
L'impact d'un diagnostic de cancer sur l'âge subjectif

Auteur : Moustié, Emilie

Promoteur(s) : Adam, Stephane

Faculté : Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation

Diplôme : Master en sciences psychologiques, à finalité spécialisée en psychologie clinique

Année académique : 2019-2020

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/9223>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

Université de Liège
Faculté de Psychologie,
Logopédie et des Sciences de
l'Éducation



L'impact d'un diagnostic de cancer sur l'âge subjectif



Sous la direction du professeur Monsieur S. Adam.

Lecteurs : Madame S. Schroyen et Monsieur F. Pérée.

Mémoire présenté par Emilie Moustié

En vue de l'obtention du diplôme de Master en Sciences Psychologiques

Année académique 2019-2020

REMERCIEMENTS

Ce travail est l'accomplissement de mon cursus universitaire, qui n'aurait pas pu voir le jour sans le soutien de certaines personnes, que je souhaite ici remercier chaleureusement.

Je tiens tout d'abord à remercier profondément Monsieur le Professeur Stéphane Adam, pour son accompagnement à ce projet de mémoire et avant tout, pour sa passion du domaine de psychologie de la sénescence, qu'il a su me transmettre tout le long de mes études.

Je souhaite également remercier Madame Sarah Schroyen, pour son implication et son aide, au cours de la réalisation de ce Travail de Fin d'Etudes.

Je remercie aussi Monsieur le Professeur Francis Pérée, pour l'intérêt porté à ce mémoire, et le temps qu'il consacra à sa lecture.

Je suis reconnaissante du temps et de l'énergie que chaque personne rencontrée lors des entretiens m'a accordés, qui m'ont permis de construire ce travail avec sens.

Ma profonde gratitude revient finalement à mes proches : mes parents et mes frères, pour leur soutien sans faille depuis toujours et particulièrement durant mon parcours universitaire, et leur présence, mes amies Sophie D. et Sophie E. pour leur aide et leur soutien émotionnel, et mon mentor Madame Catherine Hanoteau, pour ses conseils avisés et son soutien.

Table des matières

<i>REMERCIEMENTS</i>	2
I. INTRODUCTION & THEORIE	5
1) Introduction générale	5
2) L'âge subjectif	6
3) L'âge subjectif, la santé subjective et leurs implications	8
4) Les fluctuations de l'âge subjectif au cours du temps, l'âge subjectif est-il malléable ?.....	10
5) L'âgisme	14
6) L'âgisme et le cancer, une double stigmatisation.....	15
7) La divulgation du diagnostic de cancer : agiste ?.....	17
II. HYPOTHESES	20
III. METHODOLOGIE	21
1) Les participants	21
2) Recrutement et procédure	21
3) Supports et mesures	23
3.1) Questionnaire d'anamnèse.....	23
3.2) Age subjectif (Choi, DiNitto, & Kim, 2014).....	23
3.3) Fiche clinique.....	24
3.4) Questionnaire portant sur la fiche clinique (VAS : échelle visuelle analogique).....	25
3.5) Attitudes to Aeging Questionnaire (AAQ) - Laidlaw, Power, Schmidt 26	
IV. RESULTATS	27
1) Statistiques descriptives.....	27
1.1) Description de l'échantillon et caractéristiques sociodémographiques des participants.....	27
1.2) Variable : l'âge subjectif.....	27
2) Statistiques inférentielles	28

2.1) Hypothèse principale : Les participants du groupe « cancer » se sentent plus vieux après avoir reçu ce diagnostic.	28
2.2) Hypothèse secondaire 1 : Les participants se sentent d’autant plus vieux quand leur vision du vieillissement est plus négative.....	29
2.3) Hypothèse secondaire 2 : Les participants se sentiraient plus vieux encore si le cancer est pour eux une maladie liée à l’avancée en âge.	31
V. DISCUSSION.....	32
1) Retour sur nos hypothèses	32
1.1) Hypothèse principale	32
1.2) Hypothèse secondaire 1	35
1.3) Hypothèse secondaire 2	39
2) Limites et perspectives futures	42
2.1) Notre échantillon	42
2.2) Les outils utilisés	45
2.3) Implications cliniques.....	47
VI. CONCLUSION.....	50
VII. BIBLIOGRAPHIE.....	51

I. INTRODUCTION & THEORIE

1) Introduction générale

Grâce aux progrès de la science et de la médecine, qui permettent une meilleure qualité de vie et une plus grande efficacité des soins de santé, on observe actuellement un vieillissement global de la population : les gens vivent plus longtemps et en meilleure santé. Cependant, cet allongement de la durée de vie implique également davantage de risques de développer certaines maladies, comme le cancer. Le cancer est une maladie très répandue : en Europe, en 2012, 3,45 millions de nouveaux cas ont été diagnostiqués (Ferlay & al, 2013). Une grande majorité de ces malades se situent dans le troisième âge : Smith & al (2009) estiment qu'en 2030, plus de 70% de ces cancers toucheront les personnes de plus de 65 ans. Le cancer est une cause de décès importante. Plus de 60% des nouveaux cas de cancer surviennent chez les personnes de 65 ans et plus, et le facteur de risque le plus important pour développer un cancer est l'âge (Avis & Deimling, 2008). On peut donc aisément lier cette maladie et le risque de la développer à l'avancée en âge. La ligue contre le cancer, en France, fait une constatation analogue : le développement d'un cancer est plus élevé avec l'âge, et, comme déjà évoqué, avec l'allongement de l'espérance de vie, le nombre de cancers augmente également.

Non seulement donc nous vivons de plus en plus vieux (avec le risque de développer un cancer), mais notre société accepte mal cette vieillesse et ce qu'elle fait résonner dans l'imaginaire commun : dépendance, maladie, oubli, solitude (Adam, 2015). En effet, cet âgisme ambiant fait redouter l'avancée en âge et les personnes de plus de 65 ans sont souvent victimes de cette discrimination âgiste. Selon l'Eurobaromètre en mai 2012 l'âge est la première discrimination dont les gens souffrent (avant le sexisme, et le racisme par exemple).

Une manière d'appréhender l'âgisme, et parfois de se protéger pour les personnes concernées, est la manière dont on se perçoit grâce, entre autre, à l'âge subjectif (Westerhof & al, 2014). Cet âge subjectif, ou ressenti, est l'âge que l'on ressent avoir, qui peut être plus grand ou plus petit que notre âge réel, ou âge chronologique. Ce travail s'inscrit donc dans notre époque à la croisée de deux grandes dimensions : d'abord le vieillissement et ses implications, comme l'augmentation des cas de cancer, ensuite le ressenti de cette avancée en âge, ou âge subjectif. Nous allons tenter de comprendre si le cancer, maladie associée à l'âge peut avoir un impact négatif sur l'âge subjectif, grand prédicteur de santé physique et mentale.

2) L'âge subjectif

Ce concept a vu le jour pour la première fois en 1954 (Tuckman & Lorge) : l'âge subjectif est l'âge, ou le groupe d'âge, de référence auquel un individu s'identifie en fonction des rôles sociaux qu'il lui attribue.

En 1972, d'autres auteurs (Kastenbaum & al) donnent une autre définition de cet âge subjectif : c'est l'âge qu'une personne semble avoir à ses propres yeux, celui qu'elle évalue et estime avoir en fonction de son cadre de référence personnel.

En 2001, Guiot dit que l'âge subjectif serait une construction faite à partir d'expériences vécues, fondée sur les questions suscitées par la conscience de son vieillissement et de sa position par rapport à la durée de vie.

L'âge subjectif ou expérience individuelle de chacun est un ressenti clairement en lien avec la santé mentale et physique. L'âge subjectif est l'âge que la personne ressent avoir : antérieur ou postérieur à son âge chronologique (Stephan & al., 2015). Par exemple, une personne née le 10 janvier 1950 aurait à l'heure actuelle 70 ans en âge chronologique. Son âge subjectif peut être supérieur ou inférieur ; en effet, elle pourrait ressentir avoir plutôt 60, 65 ans et se sentir plus jeune ou, à l'inverse, 75 ans ou plus et se sentir plus âgée que ce qu'elle est en réalité.

