

L'ÂGISME ET SES CONSÉQUENCES CLINIQUES EN ONCOGÉRIATRIE :

état des lieux et pistes d'interventions

S. SCHROYEN (1), S. ADAM (2), G. JERUSALEM (3), P. MISSOTTEN (4)

RÉSUMÉ : L'avancée en âge est un facteur de risque en oncologie. Ainsi, on estime que, en 2030, 70% des cancers diagnostiqués aux Etats-Unis toucheront des sujets de plus de 65 ans. Paradoxalement, les personnes âgées sont souvent exclues des essais cliniques et sont sous-traitées comparativement aux patients plus jeunes. Un facteur explicatif important (et pourtant peu pris en compte !) de telles observations est la stigmatisation liée à l'âge (c'est-à-dire nos stéréotypes liés à l'âge, et donc l'âgisme), l'âge étant actuellement le principal motif de discrimination. Dans cette perspective, notre objectif est de présenter les manifestations de l'âgisme en oncogériatrie et ses conséquences directes pour les patients, leurs interlocuteurs (c'est-à-dire les professionnels de la santé) et les interactions qui se nouent entre eux. Tout au long de cet article, nous enrichirons nos propos par des données issues de recherches menées dans le vieillissement «normal». Avant de conclure, nous dégagerons quelques pistes d'interventions, potentiellement applicables en oncogériatrie, destinées à y réduire l'effet délétère de l'âgisme

MOTS-CLÉS : *Oncogériatrie - Vieillissement - Agisme - Pistes cliniques - Stéréotype*

AGEISM AND ITS CLINICAL CONSEQUENCES IN ONCOGERIATRY :

A REVIEW OF EXISTING DATA AND INTERVENTION LEADS

SUMMARY : Aging is a risk factor in oncology. Indeed, it is estimated that, in 2030, 70% of diagnosed cancers in the United States will concern subjects older than 65 years. Paradoxically, elderly are often excluded from clinical trials and are under-treated compared to younger patients. An important explanatory factor (and yet still not considered!) for these observations is the age stigma (in other words our stereotypes linked to age, and so ageism), age being actually the main motive for discrimination. In this perspective, our aim is to present ageism manifestations in oncogeriatrics and their direct consequences for patients, interlocutors (that is to say health professionals) and interactions between them. Throughout this article, we will enhance our remarks by data from researches in "normal" aging. Before ending, we will give some intervention leads potentially applicable in oncogeriatrics, to reduce ageism deleterious effect.

KEYWORDS : *Oncogeriatrics - Aging - Ageism - Clinical approaches - Stereotype*

INTRODUCTION

Au cours des dernières décennies, la proportion de personnes âgées n'a cessé de croître. Cette évolution démographique, toujours en cours et particulièrement marquée en Europe (1), s'explique par le déclin de la fertilité, la limitation volontaire du nombre d'enfants et, surtout, par l'augmentation de l'espérance de vie. Cette réalité du nombre grandissant de personnes âgées et très âgées nécessite une attention sociétale particulière, d'autant que l'âge constitue un facteur de risque dans un grand nombre de maladies dont le cancer (2). Ainsi, on estime qu'en 2030, 70% des cancers diagnostiqués aux Etats-Unis toucheront des sujets de plus de 65 ans (3). Paradoxalement, les avancées réalisées en cancérologie (tant en clinique qu'en recherche) se focalisent peu sur les populations «âgées». Selon divers auteurs, cette constatation troublante peut, en partie, s'expliquer par le contexte actuel entourant le processus du vieillissement et les personnes

