



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



RÉFLEXIONS ET PERSPECTIVES

Vieillir en bonne santé dans une société âgiste...



Healthy ageing in an ageist society...

S. Adam^{a,*}, P. Missotten^a, A. Flamion^a, M. Marquet^a,
A. Clesse^a, S. Piccard^b, C. Crutzen^a, S. Schroyen^c

^a Unité de psychologie de la sénescence, département psychologies, cliniques des systèmes humains, université de Liège (ULg), traverse des architectes, B63C, 4000 Liège, Belgique

^b Service de gériatrie, université de Liège, site des Bruyères, 600, rue de Gaillarmont, 4032 Chênée, Belgique

^c Inserm U1219 Bordeaux population health, université de Bordeaux, 33076 Bordeaux, France

Disponible sur Internet le 19 juin 2017

MOTS CLÉS

Agisme ;
Vieillesse ;
Enjeux éthiques

Résumé La vision actuelle du vieillissement est principalement négative, teintée du phénomène d'âgisme (c'est-à-dire toutes les formes de discrimination, de ségrégation ou de mépris fondées sur l'âge). Une telle image de la vieillesse n'est pas anodine. Dans cet article, nous passerons en revue les manifestations de l'âgisme dans notre vie quotidienne, ses origines, ses implications sur nos attitudes, de même que les conséquences qui en résultent pour les personnes âgées. Nous discuterons également de certains enjeux cliniques et éthiques en lien avec ces attitudes âgistes.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Ageism;
Ageing;
Ethical issues

Summary The current view of elderly people is mainly negative, tinted with ageism (in other words, all forms of discrimination, segregation or contempt based on the age). This view of old age is not insignificant. In this article, we will review the manifestations of ageism in our daily lives, its origins, its implications for our attitudes, as well as the consequences for the elderly. We will also discuss some clinical and ethical issues related to these ageist attitudes.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : stephane.adam@ulg.ac.be (S. Adam).

¹ www.senescence.ulg.ac.be.

Société âgiste

Dans les sociétés européennes et anglosaxonnes contemporaines, l'âge constitue le facteur de discrimination le plus important, avant le sexe, l'origine ethnique ou la religion [1]. Cette discrimination fait écho à la vision actuelle prédominante du vieillissement, à savoir une perception négative teintée des phénomènes d'âgisme et de jeunisme [2]. L'âgisme est un terme initialement proposé par Butler pour désigner toutes les formes de discrimination, de ségrégation ou de mépris fondées sur l'âge [3]. Faire preuve d'âgisme, c'est donc, en d'autres termes, véhiculer tout type de stéréotypes négatifs sur la personne âgée pouvant dans certains cas aller jusqu'au fait d'avoir des réactions hostiles à leur égard, ou à l'égard de la vieillesse. Le jeunisme (tout aussi négatif) est considéré comme le versant inverse de l'âgisme ; il correspond à la volonté absolue de rester jeune (« vieillir n'est pas bien et il faut tout faire pour éviter de vieillir ! »).

Cette vision négative du vieillissement peut se manifester de façon surprenante, par exemple au travers de l'analyse du contenu des cartes d'anniversaire. Des chercheurs ont ainsi observé que passé la quarantaine, 66,37 % des messages témoignaient d'une image négative de l'avancée en âge, et ce, sous couvert de phrases humoristiques telles que « une fois 50 ans, des nouvelles portes s'ouvrent à toi : les centres gériatriques et les instituts de chirurgie esthétiques », ou encore « Joyeux anniversaire ! Oh, tu as 50 ans ? Tu ne te souviens même pas de quoi je parle en fait ? Eh ben, bon anniversaire quand même ! ») [4]. Cette vision négative du vieillissement a également été constatée dans les chansons du répertoire anglophone [5], les forums de discussions sur Facebook [6] et Twitter [7], mais aussi au travers des personnages de dessins animés Disney où les personnes âgées sont sous-représentées (et lorsqu'elles le sont, elles représentent majoritairement des personnages connotés négativement) [8]. Dans le domaine des nouvelles technologies, cette vision négative du vieillissement amène à penser que les personnes âgées sont incompetentes et incapables de comprendre et d'utiliser la technologie. Toutefois, cette vision est fondée sur une série d'idées partiellement, voire totalement fausses [9] : en effet, les personnes âgées peuvent être intéressées par ces nouvelles technologies et capables de les utiliser efficacement [10].

Dans la continuité de ces études illustrant cet âgisme ambiant, nous avons demandé à 81 jeunes de l'université de Liège et à 155 jeunes de l'université de Montréal, tous étudiants en psychologie (âge moyen de 22 ans), de citer les 5 premiers mots leur venant à l'esprit lorsqu'ils pensaient à une personne âgée et à un jeune [11]. Pour l'ensemble des mots récoltés, nous avons demandé à des juges d'évaluer la valence sur une échelle allant de -5 (extrêmement négatif) à +5 (extrêmement positif). Par ce procédé, nous avons pu créer des nuages de mots incluant les 50 mots les plus fréquemment donnés par les étudiants (Fig. 1) ; à noter que la taille de chaque mot est déterminée par sa fréquence (plus le mot est fréquemment cité, plus il est grand) et la couleur de chaque mot représente sa valence (positive, négative ou neutre). Comme nous pouvons le constater, la grande majorité des mots générés pour les personnes âgées étaient négatifs (à savoir 46 % des mots pour les étudiants de Liège et 48 % pour ceux de Montréal). En contraste, très

peu de mots négatifs sont générés lorsqu'ils pensent à une personne jeune (8 % à Liège et 2 % à Montréal).

Si le vieillissement est actuellement perçu de manière essentiellement négative, il importe de rappeler qu'il n'en a pas toujours été ainsi. Une analyse récente des thésaurus américains (articles de presse, romans, etc. numérisés dans des bases de données informatiques) couvrant la période de 1810 à 2010, montre qu'en 1810, les principaux qualificatifs associés au vieillissement étaient majoritairement positifs. La tendance s'inverse à partir de 1880 et cette inversion ne fait que s'accroître avec le temps, de sorte qu'en 2010, nous sommes face à une vision extrêmement négative [12]. Cette vision négative grandissante du vieillissement amène à s'interroger sur les raisons de son existence. Ng et al. [12] expliquent cette modification par deux phénomènes :

- nous faisons face à une médicalisation du vieillissement, comme en témoigne l'apparition de plus en plus massive de termes comme « dépendance », « grabatisation », « démence », etc. associés au vieillissement ;
- dans nos sociétés industrielles contemporaines, un « vieux » est un inactif et donc une charge économique (« tous ces retraités et si peu de jeunes en emploi pour financer ces retraites ! »).

Cette deuxième hypothèse a été testée dans notre étude comparant les attitudes d'étudiants belges et québécois en psychologie. En effet, sur un certain nombre d'indicateurs, nos résultats suggèrent que la vision du vieillissement est plus négative chez les étudiants belges comparativement à leurs homologues de Montréal ($n=155$; 11). Différents éléments peuvent expliquer ce résultat dont plus particulièrement le fait que le taux d'emploi et le niveau de bénévolat des aînés sont plus élevés au Québec qu'en Belgique. Ceci pourrait conduire les étudiants québécois, comparativement aux étudiants belges, à percevoir les personnes âgées comme étant plus actives et compétentes, et donc utiles à la société.