La mesure de l'âge subjectif aide à comprendre ce qui construit le vieillissement subjectif et c'est également un prédicteur de santé important (Rippon & Steptoe, 2018)

L'âge est un concept essentiel quand nous tentons de définir qui nous sommes, et ce, d'autant plus à un âge avancé (Weiss & Lang, 2012). Les stéréotypes concernant les personnes âgées, ainsi que leur sentiment de finitude, les font d'ailleurs parfois utiliser des stratégies d'autoprotection comme un moindre âge ressenti « ils sont vieux, je me sens plus jeune » (Weiss & Lang, 2012).

Il a été établi que les personnes ayant un plus jeune âge subjectif présentent une relation positive à la santé subjective ainsi qu'à l'auto-efficacité mnésique (c'est-à-dire la croyance d'un individu en sa capacité de mémoire) qui sont chacune en lien positif avec une vie satisfaisante. L'âge subjectif serait donc une illusion positive qui promeut la satisfaction dans la vie (Stephan & al, 2011).

De plus, un âge subjectif moindre est aussi très fortement corrélé à de meilleures capacités cognitives et mnésiques (rappel immédiat et rappel différé). Un âge subjectif moindre est donc une prémisse pour un déclin cognitif moindre, et avec un effet plus conséquent que l'effet de facteurs métaboliques et vasculaires (Stephan & al, 2016). Se sentir jeune étant associé à avoir moins de symptômes dépressifs dans les deux ans, ces symptômes pourraient, entre autres et en partie, expliquer l'association entre l'âge subjectif et le déclin cognitif.

Ces auteurs ont également montré que l'association entre âge subjectif et déclin cognitif était aussi (voire plus) importante que celle de la mémoire avec d'autres facteurs de risque avérés comme le diabète (Reijmer & al, 2011).

3) L'âge subjectif, la santé subjective et leurs implications

Le bien-être subjectif et la santé sont clairement en lien avec l'âge subjectif.

D'après Steptoe & al. (2015), le bien-être subjectif peut être discerné grâce à trois facteurs : l'évaluation de la satisfaction dans la vie (bien-être évaluatif), l'apparition de sensations plaisantes ou déplaisantes (bien-être hédonique) et le fait de trouver un sens, un but à sa vie (bien-être eudémonique). Cette étude (Steptoe & al, 2015) a essayé de mettre en lien ce bien-être subjectif et la santé avec l'avancée en âge. En l'occurrence, ces chercheurs ont montré qu'une santé diminuée pouvait mener à un bien-être subjectif moindre. A l'inverse, ils ont aussi démontré qu'un bien-être subjectif élevé pouvait éviter des faiblesses de santé. De plus, ce bien-être subjectif serait clairement en lien avec une meilleure survie. Cette étude montre aussi que la population des personnes âgées, bien qu'étant parfois en moins bonne santé et aussi moins productive, se déclarait pourtant plus satisfaite de sa vie et éprouvait moins de stress, d'inquiétude et de colère que les personnes plus jeunes. Ces découvertes ne s'appliquent cependant pas à toute la population, et les résultats peuvent varier d'une culture à l'autre. Nous voyons donc ici que le bien-être subjectif peut s'accroître avec l'âge, et que ce bien-être amène aussi une meilleure santé, ce qui nous permet de faire un lien avec la notion déjà mentionnée d'âge subjectif.

En effet, Westerhof & al. (2014) mettent en exergue l'effet de l'âge subjectif sur la longévité et la santé. Promouvoir une image nuancée et positive du vieillissement pourrait être une piste à suivre en matière de santé publique. En effet, ces chercheurs se sont penchés sur 19 études longitudinales existantes sur le sujet de l'âge subjectif et son impact sur la santé et la longévité. L'idée maîtresse de cette recension était que la vision et la perception d'une personne par rapport à son avancée en âge fonctionnerait comme une prophétie auto-réalisatrice ; si une personne ressent être plus jeune que ce qu'elle n'est en réalité avec moins de problèmes de santé, alors le fait qu'elle y croie et y adhère aura pour conséquence qu'elle adoptera par exemple davantage de comportements de santé comme : faire de l'exercice physique régulièrement, manger de manière équilibrée, toujours dans une optique d'avoir et de garder une bonne santé et d'empêcher la survenue de maladies. Les pensées subjectives de cette personne sur sa santé seront alors réelles, palpables et objectives.

Dans leur étude de 2013, Palgi & al. ont voulu montrer les différences de cognition de la maladie (ou comment le malade essaye de faire sens de sa maladie pour lui et son monde intérieur, et comment il gère sa maladie), de bien-être subjectif et de détresse psychologique par rapport à divers groupes d'âges de patients malades du cancer de l'estomac. Ces chercheurs ont posé l'hypothèse que tous les facteurs évoqués plus haut varieraient en fonction de l'âge chronologique. Leurs résultats corroborent leur hypothèse de départ en ceci qu'ils démontrent une meilleure adaptation à la maladie chez les patients du groupe jeune-âgé (60-69 ans) que dans le groupe de personnes plus âgées (70 ans et plus). Cela se traduit par une meilleure cognition à la maladie, une moindre détresse psychologique et un meilleur bien-être subjectif. L'état même du malade serait ici fortement lié à son âge et donc par conséquent cela pourrait rejoindre notre hypothèse de départ : les patients cancéreux se sentiraient plus vieux après l'annonce de leur diagnostic (ils pourraient moins bien gérer leur maladie, ressentiraient avoir un âge subjectif plus élevé que s'ils n'étaient pas malades).

Grâce à ces différentes recherches (Westerhof & al, 2014, Steptoe & al, 2015 et Palgi & al, 2013) explicitées, on peut remarquer que la subjectivité joue un rôle prédominant dans la santé et l'avenir de chacun. On pourrait penser qu'à l'inverse, comme le suggère l'étude de Steptoe & al (2015), avoir des problèmes de santé pourrait impacter notre subjectivité et par conséquent l'âge subjectif. Cette idée rejoindrait notre hypothèse de départ bien que l'âge et le bien-être soient deux choses bien différentes, on retrouverait ici l'idée de l'effet subjectif d'un état objectif (une maladie).

Nous comprenons bien l'impact de l'âge subjectif sur la santé physique et psychologique. Cependant, dans quel sens va cette relation ? Il est opportun de se demander si ce n'est pas la santé, meilleure, qui influencerait notre ressenti : je me sens plus jeune et donc j'ai une meilleure santé ou ma santé est bonne et donc je me sens plus jeune. C'est ce qu'ont voulu comprendre Rippon et Steptoe en 2018.

En effet, ces chercheurs ont voulu comprendre les relations entre l'âge subjectif et des facteurs de santé comme les symptômes dépressifs et les activités de la vie quotidienne. Nous avons vu que les personnes se sentant plus âgées que ce qu'elles sont en réalité auraient tendance à montrer plus de symptômes dépressifs et une longévité moindre. Cependant, nous pourrions également penser que le fait d'avoir des symptômes dépressifs, et plus de limitations dans la vie quotidienne serait prédictif de se sentir plus vieux.

C'est ce que ces auteurs ont voulu comprendre. Ils ont montré que les personnes avec un âge subjectif plus élevé rapportaient à la fois davantage de symptômes dépressifs, et également plus de limitations dans leurs activités de la vie quotidienne, quatre ans après les lignes de base. La relation inverse n'a pas été démontrée par ces auteurs (Rippon & Steptoe, 2018) : les symptômes dépressifs et limitations des activités de la vie quotidienne de la cohorte des participants (9886 personnes) à cette étude au premier temps (2008-2009) ne permettent pas de prédire l'âge subjectif de ces mêmes personnes au second temps (2012-2013).

L'âge subjectif est donc un bon prédicteur de santé (symptômes dépressifs et limitations des activités de la vie quotidienne), mais ces deux derniers facteurs ne sont pas des prédicteurs significatifs de l'âge subjectif (Rippon & Steptoe, 2018).