vieillissantes. Plus précisément, dans nos sociétés industrielles contemporaines, les individus âgés sont souvent vus comme fragiles, intolérants au changement et détériorés cognitivement, ce qui occulte la grande hétérogénéité culturelle, sociale, physiologique et psychologique des seniors. En d'autres termes, la vision prégnante du vieillissement est actuellement négative, teintée des phénomènes d'âgisme et de jeunisme. Ce concept d'âgisme a été introduit en 1969 par R. Butler en référence à la révulsion envers l'avancée en âge, la maladie et l'infirmité, la peur de l'impuissance, l'inutilité et la mort (4). En d'autres mots, c'est l'ensemble des stéréotypes que l'on peut avoir à l'égard de la vieillesse. A l'inverse, le «jeunisme» (tout aussi négatif) fait référence à l'engouement lié à la jeunesse et correspond à la volonté de rester jeune («vieillir n'est pas bien !»). Cette vision négative actuelle du vieillissement est objectivée dans la plupart des enquêtes récentes (comme, par exemple, l'Eurobaromètre des statistiques de discrimination en Europe) qui soulignent que le motif de discrimination le plus souvent cité en Europe est l'âge (correspondant ici au fait d'avoir plus de 55 ans; 4% en 2012, 6% en 2009), suivi seulement par la race (3%). Ces données interpellantes nous ont amenés à nous interroger sur les manifestations de l'âgisme dans le domaine spécifique de l'oncologie et sur les conséquences de l'âgisme

(1) Boursière FRESCH (FNRS), (2) Chargé de cours, Responsable d'Unité, (4) Assistant, Unité de Psychologie de la Sénescence, Université de Liège.
(3) Chargé de cours, Université de Liège. Chef de Service, Service d'Oncologie Médicale, CHU de Liège.

tant sur le patient lui-même que sur ses interlocuteurs. Tout au long de la description de ces conséquences de l'âgisme, nous enrichirons nos propos par des données issues du vieillissement «normal». Enfin, avant de conclure, nous dégagerons quelques pistes d'interventions, potentiellement applicables en oncogériatrie, destinées à y réduire l'effet délétère de l'âgisme.

QUELLES SONT LES MANIFESTATIONS DE L'ÂGISME EN ONCOGÉRIATRIE ?

Dans le milieu oncologique, l'âgisme se manifeste de différentes façons. Tout d'abord, nous observons que les patients âgés sont souvent exclus des essais cliniques (2) : entre les années 1996 et 2002, 68% des personnes incluses dans les essais cliniques contre le cancer étaient âgées de 30 à 64 ans alors que seulement 8,3 % des personnes avaient entre 65 et 74 ans (5). Ce constat est assez paradoxal quand on se rappelle que la grande majorité des patients traités en oncologie sont âgés de plus de 65 ans (3). Cette faible représentation des patients âgés dans les recherches scientifiques (particulièrement, celles centrées sur le traitement médical) et l'intérêt ciblé sur une partie d'entre eux (les moins vieux, ceux ayant le meilleur fonctionnement et pas ou peu de comorbidités) ont une double conséquence : (1) les données disponibles ne peuvent aucunement être généralisables à l'ensemble des personnes âgées atteintes de cancer; et (2) il s'avère difficile de développer des lignes directrices spécifiques pour les traitements des patients âgés. Ce constat de discrimination envers les personnes âgées ne se limite pas au seul domaine de la recherche : il est tout aussi vrai en clinique. Ainsi, les patients âgés cancéreux bénéficient de moins de procédures conservatrices et de reconstruction telles que la reconstruction mammaire (6). En guise d'illustration, nous pouvons décrire l'étude de Madan et coll. (6): ces auteurs ont demandé à des étudiants en médecine de compléter un questionnaire sur les recommandations qu'ils feraient vis-vis du cancer du sein. Les étudiants devaient choisir un traitement pour huit patientes dont seuls l'âge, la race et le statut marital variaient. Les résultats mettent en évidence qu'à situation clinique égale, ces futurs médecins recommandent 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'attitude à l'égard

des patientes âgées autrement que par la stigmatisation liée à l'âge («un sein en moins après 59 ans ... et alors ?!») ? Plus étonnant encore, l'influence de l'âge ne semble pas être présente uniquement dans les actes de reconstruction, mais également pour des traitements curatifs. Ainsi, sur base de vignettes cliniques, il a été observé que les médecins recommandent une chimiothérapie dans le cadre d'un cancer du sein dans 99% des cas chez une personne de 55 ans et seulement dans 60,4% des cas chez les patients de 76 ans. Toute situation clinique étant égale par ailleurs, cette différence ne peut s'expliquer que par l'âge des patients. Paradoxalement, les médecins justifient leur choix sur les caractéristiques de la tumeur (et non l'âge) dans 71% des cas (7).