Cette question des différences socioéconomiques et culturelles nous semble primordiale en tant que facteur modulant le niveau d'âgisme. Aussi, nous l'avons étendu en comparant la vision du vieillissement entre des adultes burundais vivant dans la capitale Bujumbura ($n=32$), des Belges vivant en Belgique ($n=27$), et des Burundais ayant immigré en Belgique ($n=29$) [13]. Nos résultats mettent en évidence que les représentations du vieillissement sont plus négatives chez les Burundais vivant au Burundi. Ce constat nous amène à postuler que le niveau de développement d'un pays et plus particulièrement le manque de dépenses publiques pour les personnes âgées (concernant les systèmes de retraite et de soins de santé) pourrait contribuer à ce que leurs homologues plus jeunes les perçoivent davantage comme un fardeau dont il faut s'occuper. Dans la lignée de ces études, une méta-analyse récente [14] montre que la vision du vieillissement est, contre toute attente, globalement plus négative dans les pays asiatiques (culture Confucius vue comme valorisant l'interdépendance) comparativement aux pays européens et nord-américains (culture capitaliste vue comme valorisant l'individu). En considérant les indicateurs socioéconomiques et démographiques, les auteurs suggèrent que cette vision plus négative du vieillissement en Asie s'explique essentiellement par le fait que la vitesse du vieillissement de la population est beaucoup plus

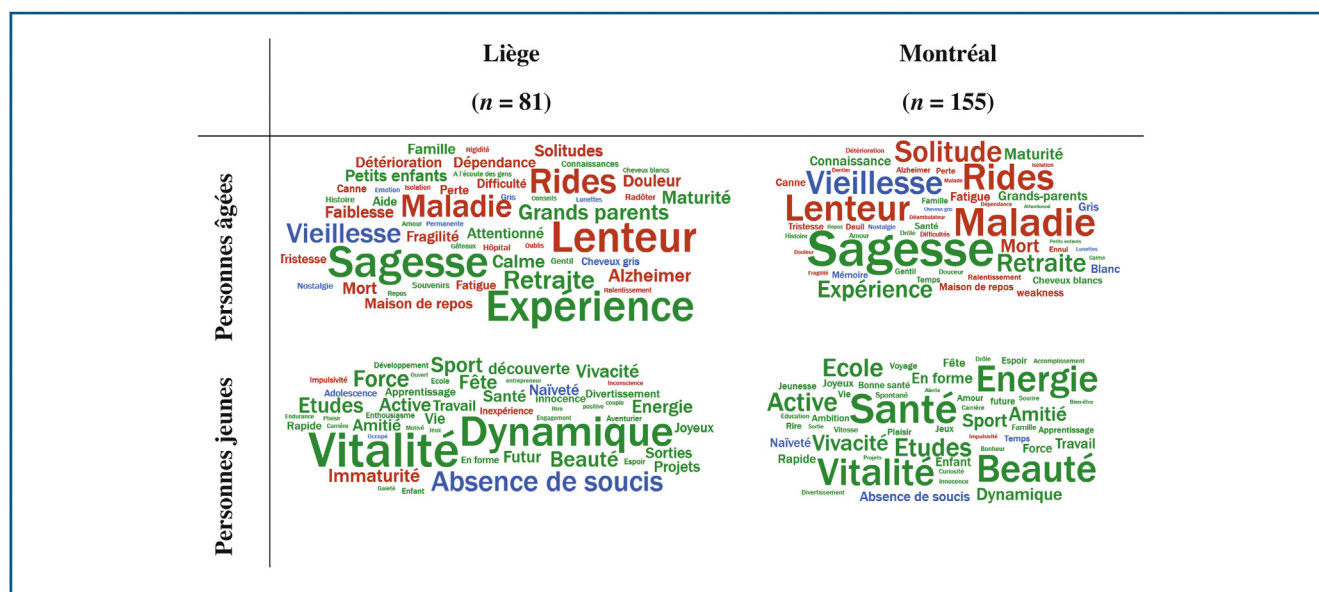


Figure 1. Nuage des 50 mots les plus fréquemment donnés par des étudiants de psychologie des universités de Liège (Belgique) et Montréal (Québec) lorsqu'ils pensent à une personne jeune et âgée. À noter que les mots en rouge correspondent aux mots négatifs (−5 à −1) ; en vert, les mots positifs (+1 à +5) ; et en bleu, les mots neutres (−1 à +1) [11].

rapide dans les pays asiatiques. Par conséquent, la société doit s'adapter (trop) rapidement aux changements engendrés (en termes de soins de santé, système de retraite, etc.), ce qui peut être vécu comme une pression et amener à percevoir les personnes âgées comme étant un poids auquel il faut s'accommoder. En d'autres termes, la vague de vieillissement est plus ample et la réaction instinctive d'une population face à cette situation est de repousser la vague (un peu comme la situation vécue en Europe actuellement avec la « vague d'immigrés »). Dans l'absolu, ces différentes études soulignent conjointement l'importance de l'influence des facteurs socioéconomiques et démographiques sur les attitudes envers les personnes âgées.

Quelles sont les conséquences de l'âgisme sur les personnes âgées ?

Dans le domaine de la santé, la stigmatisation associée au vieillissement suscite de grandes préoccupations dans la mesure où une littérature abondante souligne ses effets délétères sur la santé physique et mentale des aînés. Par exemple, dans une série d'études longitudinales abordant les conséquences des représentations du vieillissement chez des sujets vieillissants (ne souffrant d'aucune pathologie comme, par exemple, la maladie d'Alzheimer), Levy [15] a montré que les individus ayant une vision initiale négative du vieillissement sont et se déclarent être en moins bonne santé physique dans les années qui suivent (jusqu'à 28 ans après), s'engagent moins dans des comportements de prévention (faire du sport, manger sainement, arrêter de fumer, etc.), développent plus de problèmes cardiovasculaires, présentent un déclin mnésique plus marqué et ont une espérance de vie moindre (environ 7,5 années en moins), comparativement à des individus du même âge ayant une perception initiale davantage positive du vieillissement.

Ces résultats peuvent s'étendre au contexte pathologique, comme le montrent nos études dans le domaine de l'oncogériatrie. Ainsi, la vision que les patients âgés souffrant d'un cancer ($n = 101$) ont de leur propre vieillissement (mesurée via la traduction française de l'« attitudes to aging questionnaire » [AAQ] [16]) est associée à leur santé au moment du diagnostic : plus elle est négative, plus ils présentent des problèmes de santé physique et mentale [17]. De plus, la vision initiale de leur vieillissement prédit l'évolution de leur santé sur un délai d'un an : les personnes ayant une vision péjorative de l'âge au moment du diagnostic rapporteront, un an après, davantage de problèmes de santé physique et mentale [18].