4) Les fluctuations de l'âge subjectif au cours du temps, l'âge subjectif est-il malléable ?

Après l'explication de ce qu'est l'âge subjectif, et ce qu'il prédit essentiellement chez les personnes plus âgées, penchons-nous à présent sur les modifications que l'on peut y apporter, ainsi que sur ce qui le fait fluctuer.

Une étude de Stephan & al (2012) est des plus intéressantes à ce sujet : les auteurs induisent chez les participants l'idée qu'ils sont plus performants que la majorité des personnes de leur âge. 49 personnes entre 52 et 91 ans ont pu participer à cette recherche.

Tout d'abord, on demandait aux participants de notifier leur âge subjectif, ensuite, une première mesure de leur force de préhension était calculée (ligne de base). Cette force de préhension est une mesure de substitution adéquate du fonctionnement physique global qui prédit des aspects liés à la santé physique tels que la mortalité, l'invalidité, et autres problèmes de santé chez les personnes (Ling & al, 2010). Pour le groupe expérimental, un feedback positif leur était donné ensuite, expliquant qu'ils avaient de bonnes capacités de préhension, comparativement aux personnes du même âge (« votre performance est meilleure que celle de 80% des personnes de votre âge », et « vous êtes plus fort que les personnes du même âge que vous »). Les participants du groupe contrôle ne recevaient aucun feedback. Leurs impressions sur le test étaient ensuite récoltées.

Plus précisément, le questionnaire demandait à nouveau aux participants de noter leur âge ressenti, comment ils avaient abordé la tâche, et s'ils pensaient que la force de préhension était un outil adéquat pour le dépistage de problématiques liées à la santé. Finalement, une deuxième mesure de la force de préhension était relevée chez chacun des participants. Aucun changement dans le groupe contrôle n'a été mis en lumière. Par contre, les participants pour qui les chercheurs avaient induit une comparaison positive avec un groupe d'âge équivalent se sentaient significativement plus jeunes, et avaient en plus une force de préhension plus importante.

La comparaison sociale positive a donc bel et bien eu l'effet de rajeunir les participants, et l'induction d'un âge subjectif moindre a eu l'effet de rendre les participants concernés plus forts à la tâche de préhension. Nous voyons ici l'impact extrêmement déterminant d'induire des stéréotypes positifs, et une comparaison sociale positive.

Cette idée de protection grâce à une comparaison sociale favorable est retrouvée dans d'autres études. Plus précisément Cheng & al ont montré en 2007 que, quand la vision de sa propre santé est menacée, une manière de se protéger est de se comparer à un groupe d'âge équivalent et de se penser supérieur, particulièrement chez les personnes plus âgées. De plus, les résultats montrent le rôle amortisseur, freinant de cette amélioration de la santé auto-rapportée sur les effets néfastes et l'augmentation de symptômes physiques au cours du temps.

Selon Montepare (2009), l'âge subjectif serait un état transitoire qui change en fonction d'un cadre de direction consistant en des éléments centraux dans la vie des individus, appelés marqueurs d'âge. Des événements comme des anniversaires, des mariages, des commémorations... consisteraient en événements de type historique. Les auteurs évoquent également des événements physiques, liés à l'avancée en âge : attaques cardiaques, AVC, ménopause, mais également le décès de proches, diminution de la force de préhension, augmentation du tour de taille... Finalement, les auteurs parlent des éléments normatifs qui surviennent dans une vie, et qui dépendent de chaque culture : obtention d'un permis de conduire, l'atteinte de l'âge auquel on peut boire de l'alcool, voter, l'âge de la retraite, etc.

Les personnes récemment veuves ou retraitée, avec une santé détériorée, auraient tendance à se sentir plus vieilles. Ces éléments sont donc considérés comme des marqueurs qui vont parfois prédire l'âge subjectif des personnes ; celui-ci dépend donc du parcours de vie, et de comment les personnes y font face.

Ces différentes recherches et recensions de la littérature nous permettent de comprendre que l'âge subjectif est bel et bien malléable et qu'il varie au cours du temps, certains événements ont des effets prédictifs importants sur ce dernier. Il y a d'autres aspects qui peuvent faire varier l'âge subjectif, que ceux que nous venons d'explicitier.

C'est ce que Choi & al ont voulu comprendre en 2014. en comparant trois groupes d'âge (65-69 ans, 70-79 ans et 80 ans et plus), ce serait la théorie de la comparaison sociale qui serait à la base du sentiment d'avoir un âge subjectif moindre. En effet, ce groupe de chercheurs a d'abord émis l'hypothèse (en contrôlant les facteurs démographiques et de support social : genre, nationalité, niveau d'étude...) que l'écart (déjà avéré) entre l'âge ressenti et l'âge chronologique serait majoritairement en lien avec la condition de santé objective : maladies chroniques, déficiences fonctionnelles ou encore en lien avec un score réduit à une tâche de rappel de mots dans les deux premiers groupes d'âge, pas pour les personnes de 80 ans et plus. Ils ont aussi posé l'hypothèse que les perceptions (par définition subjectives) de santé (auto-évaluations de santé et de mémoire), les affects positifs et négatifs ainsi que le bien-être psychologique seraient significativement associés à l'écart des âges chronologiques et subjectifs, et ce dans tous les groupes d'âge évoqués. Notons ici la taille de l'échantillon utilisé, soit 6680 volontaires, qui marque l'étendue de cette étude.

Ces chercheurs ont d'abord confirmé que les personnes, qu'importe leur groupe d'âge, se sentaient plus jeunes que ce qu'elles n'étaient en réalité et ce, en très grande majorité (entre 67,8% et 72%, des plus âgés aux plus jeunes ; les plus âgés des groupes âgés étaient donc moins nombreux à ressentir un âge inférieur à leur âge chronologique mais avec une différence statistiquement significative d'avec les deux groupes plus jeunes). La présente étude (Choi & al, 2014) a également confirmé l'hypothèse des chercheurs stipulant que les affects, négatifs et positifs ainsi que le bien-être psychologique étaient en lien avec l'écart entre âge ressenti et âge chronologique chez les personnes âgées, et ce, sans différence entre les groupes d'âge.

Cependant, les problèmes de santé physiques, fonctionnels, objectifs, n'affecteraient pas les différences d'âges ressentis et chronologiques chez les plus âgées des participants âgés (80 ans et plus), qui sont pourtant ceux qui en souffrent le plus. Ce qui montre que leur santé objective ne semble pas interférer avec leur conception et évaluation d'eux-mêmes.

En effet, ces seniors âgés minimiseraient ou accepteraient davantage leurs incapacités de santé, ce qui leur permettrait de garder une image positive, et de se sentir encore plus jeunes, malgré leurs problèmes de santé avérés : ils se concentreraient sur d'autres aspects, positifs qui surpassent ce déséquilibre.

Ceci nous fait revenir à la théorie de la comparaison sociale évoquée plus haut : pour certains seniors, le fait de se comparer à d'autres, moins chanceux et en moins bonne santé physique permet de se protéger et se distancier des stéréotypes concernant les personnes âgées fragilisées. L'étude de Choi & al (2014) montre que cette observation concerne plus directement les personnes âgées les plus âgées (80 ans et plus). Concernant les participants à cette recherche ayant entre 65 et 69 ans, les résultats obtenus seraient davantage semblables à ceux du groupe de 80 ans et plus, en ceci que ces « jeunes vieux » auraient tendance à avoir moins d'incapacités dans les activités de la vie quotidienne, et moins de douleurs que ce qu'ils avaient imaginé (ou alors que celles-ci soient moins sévères), et que s'ils présentent ce genre de handicaps, alors ils se concentreraient davantage sur d'autres aspects positifs de leur vie afin de garder un bien-être subjectif le plus élevé possible.

Finalement, le groupe de personnes âgées intermédiaires (70-79 ans) aurait tendance à utiliser les difficultés et incapacités quotidiennes pour se comparer à leurs pairs du même âge sans problèmes de santé, ainsi qu'à ce qu'ils imaginaient pouvoir vivre durant ce troisième âge comme une période de liberté sans entraves ; ces comparaisons pourraient être la cause de leur âge ressenti plus élevé.