Ces diverses données (volets curatif et esthétique) interpellent d'autant plus que la notion d'âge «avancé» ne devrait pas être une contre-indication pour des traitements susceptibles d'améliorer la qualité de vie du patient ou de prolonger significativement sa survie (2). Ceci est d'autant plus vrai qu'il est maintenant bien établi que considérer qu'une personne âgée est nécessairement «trop frêle» pour tolérer chimiothérapie, radiothérapie ou chirurgie est une idée infondée, c'est-à-dire stéréotypée (8). En effet, une personne âgée peut récolter autant de bénéfices qu'une personne jeune de ces différents traitements pour autant qu'une évaluation gériatrique spécifique et complète ait eu lieu au préalable. Une telle évaluation est essentielle car il est indéniable que des changements se produisent avec l'âge et que ces derniers peuvent interférer avec l'efficacité d'un traitement contre le cancer. Par exemple, au niveau physiologique, des phénomènes tels qu'une sensibilité accrue à la cytotoxicité, à la myélotoxicité, une présence de comorbidités plus fréquente, etc. s'observent avec l'avancée en âge. De plus, les ressources sociales et économiques des personnes âgées ont tendance à diminuer. La combinaison de ces différents facteurs amène à une réduction de l'espérance de vie de même qu'à une diminution de la tolérance au stress (9). Ces changements constituent d'ailleurs une des principales causes de la réticence des médecins à inclure les seniors dans les essais cliniques, en parallèle au manque de temps pour faire face au «défi médical» que représente la personne âgée (10). Néanmoins, il importe de souligner que certains de ces facteurs, tels que la présence de comorbidités ou le manque de temps, ne sont pas spécifiques à l'avancée en âge et peuvent se retrouver chez

les patients adultes. En outre, ces modifications ne constituent en aucun cas une contre-indication absolue aux traitements, mais témoignent plutôt d'une nécessité de les adapter à la personne âgée (9). Enfin, dans le contexte gériatrique, il est essentiel de considérer la personne, non pas selon son âge chronologique, mais bien selon son âge fonctionnel : nous ne sommes pas égaux face au vieillissement; les changements avec l'âge peuvent être physiologiques, sociaux, cognitifs, etc. mais sont propres à chaque individu (11). Cette dernière remarque renforce l'idée de la nécessité de procéder à une évaluation complète de la personne âgée et de son fonctionnement individuel : plus on avance en âge, plus l'âge fonctionnel diffère de l'âge chronologique (9). Une telle évaluation fait écho au concept récent de «Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)» (2). Celui-ci correspond à une approche pluridisciplinaire approfondie destinée à évaluer l'espérance de vie et le risque de morbidité par cancer chez les patients âgés. La mesure de ce concept, largement recommandée dans l'approche clinique actuelle des patients âgés en oncologie, repose sur l'emploi d'outils d'évaluation standardisés destinés à prédire l'âge fonctionnel des patients âgés atteints de cancer, dans le but d'identifier les personnes vulnérables. Même si cette objectivation de l'âge fonctionnel des patients âgés se développe, le traitement de ces personnes s'établit souvent encore sur base de leur âge chronologique et non fonctionnel (12). Cette dernière constatation renforce encore l'hypothèse d'une influence (péjorative) de l'âgisme dans l'accompagnement oncologique des personnes âgées. Aussi, il importe maintenant de se pencher quelque peu sur les conséquences de l'âgisme sur les patients cancéreux eux-mêmes (c'est-à-dire quel est l'impact de leurs propres stéréotypes âgistes sur eux-mêmes ?) et sur les attitudes adoptées à leur égard par leurs interlocuteurs.

QUELLES SONT LES CONSÉQUENCES DE L'ÂGISME «INDIVIDUEL» SUR LES PATIENTS ?

