - Ajustement de la société au vieillissement

Catastrophisme démographique s'explique par:

- Le fait que faire des projections à long terme implique la constance de divers paramètres
- La pensée commune selon laquelle les dépenses de santé augmentent car la population vieillit
- Le postulat selon lequel les personnes âgées seraient uniquement un coût pour la société et qu'elles ne lui apporteraient rien

Evolution vers une vision positive:

- Âgés vivent plus vieux mais en meilleure santé plus longtemps
- Personnes âgées restent actives (aide pour famille, bénévolat, etc.) -> rend service à la société

V. Vision du vieillissement, activation des stéréotypes et cognition.

(Par Manon Marquet)

Quelles interactions possibles chez les personnes âgées et leurs interlocuteurs ?

a) Introduction :

Etude :

109 participants d'âge moyen de 71 ans.

Quelles sont les plus grandes peurs des personnes âgées ?

La peur la plus fréquemment rapportée est la peur de perdre la tête (42 sur 109), puis la peur des maladies (donc de la mort) et en troisième position de perdre un proche.

En parallèle, beaucoup d'études ont montré qu'on peut induire des stéréotypes chez la personne âgée qui peuvent avoir des effets sur sa santé cognitive.

Il y a différentes manières d'activer des stéréotypes, soit via la **menace du stéréotype** (on présente des informations soit subtiles, soit modérément explicites, soit très explicites), soit par **auto-stéréotypisation** (on présente des informations subliminales)

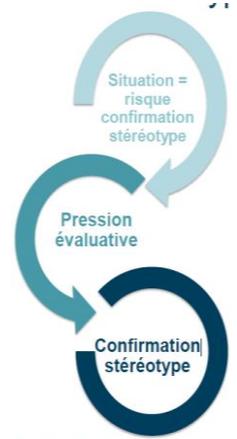
b) Menace du stéréotype

La menace du stéréotype, c'est une situation dans laquelle une personne (ex. : un participant âgé) court le **risque de confirmer un stéréotype négatif** (ex. : déclin de la mémoire) sur un groupe auquel elle appartient (ex. : les personnes âgées).

La crainte de confirmer ou d'être vu comme confirmant un stéréotype négatif relatif à son groupe social, et donc d'être réduit à ce trait négatif, entraîne une augmentation de la **pression évaluative** sur l'individu.

Celle-ci conduit, via divers mécanismes médiateurs, à la situation paradoxale de la **confirmation du stéréotype** (c.à.d. l'obtention de moins bons résultats dans un test de mémoire).

→ **Cercle vicieux !**



/ !\ La menace du stéréotype n'est pas spécifique aux personnes âgées !

Les différents types de menaces :

- Centrée sur le stéréotype : on donne des informations à la personne qui sont uniquement stéréotypées, mais on ne confirme pas le stéréotype pour autant, on fait juste en sorte que la personne soit consciente du stéréotype. -> *contexte ambigu*
- Centrée sur les faits : on donne le stéréotype à la personne et on lui donne aussi pleins de justifications pour prouver que c'est vrai (ex : articles...) -> *stéréotypes rendus crédible*
- Très explicite : (ici-> centrée sur le stéréotype) cf. étude taches intellectuelles en comparaison aux jeunes p.6/7
- Explicite : (ici -> centrée sur les faits) par exemple, on demande d'abord aux personnes âgées de répondre à un questionnaire simple qui évaluera l'importance qu'elles donnent à leur mémoire, puis on leur fait lire un article sur la mémoire des personnes âgées qui est positif, négatif ou neutre, ensuite on leur fait passer un test de mémoire et enfin on leur demande de répondre à un questionnaire pour évaluer leur anxiété face à leur mémoire.
Résultats : Les personnes ayant lu l'article négatif, ont de moins bons résultats au test de mémoire. Ces effets sont encore plus marqués si on tient compte de l'importance que la personne apporte à sa mémoire.
- Modérément explicite : (ici -> centrée sur le stéréotype) par exemple, on fait passer un test de mémoire à des personnes âgées,

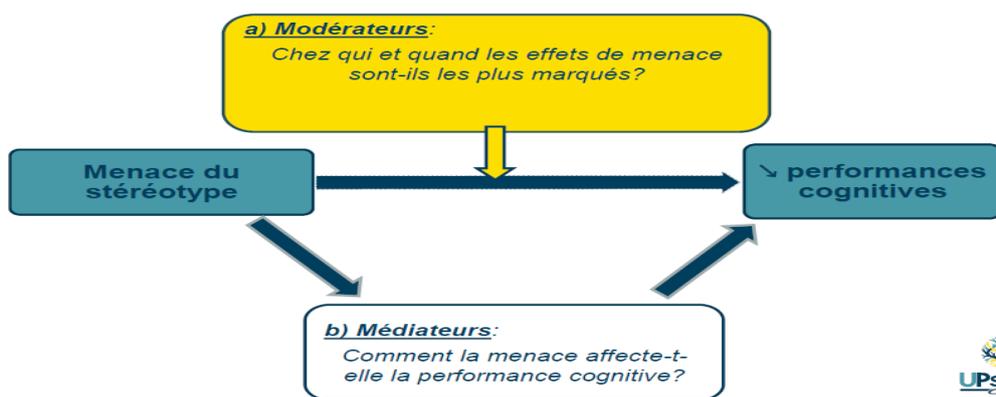
- dans la condition neutre : on leur dit que c'est un « test de mémoire dans lequel jeunes et âgés ont des performances similaires » et on leur demande de noter sur le protocole leurs initiales
- dans la condition de stéréotype négatif : on leur dit que c'est un « test de mémoire pour voir comment les jeunes et les âgés se différencient » et on leur demande de noter sur le protocole leur âge

Résultats : les personnes du groupe stéréotypes négatifs ont de moins bons résultats.

- Subtile : par exemple, on demande à des personnes âgées de lire une histoire, puis de rappeler le plus possible d'éléments de l'histoire
 - Dans la condition neutre : on leur dit que c'est un « test de compréhension à de lecture », on leur demande de noter sur le protocole leurs initiales et on les entoure de personnes âgées qui font aussi le test
 - Dans la condition de stéréotype négatif : on leur dit que c'est un « test de mémoire », on leur demande de noter sur le protocole leur âge et on les entoure d'un jeune adulte qui fait aussi le test

Résultats : les personnes du groupe stéréotypes négatifs ont de moins bons résultats.

Quels sont les modérateurs et les médiateurs de la menace des stéréotypes ?



Les modérateurs :

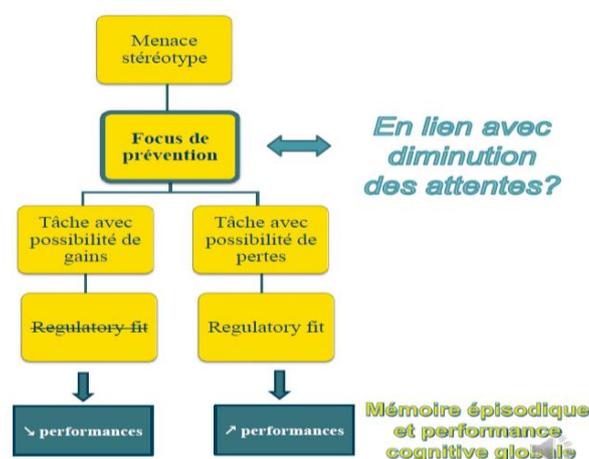
(Par exemple, l'importance accordée à la mémoire est un modérateur.)

- Menace centrée sur le stéréotype à des effets plus marqués que la menace centrée sur les faits. (mais globalement, les effets réels des stéréotypes sont petits)
- Caractéristiques liées à la tâche :
 - Type de rappel libre VS indicé, reconnaissance, limité en temps, dans un contexte particulier.... -> Plus difficile avec des contraintes !
 - Type de tâche (items plus ou moins pertinents) : par exemple les âgés sont moins bons dans le rappel différé
- Caractéristique contextuelle :
 - Lieu / Moment du testing : par exemple, l'hôpital est supposé être un milieu plus « familier » et le matin un moment plus « favorable » pour les personnes âgées.
- Caractéristiques personnelles :
 - Perception de la mémoire (importance et sentiment d'efficacité)
 - Contacts intergénérationnels : s'ils sont positifs et fréquents aide à lutter contre la menace du stéréotype
 - Vision du vieillissement

/ !\ L'âge ne serait pas un modérateur !!

Les médiateurs :

- Augmentation de l'anxiété diminue les performances et renforce les effets des stéréotypes MAIS attention l'anxiété n'est pas toujours un médiateur, si elle est générale ou évaluée avant le test.
- Diminution des attentes : dans la menace du stéréotype, la personne s'attend à moins bien faire et c'est justement pour ça qu'elle va moins bien faire.
- Diminution du contrôle exécutif : (ex : moins de regroupement sémantique dans un test de mémoire) dans la situation d'activation de stéréotype, l'attention de la personne est perturbée par des interférences, des pensées qui la déconcentrent. La personne n'a plus le contrôle de son attention et donc obtient de moins bons résultats. Le contrôle exécutif est utilisé en partie pour gérer la menace.
- Absence du regulatory fit : (plus adapté aux personnes âgées que le contrôle exécutif) l'hypothèse est que la menace du stéréotype induirait une attitude particulière chez la personne âgée, et que lorsque la tâche (en focus de prévention qui a pour but de limiter les pertes) est centrée sur un gain, il n'y aurait pas de concordance entre la stratégie adoptée par la personne et la tâche (donc pas de regulatory fit) ; alors que lorsque la tâche est centrée sur la perte, il y aurait une concordance entre les deux (regulatory fit), ce qui permet d'avoir une meilleure performance.



c) Auto-stéréotypisation

Selon cette théorie, à partir de l'enfance et durant tout l'âge adulte, on intériorise des stéréotypes (positifs ou négatifs) à propos des personnes âgées car on vit dans une société âgiste. Ainsi, lorsqu'on devient âgés, ces stéréotypes deviennent des auto-stéréotypes, on en devient nous-mêmes la cible. Ces stéréotypes peuvent aller jusqu'à influencer la représentation qu'on a de nous-mêmes.