D'autres études [19,20] se sont penchées sur l'effet immédiat (c'est-à-dire quelques minutes après) de l'activation (implicite et/ou explicite) de stéréotypes négatifs sur les personnes âgées. Les résultats montrent de moins bons scores (en comparaison à une condition neutre) des sujets à des tâches intellectuelles, de mémoire ou de mathématiques [21,22]. Ils révèlent aussi plus de comportements de dépendance (c'est-à-dire plus d'appels à l'aide lors de la réalisation d'une tâche complexe) et un sentiment d'efficacité moindre de ces sujets. Plus interpellant encore, l'activation de stéréotypes âgistes génère chez les aînés une augmentation de leurs réponses cardiovasculaires au stress, une perception plus négative de leur santé et surtout une moindre volonté de vivre [23]. Dans deux études que nous avons menées récemment, les résultats montrent que des personnes âgées confrontées à des informations négatives (groupe stéréotypes) soulignant la diminution de la mémoire ou de l'équilibre avec l'âge, se sentent plus âgées que les personnes recevant des informations neutres (groupe témoin). Plus précisément, les personnes du groupe « stéréotypes » se sentent plus âgées mentalement et physiquement comparativement à celles du groupe « contrôle » après avoir réalisé des

tests de mémoire (ou d'équilibre) [24]. Ces résultats sont particulièrement vrais pour les personnes ayant au départ une vision plus négative de leur vieillissement. La confrontation à des stéréotypes négatifs conduirait donc les personnes à se sentir plus âgées. Or, l'âge ressenti est considéré comme un prédicteur de l'évolution de santé physique et mentale, au-delà de ce qui est prédit par l'âge chronologique [25]. En conséquence, ces études suggèrent donc que plus nous activons des stéréotypes, notamment au travers du simple fait de parler de mémoire à une personne âgée, moins bien elle se porte [26]. Pourtant, force est de constater que l'idée reçue selon laquelle il est « impératif » de travailler la mémoire de nos aînés reste très ancrée dans le milieu médical et le grand public. Il suffit, pour s'en rendre compte, de voir les activités proposées en milieu institutionnel avec des intitulés du type : « jeux mémo » ; « atelier mémoire » ; « stimulation de la mémoire » ; etc.

Âgisme des soignants... !!!

Si l'âgisme est bien présent dans nos sociétés actuelles, la tranche de population que représentent les professionnels de la santé mérite une attention particulière. En effet, ces professionnels sont particulièrement vulnérables aux stéréotypes âgistes (plus que la population générale) étant donné qu'ils sont constamment en contact avec des personnes âgées en souffrance. Pour la majorité d'entre eux, cette confrontation les amène à considérer le vieillissement comme synonyme de maladie, détresse, solitude, ou dépendance. Cette « déformation professionnelle » des soignants a notamment été objectivée dans une enquête récente menée par notre unité [27]. Au cours de celle-ci, différentes catégories de soignants (infirmiers en oncologie, personnel

d'institutions pour personnes âgées et urgentistes) et de non-soignants (population générale) ont répondu à diverses questions telles que : « selon vous, en Belgique, quel est le pourcentage des personnes de plus de 65 ans qui :

- vivent en institution (Maison de repos/Maison de repos et de soins) ;
- souffrent de dépression ;
- se sentent seules ;
- ont des problèmes auditifs ? ».

Les réponses données par les différentes catégories de répondants ont été confrontées aux « faits » ; c'est-à-dire aux données issues d'enquêtes et/ou d'études scientifiques. Et le résultat de cette confrontation est sans équivoque : l'ensemble des groupes (soignants et non-soignants) surestime les « faits » pour tous les paramètres. Toutefois, cette surestimation apparaît systématiquement plus marquée chez les soignants comparativement aux non-soignants (Fig. 2).

Bien qu'interpellante, une telle surestimation n'est pas étonnante quand on regarde les mots spontanément énoncés par les soignants quand ils pensent à une personne âgée. Plus précisément, de manière complémentaire à l'estimation des pourcentages présentés sur la Fig. 2, nous avons demandé à 76 infirmiers(-ères) travaillant en oncologie au CHU de Liège de citer les 5 premiers mots leur venant à l'esprit lorsqu'ils (elles) pensent à une personne âgée [28]. Par un procédé similaire à celui utilisé pour les étudiants en psychologie (Fig. 1), nous avons pu créer un nuage de mots (Fig. 3). Comme nous pouvons le constater, la grande majorité des mots récoltés étaient extrêmement négatifs (plus précisément, 74 % des mots étaient jugés comme étant à connotation négative) et bien plus négatifs d'ailleurs que dans notre étude précédente concernant des étudiants de

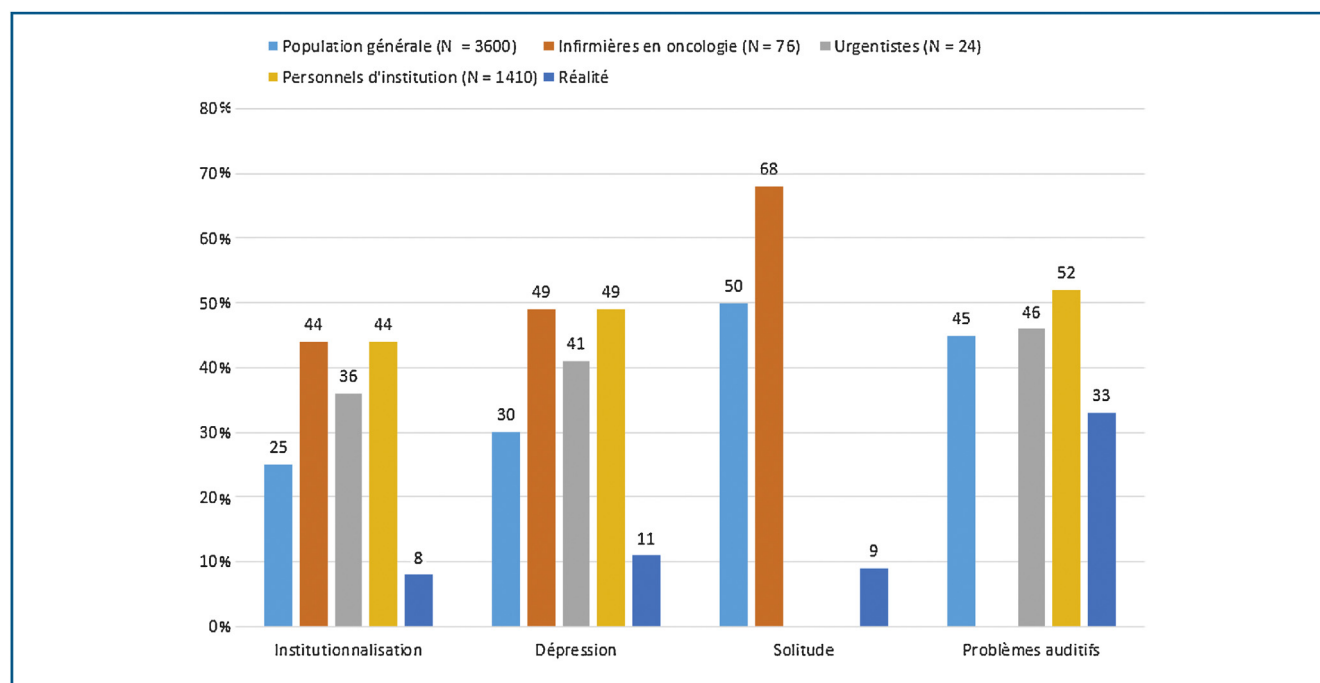


Figure 2. Estimation du pourcentage de personnes âgées de plus de 65 ans en Belgique qui sont institutionnalisées, souffrent de dépression, se sentent seules et ont des problèmes auditifs : avis de la population générale et de différentes cohortes de professionnels de la santé [27].