En prélude aux conséquences observées dans le domaine de l'oncologie, il nous paraît essentiel d'exposer les constatations «déjà» relevées dans le cadre du vieillissement «normal». Dans ce contexte, 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 de nos 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), l'équipe de Levy (voir (13) pour une synthèse) 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 davantage positive du vieillissement. D'autres études se sont, quant à elles, 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 mathématique (14). Les individus soumis à une telle activation présentent aussi plus de comportements de dépendance (c'est-à-dire qu'ils effectuent plus d'appels à l'aide lors de la réalisation d'une tâche complexe) et ont un sentiment d'efficacité moindre (15). Plus interpellant encore, l'activation de stéréotypes âgistes génère, chez nos aînés, une augmentation de leurs réponses cardiovasculaires au stress, une perception plus négative de leur santé et, surtout, une moindre volonté de vivre (13) ! Ainsi, lorsque des participants âgés sont soumis à divers scénarios hypothétiques impliquant tous une maladie potentiellement fatale nécessitant un traitement spécifique au coût financier très important (les scénarios différenciant par le pourcentage de chance d'avoir une récupération complète *versus* de mourir), les participants chez qui les stéréotypes âgistes ont été activés tendent à refuser les traitements plus fréquemment que ceux chez qui des stéréotypes positifs ont été activés.

Après avoir observé les conséquences négatives de l'âgisme dans un contexte non pathologique, nous pouvons raisonnablement nous demander si cet impact est majoré dans le contexte spécifique de l'oncologie. En effet, étant donné que la vision que nous avons du vieillissement influence notre santé physique et mentale future, nous pouvons supposer que, dans un contexte où la santé est déjà affectée par

une maladie, les patients sont plus sensibles à la vision qu'ils ont de leur âge et, de manière plus générale, du vieillissement. Et, les résultats des quelques (trop rares ! (16)) études effectuées à ce niveau, confirment cette hypothèse. Une recherche a ainsi interrogé des patients de 80 ans et plus, atteints d'une maladie chronique telle que l'arthrose, le diabète, des problèmes cardiaques ou un cancer. Les résultats montrent que ces personnes associent plus fréquemment la cause de leur maladie à leur âge avancé plutôt qu'à des facteurs tels que des comportements non sains, la génétique, le manque de chance, etc. Ce stéréotype («être âgé, c'est être malade») a des conséquences négatives : plus les participants ont tendance à y croire, plus ils perçoivent de symptômes physiques, moins ils entreprennent des comportements pour maintenir leur santé et plus grande est leur probabilité de mortalité dans les deux ans de suivi (17). Une autre étude récente sur la perception de l'âge menée avec des patients âgés traités par chimiothérapie a montré que ceux qui se sentent plus jeunes que leur âge chronologique ont tendance à maintenir un sens de l'humour, à mettre en évidence l'importance de la famille, à avoir des pensées positives et à rester engagés dans la vie (18), ce qui constitue des facteurs pronostiques d'une bonne santé physique et mentale. De tels résultats, bien que devant encore être confirmés par des études complémentaires, vont bien dans le sens des recherches longitudinales (mentionnées précédemment) démontrant l'effet délétère d'une vision négative du vieillissement sur la santé physique (y compris sur la récupération suite à une incapacité physique (19)) et mentale chez des sujets vieillissants.

QUELLES SONT LES CONSÉQUENCES DE L'ÂGISME SUR LES INTERLOCUTEURS DES PATIENTS ET SUR LES RELATIONS PATIENTS-INTERLOCUTEURS ?

Loin de n'avoir qu'un impact limité sur les personnes âgées elles-mêmes, les stéréotypes âgistes ont également des conséquences sur les interlocuteurs des aînés (dont les professionnels de la santé) et, ce, souvent de façon non consciente. Ainsi, l'impact de l'âgisme peut notamment être observé au travers des attitudes «pseudopositives» («faire pour un mieux pour nos aînés») telles que l'«over-accommodation». Cette manière de se comporter se manifeste par un excès de politesse, le fait de parler plus lentement et/ou plus fort, et d'utiliser des phrases simplifiées quand nous sommes face à une personne présentant tous les traits physiques d'une

personne (très) âgée. De telles attitudes partent du présupposé que les personnes âgées ont des problèmes auditifs et un fonctionnement cognitif détérioré. Elles s'observent chez les adultes (y compris les aidants professionnels de personnes âgées) (20) mais aussi dès le plus jeune âge : une étude de Kwong See et Nicoladis (21) va ainsi jusqu'à montrer que l'âgisme influence péjorativement les attitudes de très jeunes enfants (3 ans) à l'égard des aînés.