Etude longitudinale:

On a évalué chez des personnes adultes la vision qu'elles ont des personnes âgées, puis on suit ces personnes sur plusieurs années. On peut constater que si elles ont une vision négative du vieillissement, leur mémoire sera moins bonne au fil des ans que si elles en ont une vision positive. Le déclin de la mémoire est encore plus marqué à l'âge, où ces personnes considèrent qu'on est vieux, car elles se considèrent donc comme étant devenues vieilles.

Activation subliminale de stéréotypes :

On fait passer un test de mémoire aux sujets.

Puis ils doivent regarder un écran, où une croix apparait et des mots sont flashés au-dessus ou en dessous de cette croix. Les sujets doivent appuyer sur une touche ou l'autre selon l'endroit où le mot apparait. Mais les mots sont flashés trop rapidement pour les lire consciemment.

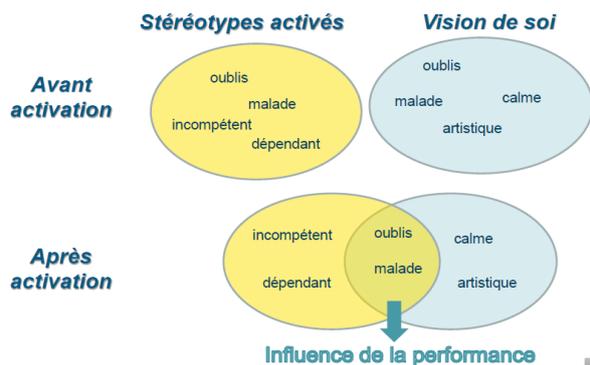
2 groupes :

- Mots flashés sont des stéréotypes positifs : « sagesse », « expérience »...
- Mots flashés sont des stéréotypes négatifs : « décrépitude », « dégradation »...

Ensuite, ils doivent repasser un test de mémoire.

Résultats : il y a une diminution des performances chez les personnes soumis aux stéréotypes négatifs et une amélioration chez les stéréotypes positifs.

Dans les études, il y a, d'un côté, l'activation des stéréotypes et de l'autre côté, la vision que la personne a d'elle-même. C'est le recouvrement des deux, c'est-à-dire les stéréotypes communs aux deux, qui vont influencer les performances.



Lien entre la théorie de l'auto-stéréotypisation et la menace du stéréotype.

Ces théories sont complémentaires.

L'auto-stéréotypisation permet plus de comprendre comment les stéréotypes sont intériorisés au cours de la vie et peuvent influencer la performance de manière inconsciente. Ainsi, elle montre que les stéréotypes sont présents tout le temps et peuvent être activés à n'importe quel moment.

Alors que dans la menace du stéréotype, les stéréotypes sont activés dans des contextes particuliers, selon la manière dont on va formuler les choses, c'est quelque chose de plus situationnelle.

d) Stéréotypes positifs

Quels sont les stéréotypes positifs et leurs effets ? Sur quels types de tâches vont-ils se marquer ?

Les effets délétères de l'activation de stéréotypes négatifs peuvent être jusqu'à **trois fois plus importants** que les effets bénéfiques résultant de l'activation de stéréotypes positifs et ceci, comparativement à une condition neutre.

Pourquoi les effets négatifs se marquent plus que les effets positifs ?

Les effets des stéréotypes positifs ne fonctionnent que sur des domaines/tâches concordants (par exemple le stéréotype « attentif » aura un effet positif sur la mémoire mais pas sur la condition physique, alors que le stéréotype « en forme » aura un effet positif sur la condition physique mais pas sur la mémoire).

Ce n'est pas le cas pour les stéréotypes négatifs qui, peu importe si les domaines/tâches concordent, auront un effet négatif dans tous les cas. Ils sont plus étendus.

De plus, nous vivons dans une société âgiste, ainsi, les stéréotypes négatifs sont beaucoup plus présents que les positifs, ce qui fait qu'il est plus facile d'activer des stéréotypes négatifs car les personnes ont souvent déjà une vision plutôt négative du vieillissement.

→ *Alors qu'une personne âgée répond plus fortement à l'activation négative lorsqu'elle à des représentations initiales du vieillissement déjà davantage négatives, elle ne répond pas plus fortement à l'activation positive si elle a une vision initiale plus positive.*

Théorie du choking under pressure : comme dans la menace du stéréotype, les personnes âgées peuvent, avec l'activation de stéréotypes positifs, avoir peur de ne pas bien répondre aux « attentes », c'est-à-dire ne pas arriver à confirmer le stéréotype et donc à cause du stress se rapprochent du groupe contrôle.

e) Maladie d'Alzheimer : Menace du diagnostic ?

La peur de développer cette maladie ne peut-elle pas faire que la personne se retrouve dans la situation de menace du stéréotype ?

La menace du diagnostic est similaire à la menace du stéréotype sauf qu'on se dit qu'un diagnostic va avoir un effet sur les performances.

Par exemple, un patient va voir un spécialiste de la maladie d'Alzheimer pour avoir un diagnostic car son médecin lui soupçonne cette maladie. Le spécialiste va donc faire passer des tests au patient, le problème est que, comme pour la menace du stéréotype, le patient va être stressé et il y aura donc de fortes chances que ses performances baissent. -> Menace du diagnostic !

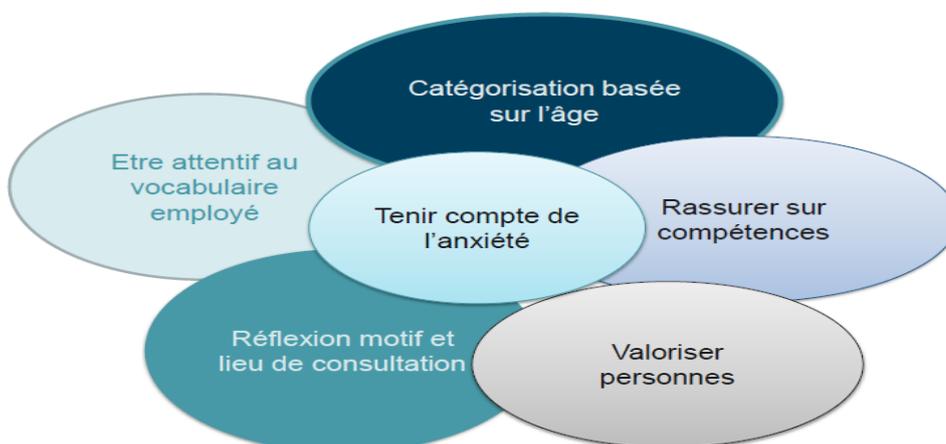
Etude Taches psychomotrices (puzzles) (voir p.9)

En lien avec ces études, on pourrait se demander comment cela se passe pour des personnes qui sont diagnostiquées comme atteintes de la maladie d'Alzheimer ? Les personnes qui s'occupent d'elles n'ont-elles pas tendance à trop les aider, du fait de leur maladie, pour essayer de préserver leurs capacités mnésiques ?

Ainsi, les stéréotypes à propos de cette maladie peuvent avoir des effets avant le diagnostic mais aussi après.

f) Et en pratique ?

En situation clinique et expérimentale, il faut faire attention à un certain nombre de choses :



***Catégorisation basée sur l'âge** : ne pas induire chez la personne l'idée qu'elle est vieille.

VI. Représentation des personnes âgées chez les enfants et les adolescents.

(Par Allison Flamion)

Actuellement, la vision du vieillissement dans les sociétés occidentales est une vision plutôt négative.

- Agisme : Toutes les formes de discrimination, de ségrégation et de préjudice envers les personnes âgées fondées principalement sur des stéréotypes négatifs
3 composantes :
- **Cognitive** (stéréotypes)
 - **Comportementale** (attitudes)
 - **Affective** (préjugés)

Les stéréotypes peuvent être analysés selon deux dimensions, une dimension de chaleur et une dimension de compétence. La personne âgée est le plus souvent catégorisée comme incompétente et chaleureuse, elle se retrouve donc catégorisée au même titre qu'une personne handicapée ou attardée.

L'âgisme existe déjà chez les très jeunes enfants (3 à 7ans).

Chez les enfants, l'âgisme peut être étudié via le développement des stéréotypes en général.

a) Premières recherches chez les enfants.

La représentation des personnes âgées chez les enfants a été étudiée pour la première fois dans les années 1960 et plus précisément en 1968 avec des enfants américains de 8ans à qui on demandait de décrire une personne âgée.

Il faut attendre environ sept ans (1975) pour avoir la seconde étude sur la représentation des personnes âgées chez les enfants/ado, ici on demande à des jeunes de 10 à 17 ans de décrire 3 photos (homme de 30-50-70 ans) puis on leur donne une échelle sémantique avec à chaque fois un couple d'adjectif (ex : good-bad) et on leur demande de situer la personne âgée sur l'adjectif correspondant selon eux. On peut constater qu'il y a plus de bonté et de sagesse et moins d'activités et de performance, ce qui ramène au deux dimensions vu précédemment (chaleur-incapacité).

Comment récolter la représentation des personnes âgées chez les enfants et les adolescents ?

b) Les outils de mesures

Le premier instrument de mesure applicable aux enfants est le **Children's Attitudes Towards the Elderly (CATE)** qui est un test qui a été utilisé chez les enfants américains de 3 à 11 ans. La CATE comporte :

- Des questions ouvertes : « Que peux-tu me dire sur les personnes âgées ? » « Qui sont les personnes âgées que tu connais ? » « Qui sont les personnes âgées que tu connais ? » « Que ressens-tu face au fait de devenir vieux ? »
- Des interviews individuelles que les chercheurs ont eues avec les enfants.
- Des échelles sémantiques avec des couples bipolaires d'adjectifs et l'enfant doit placer une croix là où il pense que la personne âgée se situe.
(Exemple : bonne santé _____ mauvaise santé)
- Des photographies/dessins à commenter et les chercheurs vont poser des questions par rapport aux images « Pourquoi est-ce la personne la plus âgée ? » « Avec quelle personne préférerais-tu être ? » « Quelles activités peux-tu faire avec elle ? »



D'autres outils de mesure existent également dans la littérature (mais ne sont pas repris dans la CATE)

- Des affirmations Vrai/faux utilisées pour évaluer les connaissances que l'enfant a sur le vieillissement « *Quand une personne devient âgée elle ne peut plus voir, sentir, entendre, goûter ou toucher aussi bien que pourrait le faire une personne plus jeune* »
- Des questions fermées (exemple : « *Où apprends-tu des choses sur les personnes âgées ? a. TV b. avec grand parent c. à l'école* »)
- Echelles de Likert où la réponse donnée par les enfants suit une certaine graduation (exemple : « *Combien de fois vois-tu tes grands parents ?* » *Tous les jours Toutes les semaines une ou deux fois par ans....*)
- Techniques plus qualitatives : dessins, on demande à l'enfant de dessiner une personne âgée puis les chercheurs vont analyser ces dessins (voir s'ils contiennent beaucoup de stéréotypes, s'ils sont positifs ou négatifs)
- Images à pointer
- Marionnettes

En conclusion, parmi toutes ces échelles de mesures, aucune n'a été validée en français.

c) Représentation des personnes âgées chez les jeunes.