5) L'âgisme

Dans le cadre de ce projet de recherche, outre les mesures d'âge subjectif et la manière dont les personnes rencontrées envisagent le cancer (comme une maladie associée à l'âge ou non), nous avons aussi voulu connaître leur perception du vieillissement.

Si cette perception est plutôt négative, ce point peut rejoindre la notion d'âgisme ultra présent dans nos sociétés. Au même titre que le racisme et le sexisme, l'âgisme est un préjudice, une discrimination à l'encontre d'une catégorie de personnes, ici, les personnes âgées (Palmore, 2001). Comme l'explique Palmore (2001), contrairement aux deux autres discriminations citées plus haut, chacun peut être victime d'âgisme, vu que nous sommes tous susceptibles de vieillir et de devenir une personne âgée. Il a été montré qu'une certaine perception de soi du groupe âgé stigmatisé peut influencer la longévité de ce groupe (Levy & al., 2002).

En effet, dans cette étude, un groupe ayant des perceptions positives sur l'avancée en âge était comparé à un autre groupe de personnes ayant une perception négative de celle-ci (personnes entrant dans le troisième âge).

En l'occurrence, les participants à l'étude de Levy (660 individus de cinquante ans et plus) furent divisés en deux groupes : ceux avec perceptions positives et ceux avec perceptions négatives. Une différence de longévité de 7,5 ans en faveur du groupe d'individus aux perceptions de soi davantage positives fut démontrée, en contrôlant d'autres variables comme l'état de santé, le genre, la solitude et le niveau socio-économique. C'est donc une variable psychosociale à part entière qui influence directement notre vie et survie.

Ces différentes idées pourraient rejoindre notre hypothèse de départ, en ceci qu'avoir un sentiment positif sur sa propre avancée en âge étant corrélé à une meilleure survie, il serait peut-être aussi lié à une meilleure santé et, partant, à un âge subjectif moindre.

6) L'âgisme et le cancer, une double stigmatisation

D'après la ligue contre le cancer, les personnes âgées seraient également victimes d'âgisme dans le domaine de l'oncologie. En effet, ils ne seraient pas égaux face au reste de la population quant au diagnostic d'un cancer. Il semblerait que certains symptômes anormaux soient associés à la vieillesse (« tout simplement »), par les personnes âgées elles-mêmes dans un premier temps. C'est donc un piège que nous inculque l'âgisme dès notre plus jeune âge et que nous finissons par faire nôtre : un amaigrissement, une constipation, une diarrhée, des troubles urinaires, bien que présents depuis longtemps et résistants aux traitements utilisés habituellement, sont souvent banalisés et une consultation médicale retardée. Dans un second temps, c'est parfois le médecin lui-même qui s'orientera plutôt vers un diagnostic classique de l'avancée en âge plutôt que vers un cancer (May-Levin & al, 2009).

Une étude de Schroyen & al. en 2015 montre les attitudes des soignants (infirmières et infirmiers spécialisés en oncologie) face à leurs patients. Cette recherche montre que bien que le cancer touche de plus en plus de personnes âgées, les soignants qui prennent en charge ces patients ne sont pas toujours conscients de leurs actes et peuvent être discriminants envers les personnes âgées en encourageant par exemple moins de traitement par chimiothérapie.

Ces conclusions concernant les infirmiers travaillant avec des patients cancéreux rencontrent celles de Madan & al. (2001) où un total de 116 étudiants en deuxième année de médecine ont répondu à des questionnaires concernant les recommandations qu'ils feraient à des patients en oncologie.

Les résultats montrent ici aussi une influence importante de l'âgisme de ces futurs médecins : ils promeuvent le traitement de conservation mammaire (« breast-conservation therapy » en anglais) pour 86% des patientes jeunes (moins de 31 ans compris) par rapport à des patientes plus âgées (66% pour des dames de plus de 59 ans compris).

Concernant la mastectomie (opération chirurgicale consistant à l'ablation d'un sein - partielle ou totale -), ces mêmes futurs médecins l'encouragent pour 34% des patientes âgées et pour seulement 14% chez les patientes jeunes.

Finalement, ils recommandent la reconstruction mammaire après ablation du sein chez un pourcentage beaucoup plus important de patientes jeunes (95%) que de patientes âgées (65%). On remarque une nouvelle fois que les mêmes chances ne sont pas offertes à tou(te)s les patient(e)s car les médecins considèrent l'âge comme un critère de prise en charge adéquat.

On notera que, dans ces différentes études explicitées, les patientes différaient par leur âge, mais partageaient les mêmes symptômes et diagnostics.

De ce qui précède, il apparaît que travailler avec des personnes âgées est spécifique et complexe. La formation des soignants de ce domaine doit donc prendre en compte tous ces aspects et s'étayer sur des preuves scientifiques ancrées dans une pratique solide. Comme le montrent Colussi & al. en 2001, les infirmiers qui travaillent en oncologie et donc, entre autre, avec une population gériatrique grandement diversifiée, exercent au sein d'une équipe multidisciplinaire étendue. La prise en charge particulière de ces personnes doit donc mettre en avant leur survie et cela grâce, entre autres, à la professionnalisation des infirmiers (-ières) et autres travailleurs de la santé. Ceux-ci doivent veiller à ce que le traitement, ses enjeux et objectifs soient bien compris par les patients. Ces travailleurs doivent être un support émotionnel de choix qui fait le lien entre le malade et le médecin, de manière à gérer et soutenir de manière optimale les patients et leur famille.

7) La divulgation du diagnostic de cancer : agiste ?

Dans une étude menée au Japon en 2000 (Kawakami & al., 2001) sur la divulgation du diagnostic de cancer chez les personnes âgées, 114 patients (qui avaient entre 65 et 93 ans, avec une moyenne d'âge totale de 78 ans) ont été analysés grâce à un questionnaire soumis à chacun des médecins de référence qui prenaient en charge ces 114 patients. Au total, 87 patients (76%) avaient été informés de leur diagnostic de cancer avant le début de la prise en charge et du traitement médical, tandis que 27 patients (24%), n'avaient pas été mis au courant de leur état avant le traitement. Au total 19 médecins ont pris en charge l'entièreté de ce groupe de patients et ont répondu au questionnaire sur la divulgation du diagnostic soit le jour où le patient sortait de l'hôpital, soit le jour du décès de celui-ci. Les différentes questions posées aux médecins étaient:

- 1) Si ils avaient, ou non, divulgué le diagnostic de cancer à leur patient?
- 2) Quelles étaient les raisons de la (non-)divulgation de ce diagnostic?
- 3) Quelles étaient les réponses observables des patients après divulgation de la vérité?

Les différentes raisons pour lesquelles les médecins disaient ou non la vérité à leur patient étaient les suivantes :

Tableau 1 : Raisons concernant la (non) divulgation du diagnostic du cancer (Kawakami & al, 2001)

Divulgation du diagnostic de cancer	Non-divulgation du diagnostic de cancer
<ul style="list-style-type: none">- Meilleure compréhension de la raison du traitement pour les patients- Meilleure considération de leur qualité de vie- Volonté du patient- Autres raisons	<ul style="list-style-type: none">- Mauvaise compréhension du patient- Volonté de la famille- Pas d'occasion de divulguer- Peur que le patient ne se décourage- Pas de traitement efficace- Autres raisons

Finalement, 49 patients des 114 avaient été mis au courant de leur situation de santé (diagnostic de cancer) avant leur hospitalisation et des 65 restants, 38 avaient reçu leur diagnostic de leur médecin attitré après hospitalisation. Les 27 patients restants n'ont jamais été mis au courant de leur diagnostic avant le début du traitement ; soit environ un quart contre trois quarts. Après divulgation, les médecins ont expliqué la réaction de leurs patients.