Dans le cadre spécifique du personnel soignant, le comportement des professionnels est influencé par le comportement général de la société et reflète donc un changement d'attitude global. Il n'est, dès lors, pas étonnant de constater que certains d'entre eux ont des stéréotypes négatifs par rapport aux patients âgés d'autant que, par leur pratique professionnelle, ils sont constamment exposés à des personnes âgées malades, ce qui peut les rendre plus vulnérables aux stéréotypes âgistes («je ne vois que des personnes âgées, malades; donc, vieillissement = maladie») (22). Ainsi, une étude a fait le point sur le comportement du personnel soignant depuis les années 2000 (23). Les résultats montrent des attitudes assez variées, positives, neutres ou négatives, mais suggèrent une attitude moins positive au niveau du personnel infirmier et des étudiants d'infirmier depuis les années 2000. Les facteurs les plus déterminants d'une attitude adéquate sont, d'une part, une bonne connaissance du processus du vieillissement et, d'autre part, une préférence personnelle à travailler avec des personnes âgées. *A contrario*, les données montrent une attitude plus positive chez les médecins et les étudiants de médecine. Cette différence de comportement entre infirmiers et médecins pourrait s'expliquer par un plus grand investissement éducationnel sur la problématique des patients âgés en médecine.

Ce contexte global de vision négative du vieillissement n'est pas sans conséquence pour les patients âgés atteints d'un cancer, dans la mesure où un niveau élevé d'âgisme perçu par ces derniers chez les professionnels est associé à plus de douleur corporelle, à une moins bonne santé mentale et à une moindre satisfaction générale par rapport aux soins apportés, comme cela a été démontré dans le cadre du cancer du sein (24). De plus, le fait d'avoir chez les patients des croyances négatives par rapport à la gestion des symptômes et de ressentir des attitudes négatives chez les professionnels, est lié à une moins bonne qualité de vie (25). Ces données attestent du fait que nos attitudes peuvent influencer directement l'évo-

lution de santé des patients. Ce type de constat est conforté par les données de diverses études entreprises auprès de personnes âgées en bonne santé. Ainsi, le fait d'aider une personne âgée, voire de faire les choses à sa place, contribuerait à une baisse de ses performances, à une moindre confiance dans ses capacités à réaliser une tâche ainsi qu'à une plus grande difficulté attribuée à une tâche. En d'autres termes, l'excès d'aide participe à la grabatisation de nos aînés. Afin d'illustrer ce propos, prenons l'exemple de l'expérience suivante (26) : on demande aux résidents d'une maison de repos de résoudre un casse-tête. Dans le premier groupe, l'aide est très présente (on leur suggère, par exemple, où mettre les pièces, voire on en pose l'une ou l'autre pour eux). Dans le deuxième groupe, ils sont encouragés verbalement et, dans le dernier groupe, aucune aide n'est fournie. Les résultats sont éloquentes : dans le groupe où les personnes sont excessivement aidées, la performance est moins bonne, ils ont moins confiance en eux et jugent la tâche plus difficile. Autrement dit, les bonnes intentions peuvent avoir des effets délétères sur les personnes âgées. Dans la lignée de cette constatation, une autre étude montre que les stéréotypes négatifs peuvent aller jusqu'à amener un comportement de dépendance (15). Dans cette recherche, les participants ont été divisés en 3 groupes : un écoutant un texte exposant des stéréotypes positifs concernant l'avancée en âge (par exemple : «les personnes âgées représentent un immense marché et, de fait, contribuent à la croissance économique de notre société»), un autre, des stéréotypes négatifs (par exemple : «vieillir est caractérisé par la perte de rôles sociaux importants, ce qui contribue à la dévaluation des personnes âgées») et un troisième groupe-contrôle n'ayant aucun texte à écouter. Ensuite, les participants durent résoudre un puzzle très compliqué en 10 minutes et tous avaient la possibilité de demander de l'aide au moyen d'une sonnette. Les résultats furent les suivants : les participants exposés aux stéréotypes négatifs demandèrent plus souvent de l'aide que dans les deux autres conditions. De telles observations doivent amener une question récurrente lors de la pratique clinique : l'aide apportée est-elle réellement nécessaire ou crée-t-elle une dépendance artificielle ?