De **nombreuses études empiriques** existent sur ce sujet mais elles sont **hétérogènes** dans leurs méthodes d'évaluation et de récolte des représentations (nombreux outils qui existent) et dans leurs résultats.

Quand on reprend toutes les études :

- Soit il y a une vision positive du vieillissement chez les enfants, il n'y a pas d'attitudes et de pensées âgistes qui sont clairement marquées chez les enfants.
- Soit il y a une vision ambivalente du vieillissement chez les enfants, il y a des stéréotypes âgistes qui sont bien marqués chez les enfants mais ils sont associés en partie à des attitudes positives.

Voir étude « Matupo » p. 8 !

Etude :

Enfants de 5 ans.

On leur présente trois marionnettes (une d'un enfant qui va à l'école, une d'une adulte qui est institutrice et une d'une personne âgée qui était avant institutrice).

On pose ensuite des questions sur les marionnettes :

« Avec quelle marionnette préférerais-tu jouer ? » -> 48% choisissent la marionnette enfant et 22% choisissent la marionnette âgée !

On fait ensuite passer à l'enfant une tâche de conservation du nombre (Piaget) où se trouvent deux rangées avec le même nombre d'objets disposées pareil (tâche initiale), on demande à l'enfant s'il y a le même nombre d'objets et qu'il répond « oui » on le garde pour la tâche suivante.

Ensuite on modifie la deuxième rangée en écartant les objets, puis on demande à l'enfant « cette rangée a-t-elle le même nombre d'objets que l'autre ou l'une d'elles en a plus ? »

-> 3 conditions :

- Soit c'est la marionnette enfant qui pose la question
- Soit c'est la marionnette adulte qui pose la question
- Soit c'est la marionnette âgée qui pose la question

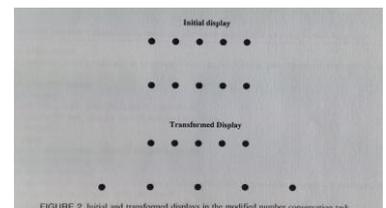
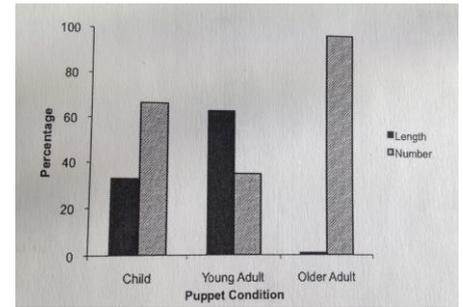


FIGURE 2: Initial and transformed displays in the modified number conservation task.

Résultats : dans les conditions marionnette enfant et âgés, les enfants répondent souvent qu'il y a le même nombre dans les deux rangées, mais dans la condition marionnette adulte, ils répondent que les lignes ne sont pas les mêmes, qu'il y a transformation de la ligne. On voit donc qu'il y a une modification selon la condition. Dans la condition de l'adulte, les enfants partent du présupposé que la question qui est adressée par un adulte est un test pour voir s'ils ont une bonne capacité à discerner qu'il y a un changement et donc leurs réponses vont évoquer d'avantage ce changement. Dans la condition de la personne âgée, les enfants se disent que la personne âgée est confuse et qu'il y a une confusion sur le nombre d'objets, mais sachant qu'il y a le même nombre ils vont répondre que les deux lignes sont similaires.



La même étude est de nouveau réalisée mais cette fois avec des personnes (l'une jeune, l'autre âgée) Les résultats sont identiques.

Chez les enfants belges :

Etude :

Enfants de 7 à 11 ans.

On leur demande de dessiner « un homme âgé, une femme âgée, l'un de tes grand-père, l'une de tes grands-mères ».

Résultats : Les représentations des grands parents sont plus positives que la représentation des personnes âgées de manière générale.

Etude :

Enfants et ados de 7 à 16 ans.

On leur demande de répondre à un questionnaire comprenant

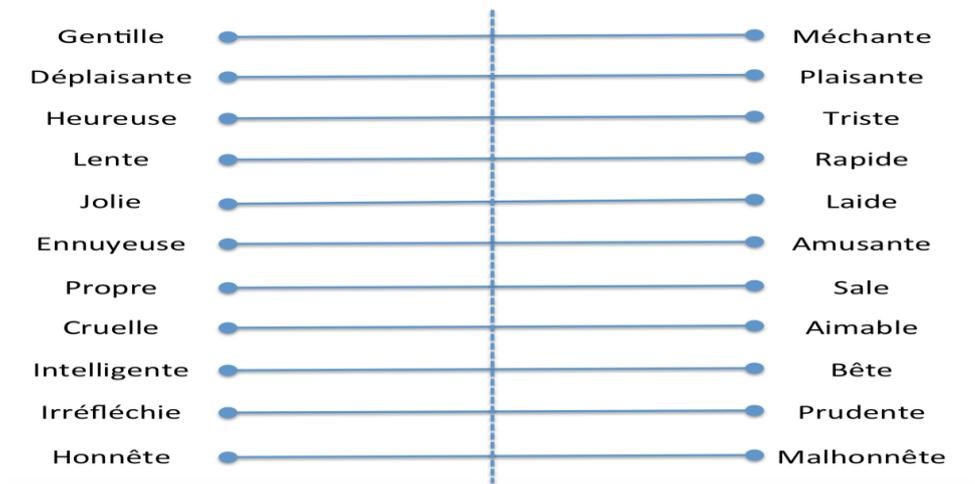
- des questions ouvertes (exemple : « A partir de quel âge devient-on une personne âgée ? » « A partir de quel âge arrête-t-on d'être jeune ? » « Cite les 5 premiers mots qui te viennent à l'esprit en pensant à une personne âgée » « Cite 3 personnages âgés de dessins animés » « Cite 3 personnages jeunes de dessins animés »)

- Echelle de Likert revisité pour les enfants

1. Le suicide des enfants et des adolescents est plus triste que celui des personnes âgées.	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
2. Les personnes âgées gardent leur argent et leurs biens pour elles (elles ne veulent pas partager, elles sont donc avares).	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
3. Les personnes âgées ne voient pas l'intérêt de se faire de nouveaux amis ; elles se limitent aux amis qu'elles ont depuis des années.	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
4. Les personnes âgées ne font que vivre dans le passé.	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
5. Parfois, quand je vois des personnes âgées, j'évite de croiser leur regard.	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord

- Echelle sémantique (Section III de la CVOA : Children's View of Aging) :

Une personne âgée est plutôt:



Résultats :

Selon les enfants belges, on devient vieux à 61 ans en moyenne (chez les adultes belges la réponse est 64 ans), on arrête d'être jeune à 34 ans (chez les adultes belges la réponse est 50 ans). On voit donc qu'il y a un certain écart entre l'âge de fin de jeunesse et l'âge de vieillesse, il est de 27 ans dans le cas des enfants. Cet écart va diminuer avec l'âge de l'enfant, plus il grandit, plus l'écart diminue.

Concernant les 5 premiers mots associés à la personne âgée, dans le top10 on retrouve : vieille/vieillesse, gentille/gentillesse, rides/ridées, mamy/papy, cheveux blancs/gris, canne, malade, retraite, home -> 36% des mots font référence à l'apparence physique vieillie, aux difficultés liées à l'âge, au manque de mobilité et à la présence de maladie.

Concernant les personnages âgés de dessins animés, les enfants ont eu plus de difficulté à les trouver que des personnages jeunes, dans le top5 on retrouve : Abraham Simpson, la mémé de Titi et Grominet, Jeppeto, Capitaine Crab's et le grand-père de Cédric -> tous représentent des stéréotypes positif/négatif du vieillissement. De manière générale, les personnes âgées sont très peu représentées dans les dessins animés, elles ont des rôles mineurs, des images stéréotypées et 40% des représentations sont négatives.

Si on analyse les questionnaires, on voit que les stéréotypes négatifs chez les jeunes belges sont relativement bas, ils sont présents mais pas nombreux.

d) Quels facteurs influencent la représentation des personnes âgées chez les enfants et les adolescents ?

Le sexe de l'enfant :

Les filles ont plus d'attitudes positives envers les personnes âgées. Une des explications est que les filles ont une vision plus positive de leur propre vieillissement et plus d'empathie que les garçons.

L'âge :

Il y a moins d'âgisme chez les ados (attention cet effet n'est pas retrouvé dans toutes les études).

Connaissance sur le vieillissement :

De meilleures connaissances sur le vieillissement entraînent moins de stéréotypes négatifs envers les personnes âgées.

Contacts avec des personnes âgées :

Il y a moins d'attitudes âgiste chez les enfants qui ont plus de contacts avec les personnes âgées. (Attention cet effet n'est pas retrouvé dans toutes les études).

Conditions socio-économiques :

Attention les résultats à ces études sont assez contradictoires.

Culture et origine ethnique :

Les résultats des études à ce sujet sont assez contradictoires. Certaines études affirment que les enfants qui proviennent de milieu socio-économiques plus élevés ont moins de stéréotypes négatifs alors que d'autres disent le contraire.

Il faut faire attention car cette influence des conditions socio-économiques est souvent mélangée à des aspects culturels.

Culture et origine ethnique :

La culture et l'origine ethnique influencent nettement les représentations des personnes âgées chez les enfants mais les effets sont variables d'une culture à l'autre. Ce sont des études qui sont faites soit au sein d'un même pays entre des cultures différentes, soit entre les cultures de pays différents. Contrairement à ce que l'on pourrait penser les sociétés où les jeunes vénèrent et soutiennent les personnes âgées ne sont pas spécialement les enfants qui ont des niveaux d'âgisme les plus bas, ce n'est pas pour cela qu'ils ont moins de stéréotypes négatifs sur le vieillissement et parfois c'est même le cas contraire, ils en ont davantage.