Il n'y eut pas de changement d'attitude pour 69% du total des patients qui avaient été mis au courant de leur situation avant traitement. Environ 20% des patients restants du total des participants s'étaient montrés plutôt tendus et avaient une attitude stressée à l'annonce du diagnostic (ce qui paraît logique et humain, au regard de la population générale et pas seulement des personnes âgées quand il s'agit de ce genre de diagnostic) mais la moitié d'entre eux avait vite retrouvé leur état normal. Aucun des patients n'a essayé de se suicider durant la période de l'étude (peut-être culturel, pas de lien majeur à souligner ici).

L'étude menée par Silay & al. (2015) rejoint cette idée en montrant une association entre l'âge avancé et le fait de ne pas savoir son diagnostic alors qu'il n'y avait pas d'association entre le fait de connaître son diagnostic et d'avoir des symptômes dépressifs (contrairement à ce qui peut être partagé dans l'imaginaire commun, et ce qui pourrait pousser les médecins à ne pas dire la vérité à leurs patients). Les médecins prenant en charge ces patients à qui ils n'avaient pas divulgué le diagnostic expliquaient en l'occurrence leur « non-divulgation » par la peur de la réaction de stress et d'anxiété qu'ils craignaient chez leur patient. De plus, aucune association significative ne fut trouvée entre l'âge et la dépression : la dépression n'est pas un stade normal de l'avancée en âge et de la vieillesse.

Une autre étude (Elkin & al., 2007) montre des attitudes de patients touchés par le cancer concernant leur désir d'information et d'implication dans leur traitement ainsi que la perception de leur médecin. L'objectif de cette recherche était d'évaluer les préférences de 73 patients d'au moins 70 ans au moment de leur diagnostic (moyenne d'âge : 76 ans) concernant leur implication dans leur traitement, leur désir d'information ainsi que la construction d'une relation entre les caractéristiques des patients et leurs préférences. Finalement l'étude voulait comparer ces préférences avec les perceptions des médecins.

Les résultats de cette étude d'Elkin & al. (2007) montrent que 44% (32 patients) des patients désiraient recevoir des informations concernant leurs chances de survie dès la première rencontre avec leur oncologue. Ceci concernait davantage les hommes, et de manière statistiquement non significative, il s'agissait aussi de personnes plus âgées, ayant bénéficié d'une éducation plus poussée et étant atteintes d'autres maladies (comorbidité).

Au total, seulement 18 patients ont reçu cette information concernant leur chance de survie, dont 13 qui faisaient partie des 32 patients désirant la recevoir (certains donc qui désiraient recevoir cette information ne l'ont pas reçue).

A propos de la volonté de s'impliquer dans les décisions de leur traitement, un peu plus de la moitié (52%) des patients, soit 38 personnes âgées, ont expliqué qu'elles préféraient avoir un rôle plutôt passif dans ce domaine. Les patients restants étaient confrontés à deux choix possibles : avoir un rôle actif dans la prise de décision concernant leur traitement (25%) ou être un collaborateur de leur médecin (23%).

Finalement, la concordance entre la volonté des patients et la perception de leur oncologue était partielle, voire inconsistante. Les médecins oncologues ne percevaient pas, pour plus de la moitié des patients, leur réelle volonté quant au fait de recevoir des informations sur leur traitement ou de s'impliquer dans celui-ci de manière active.

Les oncologues percevaient plus aisément les patients qui pour eux, préféraient un rôle passif dans le déroulement de leur traitement. On remarque, ici aussi, une discordance plus ou moins conséquente entre les médecins (leurs pensées et paroles) et leurs patients (leur volonté).

Cette idée est rejointe par l'étude de Rothenbacher & al. de 1997 qui montre la volonté de patients cancéreux et en soins palliatifs d'être impliqués dans le processus de décision de leur traitement et comment leurs médecins percevaient cela, en concordance ou non. La grande majorité des patients montraient une préférence à prendre les décisions eux-mêmes ou, en tout cas, à collaborer activement avec leurs oncologues et médecins de références, bien que ceux-ci ne fussent pas au courant de cette volonté. L'étude montre en outre que les patients jeunes, qui avaient un haut niveau d'éducation et qui étaient dans la vie active, étaient davantage enclins à jouer un rôle actif dans les prises de décisions concernant leur traitement.

II. HYPOTHESES

Le projet principal de recherche de ce mémoire est d'étudier et de comprendre l'impact d'un diagnostic de cancer sur l'âge subjectif des personnes âgées de plus de 65 ans.

Nous avons voulu comprendre, grâce à la réalisation de cette étude, si les personnes recevant un diagnostic de cancer se sentaient plus vieilles après avoir reçu ce diagnostic qu'avant (hypothèse principale) ? Certains auteurs comme Westerhof & al (2014) ont mis en lumière l'impact de l'âge subjectif sur la santé (physique et mentale) : les personnes qui se sentent plus âgées vivent moins longtemps et avec plus de symptômes dépressifs. Notre hypothèse principale découle donc de la volonté de comprendre si le cancer peut amener une modification de l'âge subjectif. En effet, recevoir un diagnostic oncologique est logiquement associé à se sentir en moins bonne santé physique, et donc peut-être à se sentir plus âgé. Ceci rejoindrait l'idée de Barrett & Gumber (2018) : les rappels corporels quotidiens de problématiques de santé (douleurs, pertes d'équilibres, manque de force et de vitalité...) auraient un impact important sur l'âge ressenti, les gens ressentant ces obstacles au quotidien se sentiraient moins jeunes que leur âge chronologique.

Nous désirons aussi comprendre si la vision du vieillissement des participants a un impact sur leur âge subjectif : se sentent-ils plus vieux encore s'ils perçoivent le vieillissement négativement (première hypothèse secondaire) ? En effet, comme l'ont montré Hughes & al (2013), induire une menace de stéréotype âgiste chez des personnes âgées fait en sorte qu'elles se sentent encore plus âgées. Nous pouvons donc penser que si les personnes voient leur vieillissement de manière négative, empreint de stéréotypes âgistes, alors elles se sentiront également plus vieilles.

Nous voulons également voir si le fait de percevoir le cancer comme une maladie liée à l'âge aurait aussi un lien avec les ressentis des participants, en l'occurrence se sentiraient-ils plus vieux encore si le cancer est pour eux une maladie liée à l'avancée en âge (deuxième hypothèse secondaire) ? En effet, comme nous l'explicitons plus bas, si le cancer est une maladie liée à l'âge au même titre que la mémoire est une faculté pointée du doigt dans la vieillesse (Hughes & al, 2013), les personnes recevant un diagnostic de cancer se sentiraient d'autant plus âgées après ce diagnostic (comme les personnes passant un test de mémoire).

III. METHODOLOGIE

1) Les participants

Nous avons décidé d'un critère d'inclusion le plus large possible, afin de récolter le plus de données et ceci pour enrichir au maximum notre recherche. Ces critères d'inclusion étaient d'avoir plus de 65 ans et ne pas présenter de maladies neurodégénératives.

Notre échantillon se composait de 70 participants : 35 femmes et 35 hommes.

2) Recrutement et procédure

Le recrutement de l'échantillon s'est déroulé sur une période de 8 mois : du 7 avril 2019 au 6 novembre 2019. Ce recrutement a principalement eu lieu grâce au principe de « bouche à oreille » dans un cercle restreint (quasiment familial), et puis de plus en plus étendu. De plus, la recherche de participants a aussi été effectuée grâce à un réseau social bien connu.

Les rencontres se sont déroulées au domicile des participants et les rendez-vous étaient planifiés à la meilleure convenance des volontaires. Ils se sont déroulés dans les provinces de Liège en très grande majorité, ainsi que dans le Hainaut, à Bruxelles, et dans la province du Luxembourg.

Nous avons, à quelques occasions, pu rencontrer des couples à leur domicile. Lorsque c'était le cas, il était demandé à une des deux personnes de quitter la pièce le temps de la première rencontre, jusqu'à la fin de passation, pour lui permettre ensuite d'avoir l'esprit vierge de toute information concernant celle-ci et pouvoir participer de manière unique et singulière. Les feedbacks étaient aussi réalisés individuellement, sauf quand l'un des époux posait d'autres questions à la fin des passations, juste avant la fin des rencontres.