QUELLE EMPRISE POUVONS-NOUS AVOIR SUR CES STÉRÉOTYPES : PISTES CLINIQUES

Après avoir passé en revue les différentes répercussions de l'âgisme sur les patients âgés

et leurs interlocuteurs, la première question qui vient à l'esprit est : comment faire pour contrer ces stéréotypes âgistes ? Quelle emprise pouvons-nous avoir sur eux ? La meilleure solution serait évidemment un changement global des mentalités et du regard porté sur nos aînés au sein de la société. Avant d'y arriver, nous pouvons tout de même agir. Les pistes d'action présentées ici sont issues des études expérimentales dans le vieillissement non pathologique. Afin de contrer les stéréotypes négatifs, certaines pistes proposent tout simplement d'exposer les personnes à des stéréotypes positifs. Les résultats d'une telle intervention sont plutôt encourageants : les stéréotypes positifs liés à l'âge exerceraient un effet protecteur sur le temps de marche. En effet, des personnes âgées en bonne santé marchent plus rapidement après avoir été exposées aux stéréotypes positifs (27). Une autre piste pour contrer cet effet délétère est le contact intergénérationnel : ainsi, une étude a pu montrer que face à une tâche mathématique, l'anxiété diminue et la performance augmente si les participants âgés ont des contacts positifs avec leurs petits-enfants ou, tout simplement, s'ils s'imaginent avoir une conversation avec une personne plus jeune avant l'exécution de la tâche (14). Au niveau de l'oncogériatrie, ces deux pistes n'ont, à notre connaissance, pas été développées. Dès lors, on pourrait imaginer de parler aux personnes âgées en mettant en avant les stéréotypes positifs liés au vieillissement avant les soins, une opération, un traitement, etc. Il serait également intéressant de voir si les personnes âgées atteintes d'un cancer ont moins d'anxiété face à leur maladie, voire ont une meilleure réponse à un traitement, lorsqu'elles ont des contacts positifs avec leurs petits-enfants.

Comme démontré, la question de l'âgisme et de ses effets délétères doit, non seulement, s'envisager au niveau des patients eux-mêmes, mais également au niveau de leurs interlocuteurs et, donc, logiquement, dans le cas présent, des professionnels impliqués dans leur accompagnement médical. Au vu des propos énoncés précédemment, il s'avère qu'un moyen de prévenir les attitudes âgistes au sein du personnel serait une meilleure préparation à la problématique du vieillissement lors du cursus scolaire. Dans le cas du personnel soignant déjà en place, des formations spécifiques sont possibles. Ainsi, un programme spécifique sur le vieillissement donné au personnel entraîne une attitude envers les aînés significativement améliorée, de même qu'une meilleure connaissance des personnes

âgées et ce, jusqu'à 4 semaines après la formation (28). Ce programme visait, d'une part, à informer sur les spécificités liées au vieillissement et, d'autre part, à se mettre dans la peau d'une personne âgée. Cette seconde partie a été rendue possible grâce à un appareil simulant le déclin physique du vieillissement normal (une paire de lunettes spéciales pour simuler la baisse de la vue, des protections auditives pour la perte d'audition, des gants pour la perte de sensibilité et de flexibilité des mains, etc.).