Figure 3. Nuage des 62 mots les plus fréquemment donnés par les infirmier(-ière)s du service d'oncologie du CHU de Liège ($n = 76$). Comme pour la Fig. 1, les mots en rouge correspondent aux mots négatifs (-5 à -1) ; en vert, les mots positifs ($+1$ à $+5$) ; et en bleu, les mots neutres (-1 à $+1$) (publié dans [28] et retranscrit en version originale).

psychologie qui n'avaient pas encore d'expérience professionnelle.

Dans le domaine médical, la vision négative du vieillissement se retrouve également concrétisée par le peu d'intérêt porté à cette catégorie de population. Ainsi, il est paradoxal de constater que bien que la majorité des cancers concernent les personnes « âgées » (à savoir qu'en 2030, on estime que 70 % des personnes souffrant d'un cancer auront plus de 65 ans) [29], celles-ci restent pourtant souvent exclues des essais cliniques. Ainsi, entre 1996 et 2002, 68 % des patients inclus dans les essais cliniques contre le cancer avaient entre 30 et 64 ans alors que seulement 23,7 % des patients avaient entre 65 et 74 ans [30]. De plus, bien qu'une très grande majorité de professionnels de la santé soit confrontée de manière quotidienne à des personnes âgées (en général plus de 50 % des patients ont plus de 65 ans ; et ceci est d'autant plus vrai dans le cas des professionnels travaillant dans un domaine tel que l'oncologie [29,31]), ceux-ci restent pourtant peu formés à l'accompagnement de patients âgés [32]. Par exemple, à Montréal, une étude a montré que le pourcentage d'heures de formation obligatoire consacré au vieillissement par rapport au nombre total d'heures de formation est en moyenne de 4 % pour les divers professionnels de la santé (que ce soit au niveau médical ou paramédical) [33]. Chez les médecins plus précisément, cette même étude indique que le pourcentage de leur formation consacré aux personnes âgées ne dépasse pas 10 % et parfois est même de 0 %. De plus, le contenu de ces formations est fortement axé sur le versant pathologique (maladies, dépendance, etc.) et non sur les potentialités des personnes âgées. Si nous ne contredisons aucunement la nécessité d'une connaissance optimale des pathologies, la centration (quasi-unique) sur les éléments négatifs associés au vieillissement peut, selon nous, participer à alimenter une vision négative de la vieillesse.

Aide excessive, sous-traitement et/ou sur-traitement du fait de l'âgisme...

Les stéréotypes négatifs liés à l'âge influencent également les attitudes des interlocuteurs des personnes âgées (et en particulier celles de soignants), et ce, de façon souvent non-consciente. L'impact de l'âgisme peut ainsi notamment être observé au travers de l'« elderspeak » (autrement dit, le

« parler petit vieux »). Ce type de langage correspond au fait de parler plus lentement et/ou plus fort, d'utiliser des phrases plus simples, un ton condescendant, etc., lorsque nous sommes confrontés à une personne présentant tous les traits physiques d'un individu (très) âgé [34,35]. Surtout, ces études suggèrent que plus nous utilisons l'« elderspeak » avec une personne âgée, plus ses compétences langagières diminuent [36]. Plus concrètement, en parlant de la sorte, cela conduit les personnes âgées à avoir moins confiance en elles. Elles risquent donc de nous demander de répéter non pas parce qu'elles n'ont pas compris, mais car elles se demandent si elles ont bien compris. En nous demandant de répéter, la personne âgée consolide involontairement l'idée stéréotypée selon laquelle « les vieux ne comprennent rien », ce qui nous encourage à adopter davantage un mode « elderspeak » !

Dans une étude récente, nous avons étendu cette question de la communication verbale âgiste au contexte médical [37]. Nous avons invité des médecins et étudiants en médecine ($n = 40$) à informer une patiente (via un enregistrement podcast) sur le traitement qu'elle allait recevoir, en l'occurrence une hormonothérapie dans le contexte d'un cancer du sein. Deux dossiers médicaux étaient proposés aux médecins. Ces deux dossiers étaient strictement identiques sur le plan du contenu, seul l'âge de la patiente différait (40 ans vs. 70 ans). Les analyses du discours montraient que les médecins parlaient plus lentement, faisaient des phrases plus courtes et se répétaient davantage pour la patiente de 70 ans. L'analyse du contenu était encore plus inquiétante puisque les médecins n'abordaient pas et/ou banalisaient certains symptômes (comme par exemple la baisse de la libido). Ce dernier point est plus interpellant car cela suggère que ces symptômes pourraient être moins traités, voire négligés pour la patiente plus âgée.

Si les stéréotypes négatifs associés au vieillissement peuvent générer le sous-traitement de certains symptômes, d'autres symptômes pourraient au contraire être sur-traités. Ainsi, à partir du moment où les soignants pensent que la majorité des personnes âgées de plus de 65 ans se sentent seules, sont dépressives et vivent en institution (Fig. 2), on peut s'attendre à ce qu'il y ait un sur-diagnostic de dépression et en conséquence un sur-traitement de ces symptômes. Par exemple, une étude montre qu'il faut moins de symptômes dépressifs pour qu'une personne plus âgée (c'est-à-dire de « seulement » plus de 55 ans ; $n = 289$)

soit « étiquetée » comme dépressive et donc possiblement traitée pour dépression comparativement à des sujets plus jeunes (des sujets entre 18 et 35 ans ou 36 et 55 ans ; respectivement $n=690$ et 846) [38]. Plusieurs études confirment d'ailleurs une nette augmentation de la prescription de benzodiazépines [39] et d'antidépresseurs avec l'âge. Pourtant, paradoxalement, de nombreuses études mettent en évidence que le bonheur ne diminue pas en vieillissant, voire même qu'il augmente avec l'âge [40,41]. C'est ce qui est qualifié dans la littérature du « paradoxe du bien-être ». Dans cette perspective, toute une série de théories ont été développées en s'axant sur les stratégies que les personnes âgées s'appliquent spontanément (et souvent inconsciemment) pour maintenir ce haut niveau de bien-être et de bonheur [42,43].