La durée de la rencontre était relativement brève : entre vingt et trente minutes pour les plus rapides, sans compter les échanges plus explicatifs ou parfois personnels chez certaines personnes qui en éprouvaient l'envie.

Chaque rencontre se déroulait selon un protocole réfléchi et établi pour cette recherche (voir annexe).

Tout d'abord, une lettre d'informations expliquant les buts de la recherche et les informations quant aux données récoltées leur était fournie. Cette lettre n'exposait pas encore le but réel de la recherche (impact d'un diagnostic de cancer sur l'âge subjectif) afin de ne pas biaiser les réponses des participants. Ici était expliquée au volontaire notre volonté de comprendre ses réactions subjectives suite à une annonce de diagnostic imaginé, sans plus de détails.

Ensuite, un premier consentement libre et éclairé était exposé à chaque participant : « Réactions subjectives suite à l'annonce d'un diagnostic », celui-ci devait être signé en deux exemplaires dont un qui leur était destiné.

Après cela, un document d'informations générales était donné aux participants pour qu'ils le remplissent : pour pouvoir classifier les données qui seraient ensuite utilisées pour nos analyses statistiques. En insistant bien sur le fait que ce qu'ils notifieront sera totalement anonymisé et confidentiel, on demande aux participants leur sexe et leur date de naissance. S'ensuit directement la première réglette d'âge subjectif : on demande aux participants de mettre un trait sur la droite allant de 0 à 100 ans, où il leur semble que cela correspond à leur âge ressenti « Quel âge avez-vous le sentiment d'avoir en ce moment ? ». Après cela, on leur demande leur état civil et niveau d'étude le plus élevé, ensuite leur emploi et l'âge de leur retraite.

L'étape suivante était la lecture de la fiche clinique par nos soins. Comme prévu, la moitié des participants (35 volontaires) se voyait attribuer un diagnostic de grippe, l'autre moitié (35 volontaires) recevait un diagnostic de cancer. La parité hommes femmes a été établie et respectée. Au départ, un participant sur deux recevait l'une condition des conditions et le suivant l'autre. Pour les vingt derniers participants, nous avons dû attribuer pour chaque volontaire la condition qui allait faire en sorte que les hommes et les femmes soient également répartis dans chacune des conditions.

Après la lecture de la fiche clinique, une série de questions était proposée aux participants (on explique ici clairement qu'il faut répondre aux questions en se mettant dans la peau de la personne qui vient de recevoir un diagnostic de grippe ou de cancer).

De la même manière que pour l'âge subjectif, on demandait aux volontaires de tracer un trait sur la droite allant de pas du tout à tout à fait (pour des questions concernant l'anxiété, l'énerverment, l'optimisme par rapport à l'avenir, la tristesse, la projection dans le futur, la culpabilité, la valeur de la vie, et s'ils voyaient cette maladie comme due à leur avancée en âge).

Finalement, pour la deuxième et dernière fois, on demandait aux participants d'indiquer leur âge subjectif sur la droite, cette fois par rapport à leur diagnostic.

Ensuite, un ultime questionnaire était proposé sur la vision du vieillissement (Attitudes to Ageing Questionnaire - version française).

Finalement, le but réel de l'étude (ainsi que la raison pour laquelle il n'avait pas été divulgué dès le départ) était expliqué et un deuxième et dernier consentement éclairé (« Impact d'un cancer sur l'âge subjectif ») était signé par les deux parties, en deux exemplaires (chacun en gardant un pour lui), afin de confirmer l'accord du participant.

Tous les volontaires ont confirmé leur accord et aucun ne s'est rétracté pendant ou après la passation.

Mentionnons finalement l'accord du Comité d'éthique de l'Université de Liège qui a été obtenu pour notre recherche le 13 mai 2019.

3) Supports et mesures

Notre protocole se composait donc d'un document d'informations générales et professionnelles (anamnèse), d'un questionnaire portant sur une fiche clinique, et finalement du « Attitudes to ageing questionnaire ». Comme énoncé précédemment, l'âge subjectif des volontaires était demandé à deux reprises : d'abord après le questionnaire d'anamnèse, ensuite à la fin des questions portant sur la fiche clinique.

3.1) Questionnaire d'anamnèse

L'anamnèse se compose de plusieurs questions ayant pour objectif de recueillir des informations générales relatives aux volontaires. Il s'agit d'informations socio-démographiques : âge, sexe, état civil, niveau d'étude le plus élevé, le métier le plus longtemps exercé, l'âge de la retraite, etc.

3.2) Age subjectif (Choi, DiNitto, & Kim, 2014)

Pour ce point, évoqué à deux reprises, la phrase utilisée était : Quel âge avez-vous le sentiment d'avoir en ce moment (Veuillez tracer un trait sur la droite allant de 0 à 100 ans à l'endroit qui correspond à votre ressenti) ? La première fois que nous posions la question, elle commençait par : Beaucoup de personnes se sentent plus âgées ou plus jeunes qu'elles le sont en réalité.

3.3) Fiche clinique

Pour cette étape, nous lisons à haute voix, à chaque participant les fiches cliniques qui suivent (en respectant la parité hommes-femmes, pour qu'il y ait, pour chaque groupe, la moitié de diagnostic de grippe, et l'autre moitié de diagnostic de cancer) :

Fiche clinique « cancer »

Nous allons à présent vous demander de vous mettre dans la peau de la personne suivante : Depuis plusieurs jours, vous ressentez d'importantes douleurs musculaires (courbatures) et une grosse fatigue généralisée. Vous vous êtes rendu(e) chez votre médecin traitant qui vous a fait une prise de sang, et un check-up complet. Sur ses conseils, vous êtes rendu(e) à l'hôpital pour d'autres examens approfondis.

Aujourd'hui, vous revoyez votre médecin traitant qui a reçu l'ensemble des résultats des examens médicaux. Il vous annonce que vous avez un cancer des os.

Nous vous demandons de vous imaginer vivre cette nouvelle et de répondre aux questions suivantes.

Fiche clinique « grippe »

Nous allons à présent vous demander de vous mettre dans la peau de la personne suivante : Depuis plusieurs jours, vous ressentez d'importantes douleurs musculaires (courbatures) et une grosse fatigue généralisée. Vous vous êtes rendu(e) chez votre médecin traitant qui vous a fait une prise de sang, et un check-up complet.

Aujourd'hui, il vous annonce que vous avez une grippe.

Nous vous demandons de vous imaginer vivre cette nouvelle et de répondre aux questions suivantes.

3.4) Questionnaire portant sur la fiche clinique (VAS : échelle visuelle analogique)

Sur une ligne de dix centimètres, nous demandons aux participants de tracer un trait à l'endroit correspondant à leur ressenti : de Pas du tout à Tout à fait.

Les questions étaient les suivantes :

- Suite à cette annonce, vous sentez-vous anxieux-se ?
- Vous sentez-vous tendu(e), énervé(e) ?
- Envisageriez-vous l'avenir avec optimisme ?
- Cette annonce vous fait-elle ressentir de la tristesse, êtes-vous démoralisé(e) ?
- Arrivez-vous à vous projeter dans le futur ?
- Vous sentez-vous coupable ?
- Pensez-vous que la vie vaut la peine d'être vécue ?
- Pensez-vous que cette maladie est due à votre avancée en âge ?
- Deuxième et dernière fois que nous demandons aux volontaires leur âge subjectif :
« Quel âge avez-vous le sentiment d'avoir en ce moment (Veuillez tracer un trait sur la droite allant de 0 à 100 ans à l'endroit qui correspond à votre ressenti) ? »

Ces questions concernent donc le ressenti des personnes interrogées par rapport au diagnostic qu'on vient de leur annoncer. Plusieurs sphères émotionnelles sont évoquées, chacune dans une question singulière : anxiété, énervement, optimisme face à l'avenir, tristesse, projection dans le futur, culpabilité, valeur de la vie, et finalement la question essentielle qui nous servira aussi pour nos analyses statistiques : si la maladie est due à l'avancée en âge, d'après eux.