Etude :

Enfants de 7 à 16 ans (suite)

Données récoltées :

- Son âge / niveau scolaire
- Son sexe
- Le statut conjugal de ses parents
- Pour chaque grands-parents : la fréquence et la qualité des contacts

Résultats :

- Effet du sexe : les filles sont un peu plus favorables vis-à-vis des âgés que les garçons.
- Effet de l'âge : les enfants plus âgés ont plus de stéréotypes négatifs que les enfants plus jeunes. On peut mettre en évidence une relation en U entre l'âge du jeune et sa représentation des personnes âgées :



Les ados sont plus critiques par rapports au physique des personnes âgées et les considèrent moins amusantes, plaisantes et gentilles.

- Effet de la qualité de contacts : les enfants qui perçoivent plus positivement les contacts avec leurs grands-parents ont une meilleure vision des personnes âgées. La qualité de contacts avec les grands-parents à une influence sur la représentation des personnes âgées mais la fréquence de contacts n'a pas d'influence.

e) Comment se développent les stéréotypes âgistes chez les enfants et les adolescents ?

Discernement de l'âge :

S'il y a stéréotype négatif, il faut faire un discernement de l'âge, des différences d'âge des personnes

Etude sur le discernement de l'âge :

On propose, à l'enfant ou au jeune, différentes photos et on lui demande les remettre dans l'ordre en fonction de l'âge de la personne. On voit que dès l'âge de 3 ans le discernement de l'âge est présent et il augmente ensuite significativement, plus l'enfant grandit, plus le jugement et la précision de ce jugement augmentent. Mais les enfants de 3 à 7 ans restent incapables de comprendre le processus du vieillissement, pour eux les personnes âgées deviennent âgées soudainement à un moment précis.

Développement des stéréotypes :

Si le discernement de l'âge semble précoce, l'enfant connaît-il le développement des stéréotypes ? Pour répondre, on peut s'intéresser à la psychologie du vieillissement et plus particulièrement aux théories de Piaget qui étudient les mécanismes et les processus cognitifs des enfants dans la formation des stéréotypes et des jugements.

En effet, en fonction des stades de développement de l'enfant, il va y avoir des différences qualitatives dans les stéréotypes. Le jugement moral va évoluer suivant le développement de l'enfant, on peut voir qu'avant 7 ans, l'enfant est soumis aux règles de son environnement (tout ce que dit l'adulte est juste), ainsi on peut se demander si les pensées négatives envers les âgées ne seraient pas véhiculées par les adultes (parents). Après 7 ans, l'enfant commence à se libérer de la pensée d'autrui, ils peuvent alors faire la différence entre les croyances de leur environnement et leurs propres croyances personnelles, ils commencent à émettre leurs préférences et avis.

Rôle de l'environnement familial (parents) :

Dans l'ensemble des études sur le sujet, la perception et le comportement de l'enfant envers les personnes âgées semblent directement influencée par l'environnement familial mais le degré d'influence varie en fonction des auteurs et en fonctions de l'âge de l'enfant. La prime enfance est une période sensible où les facteurs environnementaux et les parents plus particulièrement ont une grande influence sur la construction des stéréotypes et des préjugés

Livres pour enfants :

Ils véhiculent des croyances à propos du vieillissement. Il y a d'abondants stéréotypes (caractéristiques physiques et certains comportements distincts). Les personnes âgées sont souvent représentées comme des personnes à une dimension unique, c'est-à-dire qu'elles n'ont par exemple qu'une seule passion (jardinage, pêche, cuisine...) ou bien elles vont se caractériser d'une seule manière spécifique (par exemple la vieille sorcière, la gentille grand-mère, le vieux fou...). Les âgés dans les livres pour enfants sont peu représentés et ont des rôles mineurs. Enfin, elles sont représentées de manières plus âgées qu'elles ne le sont (exemple : dans la réalité les grands-parents ont environ 50 ans mais dans les livres elles ont plutôt 80 ans).

Théorie de la gestion de la peur :

Théorie qui est d'avantage reliée aux ados. Cette théorie postule que les ados associent le vieillissement au déclin cognitif et physique. De cette association va découler une peur et anxiété de devenir vieux, de tomber malade et de mourir. Et donc pour ce distancer de cette peur et se différencier des personnes âgées, les ados vont attribuer aux âgés des stéréotypes négatifs.

➔ **L'âgisme est perçu comme une auto-protection !**

f) Conclusion :

- L'âgisme apparaît chez de très jeunes enfants
- L'âgisme est lié au développement des stéréotypes
- Aucune échelle de mesure n'a été clairement validée en français jusqu'à présent
- Stéréotypes négatifs sont présents mais relativement bas chez les jeunes belges francophones
- Qualité de contact avec les grands-parents semble influencer les représentations que les enfants ont des personnes âgées de manière générale

VII. Déclin cognitif avec l'âge : réalité, exagération ou fiction ?

Par rapport aux questionnaires vus en introduction de cours, dans le nuage de mots, le mot le plus fréquent est « mémoire », ce qui prouve qu'on fait un lien très important entre le vieillissement et la mémoire (perte des fonctions mentales).

Quand on interroge les personnes âgées, on peut constater que leur plus grande peur est de « perdre la tête ».

a. Le vieillissement cérébral :

Il est évident qu'il y a un vieillissement cérébral, le cerveau est modulé par le vieillissement.

Le vieillissement normal entraîne des rides, des cheveux gris, une moindre endurance... mais aussi des **modifications physiologiques cérébrales** :

- Atrophie cérébrale (hippocampe et régions frontales)
- Elargissement des ventricules (-> compression sur le cerveau)
- Perte de synapses et de neurones

On dira de ces modifications cérébrales qu'elles sont d'intensité suffisante pour entraîner des pertes au niveau des fonctions mentales, cognitives.

➔ Lecture déféctologique ! (Génère que tout n'est que perte, il n'y a pas de gains ou de maintien).

Néanmoins, quand on parle de vieillissement cérébral, il y a quand même tout une série d'études qui va montrer une persistance d'une plasticité cérébrale (spontanée ou induite). Le cerveau est une structure malléable, c'est-à-dire que c'est un peu comme une « plasticine » et qu'elle se restructure, se reconfigure...selon différents éléments.

Plasticité spontanée = sur base des programmations biologiques (inné).

Plasticité induite = en réponse à l'environnement selon les stimulations. (Ainsi, une tierce personne peut avoir de l'emprise sur les modifications cérébrales)

b. Le vieillissement cognitif.

Il a été surtout envisagé, initialement, sous l'angle des fonctions intellectuelles, quand on parlait de cognition au départ, on parlait de fonctionnement intellectuel.

Etude :

Test durant la 1ère guerre mondiale sur les soldats pour déterminer leur intelligence (étude longitudinale).

On a montré une courbe d'intelligence qui augmente jusqu'à une certaine forme d'apogée, puis les scores ne font que diminuer par la suite et donc on est dans un modèle déficitaire psychométrique qui montre que le vieillissement n'est que perte.

Toutes les études sur le sujet faites par la suite ont abondé dans ce sens ! Mais cela ne veut pas dire qu'elles sont bonnes (ex : une étude qui dit que le déclin cognitif commence dès 45ans, c'est faux car il commence dès 20 ans) -> attention au biais de l'expérimentateur !

Ainsi, en regardant les résultats précédant, on répondrait à notre question que le déclin cognitif avec l'âge est une réalité.

c. Premier élément de réponse : vieillissement différentiel des aptitudes.

Dans les années 60, il y a eu une évolution qui a été un élément clé par rapport au débat du vieillissement : la distinction entre **l'intelligence fluide** (capacités de rendement, de production, de gestion de plusieurs choses en même temps...) et **l'intelligence cristallisée** (informations stockées, culture générale, vocabulaires...).

Quand on commence à aborder les études en tenant compte de la distinction, on peut voir que les études précédentes portent sur l'intelligence fluide.

En revanche dans les tests portant sur l'intelligence cristallisée, on voit quand est dans une stabilisation des performances avec l'âge et même parfois dans une augmentation des performances (exemple : tests de vocabulaire).

Ainsi, l'idée que vieillesse signifie déclin est fausse, sur l'intelligence fluide c'est le cas mais pas sur l'intelligence cristallisée.

Il faut aussi faire la distinction entre les **processus contrôlés** et les **processus automatiques**.

	Processus	
	Automatiques	Contrôlés
✓ Conscience	Non	Oui
✓ Ressources attentionnelles	Non	Oui
✓ Effort	Peu	Enormément
✓ S'appliquent dans les situations	Routinières	Nouvelles

L'âge et Alzheimer préservent essentiellement les processus automatiques, ce sont plutôt les processus contrôlés qui vont décliner. On voit alors de nouveau que tout n'est pas touché par l'âge ! Ce qui amène à faire passer des tests « tenants » (épreuves verbales) et des tests « ne tenants pas » (épreuves de performances) -> Loi de la psychométrie qui décrit la façon dont le vieillissement se passe sur le plan des aptitudes mentales !

« Si la jeunesse savait, si la vieillesse pouvait »_Henry Estienne

- ➔ Les âgés n'ont plus toutes les capacités physiques ou mentales en termes de productivité, de rendement MAIS ils ont plus de savoir, de connaissance que les jeunes !

CONCLUSION : L'âge affecte certaines fonctions mais pas toutes !

d. Deuxième élément de réponse : Biais méthodologiques non pris en compte.

Il y a une partie des fonctions cognitives qui n'est pas touchée avec l'âge et même sur les fonctions cognitives qui sont dites comme touchées par l'âge, il y a sans doute des biais méthodologiques qui ne sont pas pris en compte et qui amènent dans un certain nombre de cas à surestimer le déclin cognitif. Certains auteurs pensent que si on contrôle ces biais, il n'y a plus d'effets de l'âge sur les fonctions cognitives.

☞ **Biais 1 : « Vision / Audition »**, c'est la non prise en compte, dans la plupart des études sur le vieillessement cognitif, des problèmes visuels et auditifs. Normalement, dans les études, on demande aux sujets s'ils ont des problèmes particuliers (maladies, problèmes de vue ou d'ouïe...) et si c'est le cas, on leur demande de porter leurs lunettes ou appareil auditif (et s'ils ne l'ont pas, ils sont exclu de l'étude). MAIS, les personnes ne sont pas toujours sincères ou pas toujours conscientes d'avoir de légères difficultés à voir ou entendre, ce qui amène à un biais important.