Des attitudes de traitement différentielles selon l'âge ont, par ailleurs, aussi été observées dans le domaine de l'oncogériatrie. Les personnes âgées cancéreuses sont ainsi globalement sous-traitées comparativement à des patients plus jeunes, et ce, notamment dans le cadre du cancer colorectal, du poumon, du sein et du lymphome non hodgkinien [44]. Dans la même lignée, dans le cadre d'un cancer du sein, à situation clinique égale, des futurs médecins recommanderaient dans 95 % des cas une reconstruction mammaire chez les patientes de moins de 31 ans contre (seulement !) 65 % des cas chez les plus de 59 ans. Ces données interpellent car comment expliquer une telle différence d'attitudes à l'égard des patientes âgées autrement que par la stigmatisation liée à l'âge (« un sein en moins après 59 ans et alors ? ! ») ? C'est également ce que nous avons montré à partir de l'échantillon d'infirmiers(-ères) étudiés dans l'étude évoquée précédemment [28]. Pour rappel, ces infirmiers(-ères) avaient une vision particulièrement négative du vieillissement (Fig. 2 et 3). Outre l'évaluation de l'âgisme, nous avons également proposé à ces professionnels ($n=76$) des vignettes cliniques concernant trois patientes souffrant d'un cancer du sein. Les vignettes, rédigées en collaboration avec le chef d'oncologie médicale du CHU de Liège, étaient superposables sur le fond. Il était par exemple mentionné que la patiente était physiquement apte à recevoir une chimiothérapie et qu'elle hésitait, par ailleurs, à demander une reconstruction mammaire après l'ablation d'un sein. Seul l'âge distinguait clairement ces trois dossiers : les patientes étaient respectivement âgées de 35, 55 et 75 ans. Pour chaque patiente, les infirmiers(-ères) devaient déterminer dans quelle mesure ils (elles) encourageraient (sur une échelle de 1 à 7) la patiente à suivre un traitement (chimiothérapie) ou à demander une reconstruction mammaire après ablation du sein. Il a pu être montré que les infirmiers(-ères) encourageraient moins fréquemment une patiente de 75 ans ou même de 55 ans à suivre une chimiothérapie et à demander une reconstruction mammaire comparativement à une patiente de 35 ans [28]. Surtout, la vision que les soignant(e)s avaient du vieillissement prédisait leur propension à encourager (ou non) la reconstruction mammaire : plus le soignant a une vision négative, moins il encourageait une reconstruction mammaire pour une personne de 75 ans comparativement à une personne de 35 ans !

Il convient de souligner que l'influence des stéréotypes sur nos attitudes peut se manifester très jeune, dès l'âge

de 2–3 ans. C'est ce qui est observé, par exemple, dans une étude où des enfants (entre 2 et 3 ans) sont face à une expérimentatrice qui va leur présenter des fiches avec l'image de deux objets : un très connu pour l'enfant (exemple : une balle) et un objet nettement moins connu (exemple : une agrafeuse) [45]. Ensuite, l'expérimentatrice prononce un non-mot (exemple : « matupo ») et l'enfant a pour tâche de désigner parmi les deux images celle qui correspond à ce qui a été prononcé oralement. L'attitude attendue de l'enfant serait de désigner l'objet non-familier (« je sais que ce n'est pas la balle donc ça ne peut correspondre qu'à l'autre objet »). Les résultats soulignent cependant que l'attitude de l'enfant face au non-mot va être tout à fait différente selon l'âge de l'expérimentatrice (20 ou 70 ans) et la fréquence des contacts de l'enfant avec les personnes âgées (faible ou forte fréquence). Ainsi, si l'expérimentatrice est jeune, l'enfant va effectivement désigner l'objet non-familier (« agrafeuse ») tandis qu'il le fera significativement moins face à une expérimentatrice âgée. Toutefois, ce constat ne s'observe pas chez les enfants qui ont des contacts fréquents avec les personnes âgées. Cette attitude différente selon l'âge suggère, selon les auteurs, que l'enfant remet en quelque sorte en question la compétence et les capacités langagières de la personne âgée. Toutefois, ce constat ne s'observe pas chez les enfants qui ont des contacts fréquents avec les personnes âgées : ceux-ci font plus confiance à la personne âgée, s'appuyant sur les a priori positifs que les plus âgés ont un meilleur vocabulaire que les jeunes et sont de meilleurs instructeurs.

Ces attitudes stéréotypées envers les aînés ont des répercussions concrètes sur les performances de ces derniers. Une étude portant sur les données de l'enquête européenne SHARE (incluant plus de 50 000 personnes âgées réparties sur une quinzaine de pays) suggère que le nombre d'enfants que nous avons et surtout le sexe de ceux-ci (selon que nous ayons des filles ou des garçons) prédit le déclin de notre mémoire avec l'âge [46]. Plus précisément, plus les femmes ont de filles, plus leurs capacités mnésiques baissent avec l'âge. Ce résultat étonnant s'explique par le fait que plus nous avons de filles, plus nous recevons d'aide de nos enfants (les filles étant généralement plus « mères » et bienveillantes). Ces données suggèrent donc que recevoir trop d'aide (dans ce cas-ci, l'aide informelle de nos enfants) participe à une évolution négative en vieillissant. Ce résultat est d'ailleurs conforté par une étude plus ancienne dans laquelle il était demandé aux résidents d'une maison de repos de résoudre un casse-tête (type puzzle) [47]. Dans le premier groupe, l'aide est très présente durant l'entraînement (on leur suggère par exemple où mettre les pièces, voire on en pose l'une ou l'autre à leur place). Dans le deuxième groupe, les résidents sont uniquement encouragés verbalement et dans le dernier groupe aucune aide n'est fournie lors des séances d'entraînement. Les résultats sont éloquentes :

- la performance s'améliore dans la condition d'encouragement verbal ;
- le niveau de performance reste stable dans le groupe sans entraînement ;
- dans le groupe où les personnes sont aidées, la performance est moins bonne après entraînement par rapport à avant !

De plus, dans ce dernier groupe, les sujets déclarent trouver la tâche plus difficile et être moins confiants en eux lors de la réalisation de celle-ci (contrairement au groupe qui a été seulement encouragé verbalement). Autrement dit, les bonnes intentions peuvent avoir des effets délétères sur les personnes âgées.

Naturellement, lorsque nous constatons les effets déjà majeurs de la stigmatisation dans un contexte de vieillissement sans troubles cognitifs, on ne peut qu'envisager une situation encore pire dans un contexte de maladie d'Alzheimer. Un patient souffrant de la maladie d'Alzheimer est déjà stigmatisé dans la mesure où il est âgé, mais en plus il souffre d'une pathologie dont l'image sociale est tout particulièrement négative et donc stigmatisante. On parle dans cette situation de double stigmatisation. Ainsi, la démence est souvent associée à des images négatives et stéréotypées de régression, de dégénérescence et de détérioration mais aussi de contagion ou encore de perte d'identité. Les personnes qui en sont atteintes sont souvent perçues comme n'ayant plus une bonne qualité de vie ni la capacité d'éprouver du plaisir [48]. Elles font l'objet d'attitudes et de processus discriminatoires de la part du système de santé et de prise en charge sociale ainsi que, plus globalement, de la société [48]. En conséquence, les personnes atteintes de démence, souvent qualifiées de « séniles » ou de « gaga » [49], se retrouvent déshumanisées [50] et exclues socialement [51]. Cette exclusion sociale affecte également l'aidant proche et le bien-être mental et physique de celui-ci. Sans rentrer dans une forme d'angélisme en niant le côté négatif de la maladie, il apparaît tout de même que la vision négative véhiculée dans la société est exagérée comme le révèlent diverses données empiriques. Ainsi, certaines recherches démontrent que les sujets atteints de démence sont capables de s'adapter [52], peuvent maintenir un niveau de qualité de vie acceptable, et ce, même à des stades avancés de la pathologie [53]. De même, la maladie n'est pas uniquement synonyme de pertes. Beaucoup d'études soulignent, par exemple, la présence d'un maintien d'aptitude chez certains patients dans leur domaine d'expertise, et ce, même à des stades avancés de la pathologie [54]. Ce type de recherche permet donc d'aboutir à une vision plus nuancée et moins négative de la démence (« tout n'est pas touché et la maladie n'est pas uniquement synonyme de pertes... »).