3.5) Attitudes to Aeqing Questionnaire (AAQ) - Laidlaw, Power, Schmidt

Ce questionnaire est composé de 24 items avec une échelle allant de « Pas du tout d'accord » à « Tout à fait d'accord » pour les 7 premiers items et une échelle allant de « Pas du tout vrai » à « Tout à fait vrai » pour les autres items. Il permet d'évaluer l'attitude des personnes face à leur propre vieillissement. Plus le score total au questionnaire est élevé et plus l'auto-perception du vieillissement sera positive.

Il s'agit d'un questionnaire auto-rapporté qui est rempli par les participants eux-mêmes et permet de comprendre leurs attitudes face à leur propre vieillissement. L'ensemble des questions peut être rassemblé en trois grandes sphères de réflexion à savoir : la croissance psychologique, les changements physiques et les pertes psychosociales.

L'intérêt de ce questionnaire est de permettre aux premiers intéressés par le vieillissement : les personnes âgées, de décrire elles-mêmes ce qu'elles ressentent et ainsi d'éviter des raccourcis agistes qui sont véhiculés dans notre société.

La version en français du Attitudes to Aeqing Questionnaire a été validée en 2016 par Marquet & al et c'est cette version que nous avons utilisée. Ces derniers chercheurs ont pu confirmer la validité et fiabilité de cet outil.

IV. RESULTATS

Les analyses statistiques sont réalisées avec le logiciel SAS 9.4. Le seuil de significativité est fixé à $p < 0.05$.

1) Statistiques descriptives

1.1) Description de l'échantillon et caractéristiques sociodémographiques des participants

Notre échantillon se compose de 70 participants : 35 femmes et 35 hommes avec une moyenne d'âge de 74,33 ans, allant de 65 à 88 ans.

La moyenne d'âge des femmes est de 75,41 ans. Celle des hommes est de 73,25 ans.

Le groupe échantillon « grippe » (contrôle) se compose de 17 hommes (moyenne d'âge : 72,9 ans) et 17 femmes (moyenne d'âge : 76,1 ans), donc 34 personnes avec une moyenne d'âge de 74,5 ans.

Le groupe échantillon « cancer » (test) se compose de 18 hommes (moyenne d'âge : 73,6 ans) et 18 femmes (moyenne d'âge : 74,7 ans), donc 36 personnes avec une moyenne d'âge de 74,2 ans.

Sur l'ensemble des participants : 6 personnes étaient célibataires (4 hommes, 2 femmes), 46 étaient mariés ou cohabitants légaux (27 hommes et 19 femmes), 7 étaient séparés ou divorcés (3 hommes et 4 femmes) et 10 étaient veufs (1 homme et 9 femmes).

1.2) Variable : l'âge subjectif

Concernant l'âge subjectif moyen demandé à deux reprises à chaque participant il se dessine comme suit : **Tableau 2** : la mesure d'âge subjectif dans notre échantillon

	Femmes	Hommes	Condition « Grippe »	Condition « Cancer »
Âge subjectif 1	60,8 ans	60,2 ans	60,7 ans	60,3 ans
Âge subjectif 2	65,8 ans	64 ans	61,2 ans	68,6 ans

2) Statistiques inférentielles

2.1) Hypothèse principale : Les participants du groupe « cancer » se sentent plus vieux après avoir reçu ce diagnostic.

Pour rappel, nous cherchons à comprendre si les personnes âgées de plus de 65 ans compris se sentaient plus vieilles (âge subjectif plus élevé) après avoir reçu un diagnostic de cancer.

Afin de tester cette hypothèse principale nous avons commencé par tester la normalité des distributions de nos variables.

Pour la variable âge subjectif au temps 1 (pour le groupe ayant reçu le diagnostic de cancer), nous utilisons le test de Shapiro-Wilk. En effet, notre échantillon étant composé d'un petit effectif, c'est le test de normalité qui sera le plus puissant. Nous obtenons un W de 0,9131 avec une probabilité de dépassement de $p = 0,008$, nous pouvons donc rejeter l'hypothèse nulle de normalité. En d'autres termes, la distribution de la variable âge subjectif au temps 1 est anormale.

Pour l'âge subjectif au temps 2 pour ce même groupe « cancer », avec le même test de normalité nous obtenons un $W = 0,9707$; avec $p = 0,4473$. Grâce à cette probabilité de dépassement supérieure à 0,05, nous pouvons mentionner ici la normalité de la distribution pour cette variable.

Cependant, nous avons tout de même utilisé un test non-paramétrique (vu la normalité qui n'est pas respectée pour le premier temps), équivalent du test T pour échantillons appariés : le test de Wilcoxon pour échantillons appariés. Celui-ci nous donne un S (Signed Rank ou somme des rangs) de -194,5, $p < 0,001$. On peut donc rejeter l'hypothèse sous épreuve et affirmer qu'il y a une différence entre les médianes des deux groupes. Toutefois, prenons ces résultats avec recul sachant que les tests non-paramétriques sont toujours moins puissants que les tests paramétriques. Nous pouvons tout de même dire qu'il y a une différence.¹

¹ Afin de nous faire une idée de cette différence, nous avons voulu effectuer un test T, équivalent paramétrique du test que nous venons d'évoquer. Les résultats à ce test sont : $t = -4$, $p < 0,001$; ce qui est donc très significatif.

2.2) Hypothèse secondaire 1 : Les participants se sentent d'autant plus vieux quand leur vision du vieillissement est plus négative.

Une autre hypothèse que nous avons évoquée était que la vision du vieillissement des participants pouvait avoir un effet sur leur âge subjectif, particulièrement au deuxième temps.

Avant de vérifier le lien entre l'âge subjectif des participants et leur vision du vieillissement, il nous est paru opportun de préciser que les deux groupes (condition « grippe et condition « cancer », ne différaient pas par leur vision du vieillissement (questionnaire AAQ).

Nous avons donc voulu comprendre si la somme au questionnaire AAQ, autrement dit la vision du vieillissement, était différente de manière statistiquement significative dans les deux groupes de participants. Pour ce faire, nous avons d'abord effectué des tests de normalité sur les variables dont nous avons besoin. Pour la variable AAQ dans le groupe « cancer », nous obtenons un W (Shapiro-Wilk) de 0.9417, et une probabilité de dépassement de 0,0575. Nous pouvons donc dire que la variable est normale (de peu). Pour la variable AAQ dans le groupe « grippe », la probabilité de dépassement étant de 0.0071 (inférieur à 0.05) on rejette l'hypothèse de normalité. La variable AAQ ne respecte pas la condition de normalité (W de shapiro-wilk = 0.9071).

Nous avons donc utilisé un test de Wilcoxon pour échantillons indépendants afin de voir s'il y avait une différence de vision du vieillissement entre les groupes de participants. La somme des rangs de Wilcoxon est de : 1195.5 ; avec une probabilité de dépassement de 0.8970 dans le cadre d'un test bilatéral, et de 0.4485 dans le cadre d'un test unilatéral (tous les deux > 0.05). Les résultats à ce test sont donc non significatifs, il n'y a pas de différence de résultats à la somme AAQ entre les groupes « cancer » et « grippe ».

Les participants issus du groupe « cancer » et ceux du groupe « grippe » ne diffèrent pas par leur vision du vieillissement.

Grâce à cette vérification, nous pouvons maintenant revenir à notre première hypothèse secondaire, à savoir : les participants se sentent plus vieux si leur vision du vieillissement est moins positive. Pour tester cette hypothèse, nous avons réalisé une corrélation de Pearson, entre l'âge subjectif 2 et la somme au questionnaire AAQ.

On peut affirmer que la corrélation entre les deux variables est significative : $r = -0,3096$ et $p < 0,05$. Etant donné que la corrélation a un indice négatif, cela traduit une relation opposée entre les deux variables ; à savoir, lorsque AAQ augmente (donc les personnes ont une meilleure vision du vieillissement), alors l'âge subjectif 2 diminue (ils se sentent donc plus jeunes), et inversement (les personnes ayant une moins bonne vision du vieillissement, se sentent plus âgées).