Etudes :

40% des plus de 65 ans auraient des problèmes auditifs et 83% des plus de 70 ans. Les fréquences les plus touchées sont les hautes fréquences et donc celles qui renvoient à la question de la parole. Les études montrent également qu'il y a un **lien entre problèmes auditifs et troubles cognitifs**, c'est-à-dire que les personnes ayant des problèmes auditifs ont des performances moindres dans les tâches cognitives. (25dB en perte auditive engendre une baisse de performance de 6,8 ans de plus par rapport à mon âge dans des tâches exécutives).

Comment expliquer cela ? L'hypothèse est que cela demande des efforts supplémentaires d'attention, ce qui fait baisser la capacité à mémoriser (ou autre) pendant ce temps-là.

Malgré ce lien établi, seulement 9% des médecins internistes proposent des tests d'audition à leurs patients de plus de 65ans. Et quand ils en ont eu un, et qu'on a identifié un problème auditif, seulement 25% des patients se sont vu proposer un appareillage adapté alors que le traitement des troubles auditifs devient de plus en plus efficace. De plus, il y a quelques années, beaucoup de personnes âgées refusaient l'appareillage pour une question esthétique (trop visible) et parce que celui-ci n'amplifiait pas que la fréquence problématique mais toutes les fréquences (pas adapté et insupportable), mais ce n'est plus le cas aujourd'hui.

Etude :

30 patients diagnostiqués comme ayant la maladie d'Alzheimer.

On leur fait faire un examen auditif et visuel pour identifier les difficultés présentes.

Résultats : 83% avaient des problèmes auditifs et se sont vu proposer un appareillage adapté. Après traitement, 33% de ces patients ont été reclassifiés dans des catégories moins élevées de pathologie (certains étant avant catégorisés comme Alzheimer léger ont été recatégorisés comme n'ayant pas la maladie !)

- ➔ Cela montre bien le lien étroit entre capacité auditive et fonctionnement cognitif. 80% des symptômes dus aux problèmes auditifs sont superposables aux troubles cognitifs ! Mais le contexte social actuel est tellement focalisé sur Alzheimer que si on parle de ces symptômes, on ne pense pas aux troubles auditifs mais à Alzheimer.

En conclusion, les expérimentateurs en ne faisant pas passer des tests auditifs et visuels à leurs sujets amènent à un biais, car il ne se basent que sur les affirmations des sujets (qui ne sont pas toujours conscients d'avoir ce genre de problème).

☞ **Biais 2 : « effet de cohorte »**, les études transversales (comparaison entre des jeunes et des âgés) amènent à plusieurs biais :

- Scolarisations plus faible : les personnes âgées de maintenant sont moins scolarisées que les jeunes.
 - Anxiété lors de la passation du test suite à la perte de la notion du « comment aborder un test, une épreuve cognitive » : les jeunes sont plus habitués à passer des tests (examens, permis de conduire...) que les âgés.
 - Excès de prudence (association avancée en âge – diminution de la prise de risque) : le jeune suit la culture de la compétition (-> rendement : quantité avant qualité) alors que l'âgé veut faire au mieux (qualité avant quantité).
- ➔ Ainsi, comparer un jeune de maintenant à un âgé de maintenant, c'est comparer « des pommes et des poires ». Rien que cette comparaison dans les études transversales, amènerait à identifier chez la personne âgée des difficultés cognitives qui seraient sans doute surestimées compte tenu du design de ces études et des biais qu'il en découle.

Idéal est d'avoir des études longitudinales mais c'est long et cher donc rare.

☞ **Biais 3 : « Rythme circadien »**, il y a des différences interindividuelles dans la rythmicité circadienne. Il y a deux typologies circadiennes, qu'on appelle les **chronotypes** (certains sont plus du matin, d'autres du soir). On sait que cette différence individuelle joue un rôle majeur dans les fluctuations journalières, dans les performances cognitives. Ce biais n'est quasiment jamais contrôlé dans les études, les chercheurs sont relativement inconscients de ces difficultés. De plus, les chercheurs sur le vieillissement sont souvent jeunes et donc font passer les tests plutôt l'après-midi, alors que généralement les âgés sont plus performants le matin. C'est donc concordant avec le chronotype des jeunes mais pas avec celui des âgés

Etude : (voir étude de la p.12)

Il faudrait donc comparer les personnes selon son chronotype propre. (ex : comparer les jeunes l'après-midi avec les âgés le matin) .

☞ **Biais 4, « Stéréotype »**, rien que le formulaire de consentement que l'on fait signer active déjà le stéréotype (ex : test de mémoire + comparaison à des jeunes), ainsi que le lieu... (VOIR TOUT LE COURS POUR DES EXEMPLES).

[on peut aussi voir un cinquième biais qui est la distorsion du chercheur/médecin, qui est convaincu que vieillesse est égal à déclin donc la focalisation n'est que sur le déclin -> effet pygmalion]

CONCLUSION : Si les effets de l'âge sont présents sur certaines fonctions, ils sont largement surestimés ! Car la plupart des études ne contrôle pas l'ensemble de ces biais méthodologiques, souvent ils sont même cumulés. On peut penser que si dans les études, on contrôlait l'ensemble de ces 4 biais, on atténuerait de façon très nette les effets de l'âge sur les fonctions cognitives.

e. Troisième élément de réponse : effet de l'âge sur la cognition n'est pas inéluctable.

Quand bien même il y aurait des difficultés, l'effet de l'âge sur les fonctions cognitives n'est pas inéluctable. On a encore une emprise sur son fonctionnement cognitif et ce à tout âge. Comme on l'a vu, cela renvoie à la plasticité cérébrale, le vieillissement entraîne des modifications sur le plan neurophysiologique.

Mais on voit aussi dans la littérature qu'il y a une **grande hétérogénéité sur les fonctions cognitives**. Le terme qui caractérise le mieux le vieillissement c'est l'hétérogénéité, quelqu'un peut avoir 60ans et en paraître 40 et une personne du même âge peut en paraître 80. C'est le même chose sur le plan cognitif. Plus on avance en âge, plus on s'écarte les uns des autres, plus il y a une grande variabilité. Ceci par l'influence de l'environnement et des choix de vie. Au début de la vie, les facteurs qui nous différencient sont essentiellement des facteurs biologiques, leur influence va continuer mais avec une amplitude moindre.

Des études montrent clairement qu'il est difficile d'obtenir une relation stricte entre l'importance/taille des lésions cérébrales (accidents, AVC, Alzheimer...) et l'importance du handicap. C'est-à-dire qu'une grosse lésion, n'amène pas forcément à un plus gros handicap fonctionnel.

Etude :

10 cas de sujets âgés « cognitivement normaux » au moment du décès sur lesquels on a identifié, en analysant leur cerveau après leur mort, la présence de lésions caractéristiques d'Alzheimer en stade avancé de la maladie, mais qui de leur vivant n'ont jamais été diagnostiqués car il n'en avait aucun symptôme.

Réserve cognitive : c'est un concept qui montre l'importance de l'environnement sur le développement cognitif. Toutes les activités, faites au cours de la vie (scolarité, profession, réseau social, loisir...), placent la personne dans un milieu « enrichi » qui participe à développer le cerveau (la réserve cognitive), de sorte que lors d'une confrontation aux effets du vieillissement ou d'une pathologie, la réserve permet de compenser.

➔ « *L'intelligence innée ou les aspects liés aux expériences de vie (comme par exemple ceux liés à l'éducation ou aux activités développées au cours de son existence) permettent de construire une « réserve » (prenant la forme par exemple d'habilités) conduisant les sujets à différer le déclin cognitif lié au vieillissement normal ou à la maladie d'Alzheimer* » _ Stern

Etude :

Quelqu'un qui a une réserve cognitive faible, a des performances cognitives moins bonnes et il lui faudra peu de lésions pour que cela empire ses performances. Alors que quelqu'un qui a une réserve cognitive élevée, a de bonnes performances cognitives et il lui faudra beaucoup de lésions au cerveau pour que cela ait un impact sur ses performances (en revanche, lorsque les lésions deviennent tellement importantes que sa réserve ne suffit plus, alors la perte de performances sera très marquée). Au bout du compte, les deux cas finiront par se rejoindre.

Qu'est-ce qui explique, sur le plan cérébrale, qu'une personne est une réserve cognitive plus élevée qu'une autre ? Deux hypothèses (complémentaires) :

- Hypothèse passive : (vision quantitative), toutes les activités que l'on fait au cours de notre existence stimulent notre cerveau et en augmentent le volume (augmentation de la densité synaptique et du nombre de neurones et donc il y aura plus de neurones restants quand certains seront altérés par la pathologie).
- Hypothèse active : le volume reste le même sauf que le seuil pathologique, la richesse des réseaux internes change, c'est-à-dire les chemins, les stratégies cognitives (par exemple, quelqu'un qui a une bonne réserve cognitive, s'il ne trouve plus un mot, va le mimer ou trouver un synonyme spontanément -> prendre un autre « chemins », on ne va même pas remarquer qu'elle ne trouve pas le mot). La personne s'adapte plus vite s'il a une bonne réserve cognitive.

Facteurs permettant d'identifier si une personne a une bonne ou faible réserve cognitive :

- Niveau d'éducation
- Profession

- Loisirs et activités
- Niveau de « Vie active » (réseau social, routine ou non...)
- Estime de soi
- Bilinguisme
- ...

Etude (rétrospective) :

211 patients Alzheimer parmi lesquels on a différencié les monolingues des bilingues (dans la vie de tous les jours -> stimulation). On a regardé chez les deux groupes quand sont apparus les symptômes de la maladie et quand a été établi le diagnostic.

Résultats : Chez les personnes bilingues le diagnostic est différé de 4,3 années et les symptômes de 5,1 années plus tard, comparativement aux monolingues. La maladie est présente mais la réserve cognitive permet de différer les symptômes.

Tous les facteurs évoquer jusque maintenant font partie de la vie antérieure, mais qu'en est-il du présent ? Une fois âgé, si je ne tiens pas compte du passé, mes choix vont-ils encore impacter sur ma réserve cognitive ?