Enjeux cliniques et éthiques : illustration au travers de la question du diagnostic des pathologies démentielles...

La prise de connaissance de cette littérature nous amène à nous interroger sur toute une série d'enjeux tant cliniques qu'éthiques. Cela soulève notamment plusieurs questions concernant l'intérêt et les modalités du diagnostic précoce de pathologies comme la maladie d'Alzheimer. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, le simple fait de dire à une personne âgée que nous allons tester sa mémoire l'amène à se sentir plus vieille et à avoir un moins bon score au test de mémoire comparativement à une situation où le terme « mémoire » n'est pas mentionné [21]. Or, les diagnostics précoces de maladie touchant la mémoire se font dans

une structure appelée « clinique de la mémoire » où un neuropsychologue va tester la « mémoire » des personnes ! Les conditions de l'examen sont donc déjà propices à créer (ou à minima accentuer) les symptômes. Il est donc essentiel de rester attentif à différents éléments inhérents au contexte clinique qui peuvent avoir des effets combinés négatifs sur la performance des personnes âgées et ainsi conduire à un risque de sur-pathologisation [19].

Pour illustrer ce phénomène, il nous semble pertinent de décrire l'étude conduite par Haslam et al. [55]. Dans celle-ci, des personnes âgées de 60 à 70 ans étaient soumises à deux tâches ; l'une mesurant la mémoire épisodique et l'autre évaluant le fonctionnement cognitif plus global. Avant la passation de ces tâches, il était communiqué aux sujets que le but de la recherche était d'étudier « comment les personnes d'âges différents se comportent dans une série de tâches » (condition neutre) vs. « comment la mémoire décline avec l'âge » (condition « menaçante »). Par ailleurs, quelle que soit la condition (neutre ou menaçante), il était ensuite précisé à la moitié des sujets que les personnes participant à cette étude avaient entre 40 et 70 ans. Les sujets se situaient donc dans la partie plus âgée de l'échantillon (condition « vieux »). Pour l'autre moitié des participants, le chercheur communiquait aux sujets que les participants de l'étude avaient entre 60 et 90 ans, ceux-ci se situant alors dans la partie jeune de l'échantillon (condition « jeune »). Ce contraste (« vieux » vs « jeunes ») avait pour objectif de manipuler la catégorisation de soi basée sur l'âge (« Je suis comparé à des gens plus jeunes ou plus vieux que moi et donc je me sens plus vieux ou plus jeune »). Les auteurs ont mis en évidence des scores plus faibles dans la condition « vieux » par rapport à la condition « jeune ». De plus, cette diminution des scores dans le test mnésique était plus marquée dans la condition menaçante. Surtout, dans le groupe des participants qui ont été conduits à se catégoriser comme les « plus vieux » et à considérer que le vieillissement est associé à un déclin de la mémoire, 70 % obtenaient une performance cognitive globale correspondant au critère de « démence », contre seulement 14 % en moyenne dans les autres groupes !

De manière complémentaire, ces études relatives à la stigmatisation, à l'activation de stéréotypes auprès des personnes âgées, etc. doivent également être intégrées dans certains débats sur :

- la question de l'annonce d'un diagnostic de démence ;
- le fait d'établir un diagnostic sur des patients dits « asymptomatiques (c'est-à-dire n'ayant encore aucun symptôme de la maladie) ;
- le développement d'entités cliniques comme le Mild Cognitive Impairment (MCI).

En effet, le fait de coller une étiquette Alzheimer ou autre type de démence sur un patient peut participer à alimenter ou renforcer le symptôme, voire à le créer ! Ce mécanisme fait référence aux phénomènes d'attente, d'amplification et d'attribution des symptômes. Ces processus n'ont pas été étudiés spécifiquement dans le vieillissement mais plutôt dans le contexte du traumatisme crânien léger [56,57]. Ainsi, lorsque les médecins sensibilisent facilement les patients sur la possibilité de symptômes (« parfois, il arrive que l'on développe des problèmes de mémoire et de concentration. Ils sont légers. Ne vous tracassez pas ! Mais si cela arrive, revenez-nous voir... »), cette

communication amène au phénomène d'attente du symptôme : le patient s'attend à avoir des difficultés de mémoire, il va devenir hypervigilant sur le symptôme (« est-ce que j'oublie ? »). Or nous oublions souvent qu'une des qualités principales de la mémoire, c'est l'oubli ! Il est normal d'avoir des oublis (les noms des personnes, entrer dans une pièce et ne plus savoir ce qu'on venait y faire, oublier des courses, etc.). Si nous sommes attentifs à notre mémoire au quotidien, nous constaterions tous que nous oublions plein de choses. Le patient devient donc anxieux par rapport au symptôme, cette anxiété ayant pour effet d'accentuer les oublis (phénomène d'amplification du symptôme). Avant le patient se serait dit : « zut j'ai été distrait ». Par contre, depuis l'accident et les informations données par le médecin, le patient se dit : « zut, c'est à cause de l'accident ! » (phénomène d'attribution du symptôme). Ces mécanismes en jeu dans le contexte des traumatismes crâniens ne nous paraissent pas incompatibles avec ce que peut vivre une personne âgée dans le contexte de la peur du diagnostic de la maladie d'Alzheimer. En d'autres termes, que peut gagner un patient en recevant un diagnostic de démence ? Ce point est d'autant plus criant quand on fait attention au taux de suicide et/ou idées suicidaires. Même si le risque est relativement faible, il est tout de même important de savoir que la période qui suit l'annonce du diagnostic présente un risque de suicide plus élevé comparativement aux stades plus avancés de la maladie [58,59] ! Ce constat n'est pas étonnant au vu de la communication médiatique catastrophiste véhiculée sur cette pathologie : actuellement, un patient diagnostiqué sera considéré (et se considérera) comme « perdu ».

D'autres questions éthiques peuvent être envisagées : notamment sur l'utilisation des programmes de simulation de la mémoire (renforcement des stéréotypes et de l'image négative du vieillissement : « les fonctions mentales déclinent avec l'âge » et « il faut tout faire pour éviter de vieillir ») ; la manière dont les normes neuropsychologiques peuvent être constituées (contrôle ou non des éléments stéréotypés) ; ou encore certains enjeux en matière d'euthanasie (quelle est la participation de l'image que l'on a du vieillissement dans ce type de décision ?). Cette dernière question mérite d'autant plus d'être soulevée qu'une étude récente montre un lien significatif entre le degré d'âgisme et l'acceptation des idées suicidaires des personnes âgées [60].

Comment réduire ces stéréotypes ? Quelques pistes cliniques...