Enfin, dans le domaine plus spécifique de la communication, nous avons vu que les interlocuteurs peuvent avoir tendance à parler «petit vieux» (c'est-à-dire parler plus fort, plus lentement, plus simplement, etc. face à une personne âgée). Pour contre-carrer ce phénomène, la mise en place de formations spécifiques a aussi démontré son efficacité au sein de 3 maisons de repos. Ces formations, dont l'effet était encore présent 2 mois après, ont pu montrer un impact direct sur les personnes âgées : plus l'utilisation de ce langage «petit vieux» par le personnel diminue, plus les résidents des maisons de repos participent à la conversation (29). Aussi, s'inspirer de telles formations auprès du personnel soignant impliqué dans le suivi de patients oncogériatriques, pourrait constituer une piste intéressante.

CONCLUSION

Du fait de l'évolution démographique, le nombre de personnes âgées atteintes d'un cancer augmente sans cesse depuis les dernières décennies (3). Paradoxalement, les patients âgés demeurent, jusqu'à présent, peu inclus dans les essais cliniques et peuvent faire l'objet de sous-traitements (d'un point de vue curatif et reconstructif). Ainsi, lors de la décision thérapeutique, il n'est pas rare de surestimer les déficits de ces personnes ou de se baser sur nos préjugés de la vieillesse : c'est une des conséquences de l'âgisme. Tout au long de cet article, nous avons démontré, outre les manifestations de l'âgisme, les diverses conséquences que nos stéréotypes pouvaient avoir dans le vieillissement non pathologique et dans le contexte spécifique de l'oncogériatrie tant sur le patient que sur le personnel soignant. Aussi, il s'avère essentiel de chercher à diminuer l'âgisme dans l'accompagnement des personnes âgées atteintes d'un cancer, d'autant que ces dernières sont, non seulement stigmatisées sur base de leur âge, mais également de leur pathologie (en ce sens, on peut parler de «double stigmatisation»). En effet, la vision que l'on a du cancer (sa signification, ses causes, ses consé-

quences, etc.) est également fortement enracinée dans un espace temporel et spatial particulier et, bien souvent, elle véhicule beaucoup d'images négatives. De plus, certains cancers, tel celui du poumon (30), véhiculent une image péjorative particulièrement marquée.

Sur base de toutes ces informations, il s'avère donc essentiel de prendre en compte les préjugés que la personne a du vieillissement et de sa pathologie afin de comprendre au mieux la manière dont il va vivre sa maladie. Avant de pouvoir arriver à un changement sociétal des mentalités concernant le processus du vieillissement, il semble nécessaire d'informer le personnel soignant en contact avec les personnes âgées des différentes conséquences des stéréotypes âgistes, afin d'amener à une prise de conscience et en vue de repenser les pratiques cliniques, non pas selon ce que l'on pense savoir du vieillissement (donc, de nos stéréotypes), mais sur base d'une connaissance approfondie de l'avancée en âge et de ses conséquences.

BIBLIOGRAPHIE

1. Kinsella K, He W.— An aging world. Washington, DC International Population Reports, 2009.
2. Hurria A, Browner IS, Cohen HJ, et al.— Senior adult oncology. *J Natl Compr Canc Netw*, 2012, **10**, 162-209.
3. 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**, 2758-2765.
4. Butler RN.— Age-ism : Another form of bigotry. *Gerontologist*, 1969, **9**, 243-246.
5. Murthy VH, Krumholz HM, Gross CP.— Participation in cancer clinical trials: race-, sex-, and age-based disparities. *JAMA*, 2004, **291**, 2720-2726.
6. Madan AK, Aliabadi-Wahle S, Beech DJ.— Ageism in medical students' treatment recommendations: the example of breast-conserving procedures. *Acad Med*, 2001, **76**, 282-284.
7. Protière C, Viens P, Rousseau F, et al.— Prescribers' attitudes toward elderly breast cancer patients. Discrimination or empathy ? *Crit Rev Oncol Hematol*, 2010, **75**, 138-150.
8. Durdix C, Bauer C.— Radiation therapy in the elderly. *Bull Cancer*, 2008, **95**, F108-115.
9. Balducci L.— Management of cancer in the elderly. *Oncology*, 2006, **20**, 1-16.
10. Ekdahl AW, Hellstrom I, Andersson L, et al.— Too complex and time-consuming to fit in! Physicians' experiences of elderly patients and their participation in medical decision making : a grounded theory study. *BMJ Open*, 2012, **2**, 1-7.
11. Penson RT, Daniels KJ, Lynch TJ.— Too old to care ? *Oncologist*, 2004, **9**, 343-352.
12. Dale DC.— Poor Prognosis in Elderly Patients With Cancer-The Role of Bias and Undertreatment. *J Support Oncol*, 2003, **1**, 11-17.