Etude SHARE (étude longitudinal):

Personnes âgées de 50 ans et plus (n>55.000) dans 14 pays européens.

Plusieurs tests d'évaluation cognitives : tâche de mémoire épisodique puis fluence sémantique. A partir de ces tests, on a calculé un indice global du fonctionnement cognitif. On a extrait de l'enquête tout ce qui a rapport aux activités de la personne. La question est donc de savoir si les éléments trouvés sont corrélés aux performances cognitives.

Résultats : Quelqu'un qui a 60 et qui est actif professionnellement gagne environ 1,4 ans de fonctions cognitives comparait à quelqu'un de 60 ans inactif depuis 0 à 4 ans.

Quelqu'un de 60 ans qui fait du volontariat gagne 1,75 ans de fonctions cognitives par rapport à quelqu'un du même âge qui n'en fait pas.

Evaluation globale	
Activité professionnelle	
Actif	Ref.
Inactif depuis 0 à 4 ans	-1.38
Inactif depuis 5 à 9 ans	-1.64
Inactif depuis 10 à 14 ans	-2.03
Inactif depuis 15 ans ou plus	-2.32
N'a jamais travaillé professionnellement	-3.23
Activités non-professionnelles	
Volontariat	1.75
S'occuper d'une personne malade	0.81
Aider la famille, les amis, les voisins, etc.	2.09
Suivre des conférences, des cours, etc.	3.08
Allez à des "clubs" (sport, sociabilisation)	2.10
La religion	0.26
Prendre part à une organisation politique	2.08

Evaluation globale	
Activités physiques	
Vigoureuse: jamais-très rarement	Ref.
1 à 3 fois par mois	1.57
1 fois par semaine	1.23
Plus d'1 fois par semaine	1.26
Modérée: never or hardly ever	Ref.
1 à 3 fois par mois	1.16
1 fois par semaine	0.91
Plus d'1 fois par semaine	1.78
Autres facteurs	
Nombre de limitations de mobilité	-0.32
Vivre seul	-1.00



(+Voir les résultats du tableau pour faire des conclusions)

Ainsi, à 60 ans encore, l'activité à toujours de l'importance pour la réserve cognitive et même pour la durée de vie.

(+ voir conférence ci-dessous)

Il y a une relation évidente entre l'activité et la cognition, mais la question est de savoir si c'est l'activité qui a un effet sur les fonctions cognitives ou est-ce le fait d'avoir des fonctions cognitives en baisse qui fait que je pratique moins d'activité ? Cela va sûrement dans les deux sens.

CONCLUSION : Si les effets de l'âge sont présents sur certaines fonctions cognitives, nous avons encore une emprise sur ces effets avec les choix que je fais en matière d'activités ou pas.

Conférence « Les effets de la retraite sur la mémoire »

Questions ?

- Y a-t-il un effet de la retraite sur la mémoire ?
- Si oui ? Est-ce un effet négatif ou positif ?
- Sommes-nous tous égaux face à la retraite et à ses conséquences ?
- Quelles implications ont ces résultats ?

Plasticité cérébrale :

Le cerveau est une structure modulable. Les deux facteurs permettant cette plasticité sont la **maturation** (paramètre biologique) et l'**environnement**.

Le système nerveux central (et particulièrement le néocortex) est une structure plastique

Des études ont montré que si on place deux rats identiques dans deux milieux différents, l'un « enrichi » et l'autre « appauvri », on peut constater que le cerveau est plus développé chez le rat dans le milieu « enrichi » (plus de synapses et cellules gliales et plus grandes ramifications de dendrites) et il est plus performant dans les tâches cognitives.

Et chez l'homme ?

Une étude sur des violonistes réguliers a montré que la surface de leur cerveau liée aux sens du touché du petit doigt est plus importante que chez les non violonistes. Et ceci se remarque d'autant plus chez les ceux qui ont commencé très tôt le violon.

- ➔ On voit bien l'influence de l'environnement, car on ne naît pas avec une zone du cerveau particulièrement développée pour le centre du touché du petit doigt, c'est la pratique du violon qui l'a développée.

Etude sur les chauffeurs de taxi londoniens. On les a placés dans un scanner et on leur a fait faire des tâches d'orientation dans Londres. On a pu constater que la partie postérieure de l'hippocampe est plus grande chez les chauffeurs de taxis par rapport aux sujets contrôles.

Et pour le vieillissement ?

Effectivement le vieillissement normal a des conséquences sur le plan cérébral. Ces modifications cérébrales ont des atteintes (légères) sur des fonctions cognitives, mais le vieillissement cognitif varie considérablement d'un individu à l'autre (**hétérogénéité**).

Qu'est-ce qui fait cette hétérogénéité ?

- ➔ **Réserve cognitive** (voir cours)

Question 1: « La relation entre l'activité et la cognition est-elle toujours existante après 60 ans? »

(voir étude SHARE à la page précédente)

- ➔ Confirme la relation entre activité et cognition, même au-delà de 60 ans.

Mais...

Question 2 : « Qu'est-ce qui est la poule et qu'est-ce qui est l'œuf ? », « Quelle relation causale entre activité et cognition ? »

Est-ce que c'est parce que je suis actif que ça améliore ou maintient mes capacités cognitives OU est-ce parce que mes fonctions cognitives se maintiennent que je suis enclin à rester actif....

Selon la réponse, la prévention n'est pas la même car dans un cas elle se focalisera sur l'activité, dans l'autre sur les fonctions cognitives.

Ainsi, on en vient à la question de la retraite.

Il faut savoir que dans les années 60', une personne était pendant environ 8ans à la retraite, maintenant, une personne est pendant environ 20 ans et plus à la retraite (causes : augmentation de l'espérance de vie et ajout de la préretraite).

Par rapport à la santé mentale, qu'en est-il du départ en retraite ?

Etudes (longitudinales) :

1. Etude internationale. Postulat: « la politique des retraites est indépendante de la cognition de la population », plus on libère les personnes âgées, plus tôt elles vont pouvoir bénéficier du « cesam » de la retraite et plus tôt les jeunes auront un emploi. Mais on se rend compte qu'on a augmenté le temps de retraite mais sans augmenter le taux d'emploi des jeunes.

On peut constater que dans les pays où il y a peu d'augmentation de départ en retraite avec l'avancé en âge de la population, il y a une baisse des fonctions cognitives (mémoire) moins importantes que dans les pays qui ont un départ à la retraite beaucoup plus élevé.

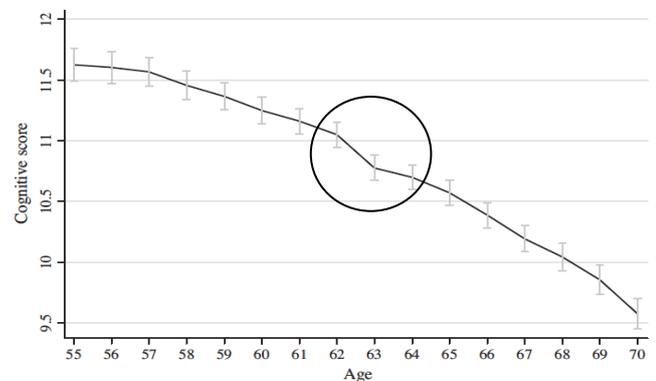
➔ Donc les pays où les personnes gardent plus longtemps leurs emplois, sont les pays où les fonctions cognitives baissent moins. (Attention c'est selon l'étude, cela ne veut pas dire qu'il faut augmenter l'âge de la retraite !!!)

2. Etude américaine.

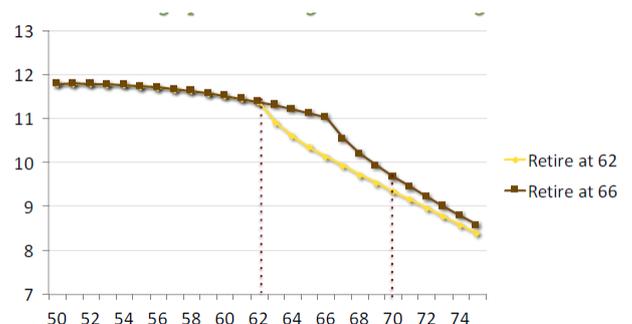
Sur le graphique, on voit l'évolution du score de mémoire de 55 ans à 70 ans. Attention, la courbe est ici impressionnante mais en réalité il n'y a qu'une perte de deux points (ce qui n'a pas d'impact important sur les fonctions cognitives). On peut remarquer qu'il y a une sorte forte baisse entre 62 et 63 ans (-> un an après le départ en retraite obligatoire).

D'autres études ont montré que c'est environ un an après le départ en retraite que les fonctions cognitives baissent le plus (dans un vieillissement normal).

➔ Ainsi, pour répondre à la question, ce serait le départ en retraite (donc la cessation d'activité professionnelle) qui entrainerait la baisse de mémoire (/ !\ selon l'étude !)



Selon une étude, si on compare l'évolution de la mémoire d'une personne qui part à la retraite à 62 ans à une qui part en retraite à 66 ans, certes les courbes vont se rejoindre mais l'écart entre les deux avant qu'elles se rejoignent du point de vue statistique est d'environ 8 ans.



Question 3 : « Qu'en est-il dans le vieillissement pathologique ? » (Alzheimer)

Grâce à des études, on a observé un lien entre l'âge de départ à la retraite et l'âge d'apparition des symptômes ou l'âge de diagnostic. Les gens qui quittent plus tôt leur emploi vont être enclin à être diagnostiqués ou à avoir des symptômes de la maladie plus précocement. (Attention cela reste relatif à une étude).

Quelles sont les implications de ces données ?

On a vu qu'il y a un lien entre cognition et retraite, et la causalité irait de la retraite vers la cognition. Mais ceci est relatif aux données, ce n'est pas pour autant qu'il faut augmenter l'âge de la retraite ! On démontre l'effet positif de l'activité, pas de la profession.

Quelques arguments :

- Si on distingue les professions à cols blancs (intellectuelles) et celles à cols bleus (manuels), quand on affirme qu'il est plus bénéfique de partir plus tard à la retraite, c'est uniquement pour les professions à cols blancs et pas celles à cols bleus. Ainsi, augmenter l'âge de la retraite est bénéfique pour certains mais pas pour les autres.
- De plus, il faut prendre également en compte plusieurs facteurs, tels que le réseau social, l'anxiété au travail, les pénibilités physiques...
- L'effet négatif de la retraite est légèrement plus marqué pour les hommes que pour les femmes.
- Dans les professions à horaire décalé (de nuit), on a remarqué que le départ en retraite tardif impacte négativement sur les fonctions cognitives.
 - ➔ Ainsi, il y a profession et profession (ne sont pas toutes les mêmes) et donc il y a retraite et retraite (imposée ou choisie) !