Compte tenu des conséquences des stéréotypes âgistes, il est important d'envisager différentes pistes afin de réduire nos attitudes et croyances stéréotypées. À cette fin, un élément qui nous paraît incontournable est la sensibilisation des professionnels de la santé. Des formations spécifiques à la communication ont notamment pu démontrer leur efficacité pour réduire le parler « petit vieux » (c'est-à-dire, pour rappel, le fait de parler plus fort, plus lentement, avec un ton condescendant, etc. face à une personne âgée). Plus précisément, il a pu être observé qu'une formation combinant théorie et jeux de rôle avec des professionnels en milieu institutionnel diminuait la fréquence d'utilisation

de ce langage « petit vieux ». De plus, à la suite de la formation, ces professionnels étaient considérés comme plus respectueux et attentionnés à l'égard des résidents [61]. Ce type de formation a été réitéré à travers 13 institutions d'hébergement pour personnes âgées et là-encore, ses bénéfices sur les comportements et la communication du personnel ont pu être observés, et ce, jusqu'à 3 mois après l'intervention [62].

Une autre piste à envisager afin de participer au changement des mentalités envers le vieillissement est le contact intergénérationnel. Il convient toutefois d'être prudent lors de la mise en place d'une telle initiative. En effet, lorsque la relation est « forcée », par exemple en imposant aux enfants des visites à des personnes âgées fragilisées en institution (confirmant donc leurs stéréotypes que les personnes âgées sont passives, en situation de dépendance, etc.), l'attitude des enfants à l'égard des seniors devient alors plus négative qu'auparavant [63]. L'accent doit donc être mis sur les projets apportant des bénéfices mutuels, où chacun peut apporter une contribution : par exemple, l'aide aux devoirs, où les aînés peuvent transmettre leurs connaissances afin d'aider les plus jeunes [64].

Conclusion

Les conséquences délétères des stéréotypes âgistes sont encore bien trop souvent méconnues et sous-estimées. Pourtant, comme nous l'avons vu tout au long de cet article, la littérature confirme que cette dimension est un élément incontournable à considérer en vue d'un accompagnement adéquat des personnes âgées. Elle devrait d'ailleurs être envisagée comme un élément central du bagage de formation proposé aux (futurs) professionnels de la santé. Ceci est d'autant plus vrai que des études récentes suggèrent des retombées positives de ce type de formation sur les attitudes des soignants en milieu institutionnel [61,62]. À terme, l'idéal serait donc d'arriver à un changement global des mentalités et du regard porté sur nos aînés au sein de la société.

Déclaration de liens d'intérêts

S. Schroyen est subventionnée par une bourse « Ligue contre le cancer », M. Marquet par une bourse FNRS, A. Flamion par une bourse NON-FRIA (Ulg), C. Crutzen par Interreg et A. Clesse par les services de la Canopée.

Les auteurs S. Adam, P. Missotten et S. Piccard déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] TNS opinion & social. Special Eurobarometer 437: discrimination in the EU in 2015 (Report no. 978-92-79-50342-9). Bruxelles: European Commission, 2015. https://data.europa.eu/euodp/en/data/dataset/S2077_83_4_437_ENG.
- [2] Adam S, Joubert S, Missotten P. L'âgisme et le jeunisme : conséquences trop méconnues par les cliniciens et chercheurs ! *Rev Neuropsychol* 2013;5:4-8.
- [3] Butler RN. Age-ism: another form of bigotry. *Gerontologist* 1969;9(4):243-6.