13. Levy B.— Stereotype Embodiment: A Psychosocial Approach to Aging. *Curr Dir Psychol Sci*, 2009, **18**, 332-336.
14. 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**, 934-939.
15. Coudin G, Alexopoulos T.— 'Help me! I'm old!' How negative aging stereotypes create dependency among older adults. *Aging Ment Health*, 2010, **14**, 516-523.
16. Kagan SH.— Ageism in cancer care. *Semin Oncol Nurs*, 2008, **24**, 246-253.
17. Stewart TL, Chipperfield JG, Perry RP, et al.— Attributing illness to "old age": Consequences of a self-directed stereotype for health and mortality. *Psychol Health*, 2012, **27**, 881-897.
18. Lim MY, Stephens EK, Novotny P, et al.— Self perceptions of age among 292 chemotherapy treated cancer patients: Exploring associations with symptoms and survival. *J Geriatr Oncol*, 2013, **4**, 249-254.
19. Levy BR, Slade MD, Murphy TE, et al.— Association between positive age stereotypes and recovery from disability in older persons. *JAMA*, 2012, **308**, 1972-1973.
20. Lagacé M, Tanguay A, Lavallée M-L, et al.— The silent impact of ageist communication in long term care facilities: Elders' perspectives on quality of life and coping strategies. *J Aging Stud*, 2012, **26**, 335-342.
21. Kwong See ST, Nicoladis E.— Impact of contact on the development of children's positive stereotyping about aging language competence. *Educ Gerontol*, 2010, **36**, 52-66.
22. Kearney N, Miller M, Paul J, et al.— Oncology health-care professionals' attitudes toward elderly people. *Ann Oncol*, 2000, **11**, 599-601.
23. Liu YE, While AE, Norman IJ, et al.— Health professionals' attitudes toward older people and older patients: a systematic review. *J Interprof Care*, 2012, **26**, 397-409.
24. Mandelblatt JS, Edge SB, Meropol NJ, et al.— Predictors of long-term outcomes in older breast cancer survivors: perceptions versus patterns of care. *J Clin Oncol*, 2003, **21**, 855-863.
25. Yeom HE, Heidrich SM.— Effect of perceived barriers to symptom management on quality of life in older breast cancer survivors. *Cancer Nurs*, 2009, **32**, 309-316.
26. Avorn J, Langer E.— Induced disability in nursing home patients: a controlled trial. *J Am Geriatr Soc*, 1982, **30**, 397-400.
27. Hausdorff JM, Levy B, Wei JY.— The power of ageism on physical function of older persons: Reversibility of age-related gait changes. *J Am Geriatr Soc*, 1999, **47**, 1346-1349.
28. Yu C-Y, Chen K-M.— Experiencing simulated aging improves knowledge of and attitudes towards aging. *J Am Geriatr Soc*, 2012, **60**, 957-961.
29. Williams KN.— Improving outcomes of nursing home interactions. *Res Nurs Health*, 2006, **29**, 121-133.
30. Lebel S, Devins GM.— Stigma in cancer patients whose behavior may have contributed to their disease. *Future Oncol*, 2008, **4**, 717-733.

Les demandes de tirés à part sont à adresser à Mme S. Schroyen, Unité de Psychologie de la Sénescence, Département Psychologie et Cliniques des systèmes humains, Université de Liège, 4000 Liège, Belgique.
Email : sarah.schroyen@ulg.ac.be
Internet : www.senescence.ulg.ac.be