Ainsi, utiliser ces données pour justifier une augmentation de l'âge de la retraite pour tous est une « aberration » ! Ne pas permettre à quelqu'un qui souhaite poursuivre son activité pro au-delà de 65 ans est une « aberration » également ... -> Retraite graduelle (ex travail à mi-temps) comme bonne alternative ??

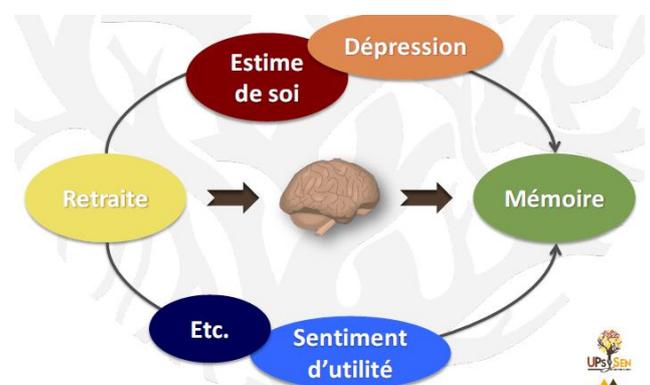
Une enquête à demander à des personnes âgées si elles seraient restées en activité professionnelle avec une adaptation (jours de congés en plus et en réduisant ou non la pension), un quart de la population a répondu oui !

L'effet est-il uniquement sur le cerveau ?

Est-ce que le fait de partir à la retraite impacte sur le cerveau, diminue la masse cérébrale, fait perdre des neurones... ? NON ! (peut être en partie mais ce n'est pas que ça)

Dans une étude, on a montré que ce n'est pas le nombre d'année d'activité professionnelle mais l'âge de départ en retraite qui influe sur la baisse des fonctions cognitives.

En réalité, c'est plus complexe que retraite = impact sur le cerveau = baisse de mémoire (facteurs biologiques). D'autres facteurs (psycho-sociaux) liés à la retraite entre en compte : la perte d'estime de soi, la dépression, la perte du sentiment d'utilité...



Il faut aussi prendre en compte les stéréotypes (voir tout le cours dessus)

Et après la retraite ?

Il est souvent dit qu'à l'arrêt du travail, il faut promouvoir l'activité chez la personne âgée « sous toutes ses formes ». Et donc on est dans l'**activisme**, dans la pression à l'activité, beaucoup d'initiatives, souvent peu réfléchies, sans aucun sens pour une bonne partie des personnes âgées en découlent (zoothérapie, musicothérapie, ateliers mémoires...).

Ainsi, quand on dit qu'une personne âgée doit rester active, il faut poser une réelle réflexion sur ce qu'est une activité constructive dans le vieillissement normal ou pathologique. Une activité constructive pour une personne âgée est une activité qui a du sens pour elle, qui lui parle, qui la met en valeur.

Epilogue :

Ainsi, la taille de l'effet de l'âge sur les fonctions cognitives est largement atténuée si on prend en compte :

- L'intelligence fluide ou cristallisée
- Les biais méthodologiques
- L'emprise encore possible.

Implication clinique :

- Attention aux stéréotypes et à la façon de communiquer et de présenter nos examens avec des sujets âgés.
- Sollicitation d'un contrôle systématique vision/audition.
- Prise en compte du chronotype de chacun (avec questionnaire).
- **Moins on communique sur le vieillissement cognitif dans le grand public et les médias, mieux c'est !!**

VIII. Théorie du vieillissement « réussi » ou théorie de l'adaptation.

Ce sont des théories sur l'étendu de vie, qui expliquent comment au cours du développement on change sa façon d'appréhender le monde, on change de mode de fonctionnement, ce qui permet à la grande majorité des personnes âgées de maintenir un haut niveau de bien-être, de qualité de vie, de bonheur...

Ces théories partent sur le principe suivant : tout au long de notre vie, nous sommes confrontés à des événements tantôt positif et tantôt négatif, donc à des gains ou des pertes.

Si on regarde les périodes de vie, quelles sont celles qui génèrent le plus de gains et celles qui génèrent le plus de pertes ?

Dans la littérature, il est beaucoup dit que ce sont surtout les âgés qui vivent des pertes et du stress (retraites, inquiétudes pour enfants et petits-enfants, deuils, institutionnalisation, crainte des pertes d'aptitude physique et mentale, changements physiologiques, dépendance, mort...). Ainsi, la proportion de gains et de pertes est nettement en défaveur des âgés, le rapport gains/pertes de la vie est plus favorable au pertes chez les personnes âgées, ce qui **réduit le potentiel d'adaptabilité** de celles-ci. C'est l'une des raisons de l'âgisme.

Pourtant :

- Malgré ces événements de vie stressants et fréquents, la majorité des âgés s'adaptent et ont une très bonne qualité de vie.
- Bien-être ne diminue pas avec l'avancement en âge (même le contraire !)

- Les âgés sont globalement plus heureux que jeunes.

Études sur le sentiment de bien-être :

(Connidis 1989) :

Étudie l'expérience de l'âge chez 400 sujets âgés de + de 65 ans.

Demande si les sujets aiment ou n'aiment pas leur situation actuelle (liée à l'âge), et s'ils ont des inquiétudes par rapport au fait de devenir "vieux".

Résultats : la plupart des sujets ne se focalisent pas sur les aspects négatifs de l'âge, ils en voient plutôt les aspects positifs.

Les quelques sujets avec vision négative sont : en plus mauvaise santé, ont moins d'enfants que ceux ayant une vision positive.

(Freya Dittmann-Kohli 1990) :

300 sujets âgés (\pm 74 ans) vs. 300 jeunes (\pm 24 ans)

Tâche de complèment de phrases (négatives, positives ou neutres)

Résultats :

- Âgés sont plus positifs envers eux-mêmes que les jeunes
- Jeunes sont plus dur et ont tendance à se rabaisser par rapport aux sujets âgés (même du point de vue de l'apparence physique)
- Même point de vue de l'apparence physique, les jeunes sont plus dur avec eux-mêmes que les aînés

Comment la personne âgée maintient-elle son bien être malgré les situations stressantes potentielles ?

➔ **Paradoxe du bien-être !**

Les théories que nous voyons essayent d'expliquer ce paradoxe.

La théorie du vieillissement réussi renvoie aux ressources de vie optimales (sur le plan social, psycho et physique) pour vivre une expérience positive du vieillissement où la santé, les activités, et l'accomplissement des rôles sont meilleurs que dans la population générale.

➔ C'est un concept globalisant car il renvoie autant aux dimensions physiques qu'aux dimensions psychologiques et sociétales.

La théorie de l'adaptation renvoie à la capacité des individus à s'adapter aux changements de circonstances vécues tout au long de la vie (//psychologie de développement).

La question de recherche est « Comment certains peuvent-ils dépasser les problèmes ou les 'challenges', mais également fonctionner à un potentiel maximum durant les dernières années ? »

➔ Renvoie au concept de **résilience** (comment se fait-il qu'une personne âgée, malgré des situations très négatives garde cette qualité de vie et ce bonheur)

Dans cette théorie, la vie étant vécu pleinement, la mort ne devrait être que comme « une aiguilles d'une horloge qui s'arrête subitement ».

Plusieurs théories ont été développées pour tenter d'expliquer l'adaptation des âgés au vieillissement :

a. Théorie du désengagement.

L'idée est qu'avec l'avancé en âge, le nombre des activités et des rôles sociaux d'un individu va diminuer. Ce processus de marginalisation s'effectuerait sans heurts ni difficultés car c'est perçu comme normal et bénéfique tant par l'individu que par l'entourage.

Selon cette théorie, bien vieillir, c'est accepter cette baisse du réseau social, les limitations, les pertes... Les personnes âgées doivent accepter de se désinvestir de la société. « Ce processus est inévitable et pour l'individu qui n'est pas encore engagé dans ce processus, il ne s'agit que d'une question de temps ». (théorie très défaitiste !)

C'est une théorie très critiquée, surtout car elle postule que l'activité n'est pas importante pour le bien-être. Une autre critique est qu'il n'y a pas qu'une seule façon de vieillir, contrairement à ce qu'elle postule. C'est une théorie très déterministe, mais en réalité le désengagement n'est pas inévitable !

b. Théorie de l'engagement (de l'activité).

C'est en réponse à la théorie du désengagement qu'il y a eu la **théorie de l'engagement**, c'est-à-dire de l'activité. Celle-ci postule que l'individu DOIT trouver des substituts aux rôles sociaux qui lui ont été enlevés, DOIT développer de nouvelles activités. Le bonheur et le bien-être sont tributaires de la capacité du sujet à s'engager dans des activités sociales et de loisirs. On est dans l'**activisme** !

MAIS cette théorie prône un excès de pression sociale à l'activité et une vision simpliste du vieillissement.

Les théories du désengagement et de l'engagement sont deux extrêmes qui sont toutes deux mauvaises pour le travail avec des personnes âgées.

c. Théorie de la continuité.

C'est un peu l'entre-deux des théories précédentes. Dans cette théorie, réussir son vieillissement, c'est continuer sur la même voie qu'avant. Quelqu'un qui a peu investi dans sa famille par le passé ne va pas subitement s'investir avec l'âge dans cette voie. Si son intérêt était professionnel, il continuera à avoir une activité de substitution proche de cette ancienne activité. Il est bon d'avoir des activités nouvelles mais elles doivent s'inscrire dans la continuité des anciennes activités.

Cette méthode reste un peu réductrice mais c'est la plus conseillée.

➔ Progressivement, ces trois théories se sont affinées et se sont étayées par la littérature scientifique pour s'adapter au mieux aux âgés.

d. Théorie de la sélectivité socio-émotionnelle. (Carstensen)

Cette théorie part du principe que l'être humain est la seule espèce à traiter le temps sous toutes ses formes : se projeter dans le passé, être conscient de l'instant présent et se projeter dans le futur. C'est une spécificité de l'homme de traiter le temps sous ces trois formes. Mais notre rapport au temps n'est pas nécessairement inscrit dans ces trois formes.