- [4] Ellis SR, Morrison TG. Stereotypes of ageing: messages promoted by age-specific paper birthday cards available in Canada. *Int J Aging Hum Dev* 2005;61(1):57–73.
- [5] Kelly J, Watson R, Pankratova M, et al. Representation of age and ageing identities in popular music texts. *J Adv Nurs* 2016;72(6):1325–34.
- [6] Levy BR, Chung PH, Bedford T, et al. Facebook as a site for negative age stereotypes. *Gerontologist* 2014;54(2):172–6.
- [7] Gendron TL, Welleford EA, Inker J, et al. The language of ageism: why we need to use words carefully. *Gerontologist* 2016;56(6):997–1006.
- [8] Robinson T, Callister M, Magoffin D, et al. The portrayal of older characters in Disney animated films. *J Aging Stud* 2007;21(3):203–13.
- [9] Wandke H, Sengpiel M, Sonksen M. Myths about older people's use of information and communication technology. *Gerontology* 2012;58(6):564–70.
- [10] Czaja SJ, Lee CC. The impact of aging on access to technology. *UAIS* 2006;5(4):341–9.
- [11] Marquet M, Vallet G, Adam S, et al. Ageism among psychology students: a comparative analysis between Belgium and Quebec (Canada). *Ageing Soc* 2017 [In revision].
- [12] Ng R, Allore HG, Trentalange M, et al. Increasing negativity of age stereotypes across 200 years: evidence from a database of 400 million words. *Plos One* 2015;10(2):e0117086.
- [13] Marquet M, Missotten P, Schroyen S, et al. Ageism in Belgium and Burundi: a comparative analysis. *Clin Interv Aging* 2016;11:1129–39.
- [14] North MS, Fiske ST. Modern attitudes toward older adults in the aging world: a cross-cultural meta-analysis. *Psychol Bull* 2015;141(5):993–1021.
- [15] Levy B. Stereotype embodiment: a psychosocial approach to aging. *Curr Dir Psychol Sci* 2009;18(6):332–6.
- [16] Marquet M, Missotten P, Schroyen S, et al. A French validation of the attitudes to ageing questionnaire (AAQ): factor structure, reliability and validity. *Psychol Belg* 2016;56(2):1–21.
- [17] Schroyen S, Marquet M, Jerusalem G, et al. The link between self-perceptions of aging, cancer view and physical and mental health of older people with cancer. *J Geriatr Oncol* 2017;8:64–8.
- [18] Schroyen S, Missotten P, Jerusalem G, et al. Longitudinal impact of a negative self-perception of aging and cancer view in oncogeriatrics. *BMC Cancer*. Submitted.
- [19] Marquet M, Missotten P, Adam S. Agisme et surestimation des difficultés cognitives des personnes âgées : une revue de la question. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2016;14:177–86.
- [20] Marquet M, Adam S. Influence des stéréotypes dans l'évaluation neuropsychologique. In: Amieva H, Bellin C, Maillet D, editors. *L'évaluation neuropsychologique : de la norme à l'exception*. France: De Boeck Supérieur; 2016. p. 19–34.
- [21] Abrams D, Eller A, Bryant J. An age apart: the effects of intergenerational contact and stereotype threat on performance and intergroup bias. *Psychol Aging* 2006;21(4):691–702.
- [22] Abrams D, Crisp RJ, Marques S, et al. Threat inoculation: experienced and imagined intergenerational contact prevents stereotype threat effects on older people's math performance. *Psychol Aging* 2008;23(4):934–9.
- [23] Levy B, Ashman O, Dror I. To be or not to be the effects of aging stereotypes on the will to live. *Omega* 2000;40(3):409–20.
- [24] Marquet M, Missotten P, Dardenne B, et al. Interactions between stereotype threat, subjective aging, and memory in older adults. In preparation.
- [25] Kotter-Gruhn D, Kornadt AE, Stephan Y. Looking beyond chronological age: current knowledge and future directions in the study of subjective age. *Gerontology* 2015;62(1):86–93.
- [26] Hughes ML, Geraci L, De Forrest RL. Aging 5 years in 5 minutes: the effect of taking a memory test on older adults' subjective age. *Psychol Sci* 2013;24(12):2481–8.
- [27] Missotten P, Adam S, Schroyen S. Ageism and youthism: health-care professionals disregard the consequences. In: Wynants M, Nuytens G, editors. *Age: from the anatomy of life to the architecture of living*. Bruxelles: Brussels University Press; 2016.
- [28] Schroyen S, Missotten P, Jerusalem G, et al. Ageism and caring attitudes among nurses in oncology. *Int Psychogeriatr* 2015;1(5):1–9.
- [29] Smith BD, Smith GL, Hurria A, et al. Future of cancer incidence in the United States: burdens upon an aging, changing nation. *J Clin Oncol* 2009;27(17):2758–65.
- [30] Murthy VH, Krumholz HM, Gross CP. Participation in cancer clinical trials: race-, sex-, and age-based disparities. *JAMA* 2004;291(22):2720–6.
- [31] Hurria A, Browner IS, Cohen HJ, et al. Senior adult oncology. *J Natl Compr Canc Netw* 2012;10(2):162–209.
- [32] Bensadon BA, Teasdale TA, Odenheimer GL. Attitude adjustment: shaping medical students' perceptions of older patients with a geriatrics curriculum. *Acad Med* 2013;88(11):1630–4.
- [33] Comité de gériatrie du RUIS de l'UDeM. Inventaire des activités d'enseignement universitaire, collégial et secondaire reliées aux soins aux personnes âgées. Montréal: 2011. http://www.ruis.umontreal.ca/sites/default/files/Comites/Vieillessement/Comite_geriatrie_RUIS_UdeM_inventaire_activites_enseignement_FINAL.pdf.
- [34] Caporael LR. The paralinguistic of caregiving: baby talk to the institutionalized aged. *J Pers Soc Psychol* 1981;40(5):876–84.
- [35] Balsis S, Carpenter BD. Evaluations of Elderspeak in a caregiving context. *Clin Gerontol* 2006;29(1):79–96.
- [36] Ryan E, Giles H, Bartolucci G, et al. Psycholinguistic and social psychological components of communication by and with the elderly. *Lang Commun* 1986;6:1–24.
- [37] Schroyen S, Missotten P, Adam S, et al. Communication of health-care professionals: is there ageism? *Eur J Cancer Care*. In revision.
- [38] Read J, Gibson KL, Cartwright C. Are older people prescribed antidepressants on the basis of fewer symptoms of depression, and for longer periods of time? A survey of 1825 New Zealanders. *Australas J Ageing* 2016;35(3):193–7.
- [39] Olsson M, King M, Schoenbaum M. Benzodiazepine use in the United States. *JAMA Psychiatry* 2015;72(2):136–42.
- [40] Mroczek DK, Kolarz CM. The effect of age on positive and negative affect: a developmental perspective on happiness. *J Pers Soc Psychol* 1998;75(5):1333–49.
- [41] Graham C, Ruiz Pozuelo J. Happiness, stress, and age: how the U curve varies across people and places. *J Popul Econ* 2016;30(1):225–64.
- [42] Baltes PB, Baltes MM. Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. In: Baltes PB, Baltes MM, editors. *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences*. New York: Cambridge University Press; 1990. p. 1–34.
- [43] Carstensen L. Evidence for a life-span theory of socioemotional selectivity. *Curr Dir Psychol Sci* 1995;4(5):151–6.
- [44] Peake MD, Thompson S, Lowe D, et al. Ageism in the management of lung cancer. *Age Ageing* 2003;32(2):171–7.
- [45] Kwong See ST, Nicoladis E. Impact of contact on the development of children's positive stereotyping about aging language competence. *Educ Gerontol* 2009;36(1):52–66.
- [46] Bonsang E, Bordone V. The effect of informal care from children on cognitive functioning of older patients. *J Nutr Health Aging* 2013;21(1):17–24.
- [47] Avorn J, Langer E. Induced disability in nursing home patients: a controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 1982;30:397–400.
- [48] Garand L, Lingler JH, Conner KO, et al. Diagnostic labels, stigma, and participation in research related to

- dementia and mild cognitive impairment. *Res Gerontol Nurs* 2009;2(2):112–21.
- [49] Milne A. The 'D' word: reflections on the relationship between stigma, discrimination and dementia. *J Ment Health* 2010;19(3):227–33.
- [50] Behuniak SM. The living dead? The construction of people with Alzheimer's disease as zombies. *Ageing Soc* 2010;31(01):70–92.
- [51] Brannelly T. Sustaining citizenship: people with dementia and the phenomenon of social death. *Nurs Ethics* 2011;18(5):662–71.
- [52] Clare L, Goater T, Woods B. Illness representations in early-stage dementia: a preliminary investigation. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006;21(8):761–7.
- [53] Missotten P, Squelard G, Ylief M, et al. Quality of life in older Belgian people: comparison between people with dementia, mild cognitive impairment, and controls. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008;23(11):1103–9.
- [54] Adam S. Approche neuropsychologique de la prise en charge des stades débutants de la maladie d'Alzheimer. In: Rousseau T, editor. *Démences : orthophonie et autres interventions*. Isbergues: Ortho Édition; 2007. p. 241–85.
- [55] Haslam C, Morton TA, Haslam SA, et al. 'When the age is in, the wit is out': age-related self-categorization and deficit expectations reduce performance on clinical tests used in dementia assessment. *Psychol Aging* 2012;27(3):778–84.
- [56] Ferrari R, Obelieniene D, Russell A, et al. Laypersons' expectation of the sequelae of whiplash injury. A cross-cultural comparative study between Canada and Lithuania. *Med Sci Monit* 2002;8(11):728–34.
- [57] Ferrari R, Constantoyannis C, Papadakis N. Laypersons' expectation of the sequelae of whiplash injury: a cross-cultural comparative study between Canada and Greece. *Med Sci Monit* 2003;9(3):120–4.
- [58] Draper B, MacCuspie-Moore C, Brodaty H. Suicidal ideation and the 'wish to die' in dementia patients: the role of depression. *Age Ageing* 1998;27:503–7.
- [59] Lim WS, Rubin EH, Coats M, et al. Early stage Alzheimer disease represents increased suicidal risk in relation to later stages. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2005;19(4):214–9.
- [60] Gamliel E, Levi-Belz Y. To end life or to save life: ageism moderates the effect of message framing on attitudes towards older adults' suicide. *Int Psychogeriatr* 2016;28(8):1383–90.
- [61] Williams KN. Improving outcomes of nursing home interactions. *Res Nurs Health* 2006;29(2):121–33.
- [62] Williams KN, Perkhounkova Y, Jao YL, et al. Person-centered communication for nursing home residents with dementia. *West J Nurs Res* 2017, <http://dx.doi.org/10.1177/0193945917697226>.
- [63] Seefeldt C. The effects of preschoolers' visits to a nursing home. *Gerontologist* 1987;27(2):228–32.
- [64] Carr DC, Gunderson JA. The third age of life: leveraging the mutual benefits of intergenerational engagement. *Public Policy Aging Rep* 2016;26(3):83–7.