Il y a deux modalités du traitement du temps. On peut faire passer des questionnaires pour savoir de quelles modalités on est plutôt.

Deux types de comportements tenant compte du contexte temporel :

- "Préparer le futur" : (les choix de vie)
 - Étendre ses horizons
 - Acquérir de nouvelles connaissances
 - Rencontrer de nouvelles personnes
 - Prendre des risques

- "Se focaliser sur le présent" : (choix sociaux)
 - Vivre dans l'instant
 - Savoir ce qui est importantes
 - Investir dans des choses sûres
 - Préférer les relations plus profondes

Ce qui détermine notre modalité, c'est le **sentiment de finitude**, qui renvoie à l'impression subjective du temps qu'il me reste à vivre. C'est généralement vers la quarantaine, qu'instinctivement on se rend compte qu'on a probablement plus longtemps vécu que ce qu'il nous reste à vivre. Ainsi, naturellement à 20 ans le sentiment de finitude est faible, à 40 ans il commence à s'installer, à 60 ans l'avenir se réduit et donc je suis plus enclin à vivre dans le présent.

- **Sentiment de finitude faible = « préparer le futur »**
- **Sentiment de finitude fort = « se focaliser sur le présent »**

Le sentiment de finitude est fortement lié à l'âge mais il n'y est pas forcément superposable.

Plus l'âge augmente (sentiment de finitude augmente), plus les individus vont se focaliser sur les infos émotionnellement positives ! C'est pour cela que le bien-être est plus élevé chez les âgés.

Etude :

On fait mémoriser des images à connotation positive, neutre ou négative à des sujets.

Résultats : Les personnes âgées se souviennent bien des images positives qu'on leur montre, peu des neutres et presque pas des négatives. (Pas cet effet chez les jeunes).

Etude :

On propose deux pubs identiques

- Pour une caméra, seul le slogan change « Capture le monde inexploré » (accès sur le futur et la connaissance) ou « Capture ces moments spéciaux » (accès sur le présent et connotation émotionnelle positive).
- Pour une montre, seul le slogan change « Le succès est à ta portée, ne laisse pas le temps passer » (accès sur le futur et la connaissance) ou « Prends le temps pour les gens que tu aimes, ne laisse pas le temps passer » (accès sur le présent et connotation émotionnelle positive).

On demande aux sujets celles qu'ils préfèrent.

Si on compare les sujets jeunes et âgés, il y a un très net contraste : les âgés vont choisir la pub accès sur l'émotion et les jeunes la pub accès sur la connaissance.

Si on leur demande ultérieurement de reconnaître ces slogans en les mélangeant avec des slogans neutres. Les performances des jeunes sont meilleures dans la reconnaissance des slogans neutres et accès sur la connaissance et les performances des âgés sont nettement meilleures sur les slogans accès sur l'émotion positive.

On peut voir également que la perception du temps, que l'on soit accès sur le futur (connaissance) ou le présent (émotion positive), va avoir des conséquences sur le réseau social des aînés.

Etude :

On demande de choisir quelle personne on aimerait trouver derrière la porte pour discuter avec, entre :

- Un membre proche de la famille
- Une brève connaissance
- L'auteur d'un livre qu'on a lu.

Résultats : les jeunes choisiront plutôt la nouvelle connaissance, donc brève connaissance ou auteur (rapport de connaissance), alors que les âgés choisiront la famille (rapport émotionnel).

Etude :

Sujets entre 18 et 88 ans.

Ils recevaient tous une liste de différentes personnes (ex : ami d'enfance, auteur du deniers livre lu...)

Et les sujets devaient évaluer sur différentes dimensions, caractéristiques, ce qu'ils leur semblaient importants sur les personnes de la liste.

Résultats :

Les âgés se focalisent plutôt sur les qualités émotionnelles et moins sur l'utilité des personnes (dans leur vie future par exemple), alors chez les jeunes c'est le contraire, ils sont plus opportunistes.

- ➔ Ainsi, on voit que plus on avance en âge, plus le sentiment de finitude va augmenter et donc plus on va privilégier le connaissances proches, émotionnelles que celles accès sur la connaissance et le futur. Les âgés privilégient la qualité des relations plutôt que la quantité.
- ➔ Ceci peut aussi expliquer pourquoi le sentiment de solitude est plus élevé chez les jeunes que les âgés.

Le sentiment de finitude influence les préférences :

- Quand le sentiment de finitude est manipulé expérimentalement, les préférences changent systématiquement (donc pas superposable à l'âge)
- Les jeunes montrent des préférences similaires aux aînés quand leur sentiment de finitude est allongé
- Les aînés montrent des préférences similaires aux jeunes quand leur sentiment de finitude est réduit
- Lorsque des phénomènes naturels (maladies personnelles, épidémies, bouleversements politiques, terrorisme) surviennent, les préférences des jeunes viennent à ressembler à ceux des âgés

Etude (suite de l'étude avec la porte):

380 sujets de 11 à 92 ans.

Une condition neutre ou avec accroissement du sentiment de finitude (sur base de scénario « La terre va bientôt explosée » par exemple).

Dans la condition avec le sentiment de finitude accru, les jeunes font les mêmes choix que les aînés et donc s'orientent plutôt vers les personnes familières.

Etude (suite de l'étude avec les slogans) :

Une condition neutre ou avec diminution du temps de finitude (sur base de scénario « Un traitement permet de vivre plus longtemps » par exemple).

Dans la condition avec le sentiment de finitude diminué, les âgés vont faire les mêmes choix que les jeunes, et donc s'orientent plutôt vers les slogans accès sur le futur et la connaissance.

Etudes :

On a testé des gens avant et après des attentats terroristes ou une grosse épidémie, événements qui ont fait augmenter le sentiment de finitude.

Résultats :

Avant les événements, les jeunes sont plus enclins à choisir les nouvelles connaissances, les âgés à choisir la famille proche (sentiment de finitude faible chez les jeunes et fort chez les âgés).

Après les événements, tous orientent leur choix plutôt vers la famille proche (sentiment de finitude élevé chez tous).

Et longtemps après, cela redevient comme avant, les jeunes choisissent de nouveau les nouvelles connaissances (sentiment de finitude redescend chez les jeunes et reste fort chez les âgés).

- ➔ Ainsi, on voit que le sentiment de finitude n'est pas strictement lié à l'âge, même s'il est souvent corrélé à l'âge.

Sentiment de finitude et préférences sociales :

- Si le temps perçu comme largement ouvert (non limité), les buts orientés vers le futur (comme l'acquisition d'infos) sont d'importance primordiale.
- Si le temps est perçu comme limité, les adultes s'adaptent en se dirigeant de façon prioritaire vers un mode de relation social orientée vers le présent et basée sur les émotions
- Le vieillissement = préférence pour des contacts engendrant une satisfaction émotionnelle plutôt que pour les contacts riches en infos.

Postulats théoriques :

- L'augmentation du sentiment de finitude motive les individus à poursuivre des buts plus significatifs sur le plan émotionnel positif.
- La motivation à poursuivre des buts à valeur émotionnelle a pour effet d'orienter les ressources cognitives vers les informations émotionnelles.
- Le fait de se focaliser sur des buts à valeur émotionnelle est positif pour le bien-être.

Ainsi, si on caricature, un jeune n'a peut-être que 10% de négatif dans sa vie mais il est tellement focalisé dessus que subjectivement ça en devient 60%, alors qu'un vieux n'a peut-être que 30% de positif mais il est tellement focalisé dessus que subjectivement ça devient 80% de positif. C'est ce qui explique que les personnes âgées sont plus heureuses que les jeunes. Les âgés ne se lamentent pas sur leurs pertes mais sont heureux de ce qu'ils ont encore.

- ➔ Vieillesse réussie !

e. Le modèle SOC (sélection, optimisation, compensation) : (Baltes & Baltes)

Exemple :

Arthur Rubinstein était un pianiste réputé mondialement, il a vécu jusque 95 ans, et jusque très tard dans sa vie à continuer à jouer à un niveau très bon, malgré les effets du vieillissement (perte de mémoire et arthrose notamment). Dans la vidéo, on peut voir qu'à un âge très avancé, il est toujours un virtuose du piano, il bouge ses doigts avec une dextérité inimaginable pour quelqu'un qui a de l'arthrose et joue de mémoire (pas de partition). Pour continuer à jouer ainsi, il a simplement réduit les nombres de morceaux (**sélection**), ainsi il pouvait les travailler chacun plus longtemps (**optimisation**), et il utilisait des techniques pour contrecarrer sa lenteur mécanique, comme jouer moins vite les passages lents pour que les passages rapides aient l'air plus rapide (**compensation**).

Sélection : Confrontée à une réduction des ressources pour atteindre ses objectifs, la personne âgée va choisir de les investir dans l'accomplissement de certains tâches prioritaires, dans la poursuite de certains objectifs importants (préférés, dans la continuité des anciennes activités).

Optimisation : Investir son énergie et sa motivation dans le maintien et l'amélioration de ses ressources pour favoriser l'atteinte de niveaux optimaux de fonctionnement dans les activités choisies

Compensation : Personne âgée va modifier ses manières de procéder pour atteindre ses objectifs afin de minimiser le décalage entre ce que les ressources personnelles permettent et ce que le milieu demande. Utilisation de moyens alternatifs pour atteindre ses buts. (Utiliser de nouvelles stratégies pour compenser les effets de l'âge).

→ Selon le modèle SOC, bien vieillir c'est minimiser les pertes par des compensations et maximaliser les gains par sélection et optimisation.

Le modèle SOC offre un cadre opérationnel pour une approche thérapeutique du vieillissement (on peut voir si la personne accepte son vieillissement par exemple).

Ce modèle se focalise sur la signification personnelle que le sujet donne à différents domaines de sa vie (individualisation de l'approche).

Ici, le vieillissement réussi, c'est l'atteinte de buts personnels et le développement de stratégies pour réaliser les tâches souhaitées.

Limite du modèle : modèle très « individualiste » - le sujet est maître de ses choix et de son devenir alors que c'est plus complexe que cela (influence du milieu – aspects sociaux).

[Le modèle SOC est probablement le plus réaliste et représentatif de la réalité]