Cette corrélation a été observée pour l'ensemble des participants, tous groupes confondus. Nous nous sommes dès lors penchés essentiellement pour le groupe « cancer », notre groupe test ; $r = -0,3805$, $p < 0,05$.

Nous pouvons donc à nouveau dire que, pour la condition « cancer » qui nous intéresse, plus les participants voient le vieillissement de manière négative, et plus ils se sentiront vieux. Ceci va dans le sens de notre hypothèse et montre assez nettement l'impact de la vision du vieillissement chez les personnes vieillissantes elles-mêmes.

2.3) Hypothèse secondaire 2 : Les participants se sentiraient plus vieux encore si le cancer est pour eux une maladie liée à l'avancée en âge.

Pour comprendre cet aspect de notre questionnement, nous avons également conduit une corrélation de Pearson avec les variables d'âge subjectif au deuxième temps (chez les participants du groupe cancer) et de l'item « cause maladie » du questionnaire (la question d'origine étant : Pensez-vous que cette maladie est due à votre avancée en âge ?, les participants devant mettre un trait entre pas du tout et tout à fait).

Nous nous serions attendus à ce qu'il y ait une corrélation positive qui aurait pu vouloir signifier que plus les personnes voient le cancer comme une maladie associée à l'avancée en âge et plus elles se sentiraient vieilles.

Cependant, nous obtenons une corrélation qui vaut 0,01 avec une probabilité de dépassement de 0,9522 ce qui n'est pas du tout significatif. Il n'y a donc pas de lien entre le fait de percevoir le cancer comme une maladie liée à l'avancée en âge et voir son âge subjectif se modifier.

V. DISCUSSION

1) Retour sur nos hypothèses

1.1) Hypothèse principale

Concernant notre hypothèse principale, celle-ci voulait nous aider à comprendre s'il existait une différence d'âges subjectifs chez les personnes âgées à qui on annonçait un diagnostic de cancer, avant et après l'annonce de ce diagnostic.

Grâce aux tests statistiques que nous avons réalisés, nous remarquons qu'il y a bien une différence et que celle-ci est statistiquement significative. En effet, nous obtenons un S (Signed Rank) de -194,5 avec une probabilité de dépassement de 0,0001. Nous avons voulu avoir une idée de cette différence, et pour cela, avons utilisé la statistique paramétrique pour le même effet, T. Celui-ci vaut -4 avec une probabilité de dépassement de 0,0003. Ceci est donc très significatif. De plus, quand nous nous penchons sur cette section paramétrique pour comprendre l'ampleur et le sens de la différence, on peut comprendre que les personnes qui ont reçu un diagnostic de cancer se sentent en moyenne 6,4167 ans plus âgées après avoir reçu ce dernier. Effectivement, notre test nous donne une moyenne de -6,4167, la différence étant dans le sens : âge subjectif 1 - âge subjectif 2.

Nous voyons ici l'ampleur de l'impact de recevoir un diagnostic de cancer : le « simple » fait de recevoir cette nouvelle fait ressentir les gens en moyenne plus de 6 ans plus âgés que l'âge qu'ils ressentaient avoir avant le diagnostic. Nous voyons ici que notre hypothèse principale est donc vérifiée, l'impact d'un cancer sur l'âge subjectif est présent et significatif.

Ceci s'inscrit profondément dans le sens d'études déjà réalisées et de ce que l'on peut lire dans la littérature scientifique.

Prenons la recherche d'Abrams & al (2006), sur la menace du stéréotype ; l'hypothèse étant qu'induire les stéréotypes connus sur les personnes âgées provoqueraient une baisse de leurs compétences. Ces chercheurs ont clairement démontré, grâce à la participation de 97 personnes (moyenne d'âge = 74,81 ans), l'effet d'une menace du stéréotype sur les capacités de ces volontaires.

Pour ce faire, plusieurs conditions avaient été établies : d'un côté une menace élevée, où les participants étaient confrontés à la consigne suivante : « Il est largement admis que les performances intellectuelles diminuent avec l'âge, le but de cette étude est de voir si les personnes âgées accomplissent moins bien les tâches intellectuelles que les jeunes. Des personnes plus âgées et plus jeunes participeront à cette recherche », d'un autre côté une menace faible avec comme différence dans la consigne qu'aucun aspect d'âge ou de capacités intellectuelles n'étaient mentionnés.

Bien qu'aucune mesure d'âge n'ait été testée ou vérifiée dans cette recherche (l'âge des participants était relevé uniquement à titre indicatif, mais pas de mesures d'âges subjectifs par exemple), les chercheurs (Abrams & al) ont mis en exergue que le fait d'induire une menace de stéréotypes agistes provoquait chez les participants du groupe « menace élevée » une anxiété exacerbée et des résultats beaucoup plus faibles aux différents tests (aspects cognitifs de l'échelle de Weschler -compréhension, rappel, aptitude verbale, et empan de chiffres), en comparaison avec le groupe contrôle chez qui aucun stéréotype n'avait été exprimé.

Dans le cas de cette étude, le simple fait d'évoquer une comparaison en fonction de l'âge, et de souligner les stéréotypes liés à l'avancée en âge met les participants dans une position d'échec. Ils font leur la menace du stéréotype agiste qui leur a été induite et qu'ils ont redoutée, et ont de moins bons résultats aux différents tests ainsi qu'une anxiété plus importante que dans le groupe où aucune menace ne fut induite.

Nous pouvons en l'occurrence faire un lien avec notre étude en ceci que le fait d'évoquer le diagnostic de cancer avec les participants, même si nous ne mesurons ni l'anxiété, ni des performances à des tests cognitifs, induit chez eux le sentiment de se sentir plus vieux.

Nous pourrions imaginer que si nous avions en plus induit directement l'idée que le cancer touchait davantage les personnes âgées (ce qui est par ailleurs démontré scientifiquement) et que l'on voulait mesurer leurs réactions face à celui-ci, pour les comparer à un groupe de sujets plus jeunes (menace du stéréotype), les résultats à notre étude auraient été encore plus saillants et auraient été davantage dans la lignée des résultats d'Abrams & al.

Nous reviendrons à cette notion de menace du stéréotype et ses effets plus tard dans ce travail, revenons aux résultats de notre recherche concernant notre hypothèse principale. Nous avons donc conclu que les participants se sentaient, comme nous nous y attendions, plus vieux après avoir reçu un diagnostic de cancer.

Compte tenu de l'ambiance plus que jamais agiste qui imprègne dans notre société, et ce dès notre plus jeune âge, certains peuvent adopter cette vision négative de l'avancée en âge et la faire devenir propre à leur vieillissement particulier (prophétie auto-réalisatrice).

Les comportements et stéréotypes agistes auxquels nous faisons face peuvent en effet se retourner contre nous. Nous pourrions dès lors imaginer que les personnes partageant ces stéréotypes, consciemment ou non, auraient tendance à modifier leur comportement de santé et à être par la suite plus à risque de développer le genre de problématiques qui sont pour eux destinées au troisième âge.

1.2) Hypothèse secondaire 1

Une hypothèse que nous avons évoquée était que la vision du vieillissement des participants pouvait avoir un effet sur leur âge subjectif.

Pour tester cette hypothèse, nous avons réalisé une corrélation de Pearson, entre l'âge subjectif 2 et la somme au questionnaire AAQ qui valait -0,3096 ($p = 0,0091$). Ceci signifie donc que plus les personnes auront une image négative du vieillissement en général, et du leur en particulier, et plus elles se sentiront âgées.

Ceci est tout aussi vrai pour la condition des participants qui nous intéresse plus, celle du groupe « cancer ». En effet, la corrélation vaut ici, comme évoquée plus haut, -0,3805 ($p=0,0221$) et est donc significative. Ceci va également dans le sens de ce que nous nous attendions à trouver comme résultats.

Afin d'éclaircir ces résultats et de les mettre en lien avec la littérature existante, revenons un moment sur la notion de menace du stéréotype. En effet, dans notre recherche, les participants se vieillissent de plus de 6 ans en l'espace d'une quinzaine de minutes à peine.

En 2013, Hughes & al montrent que passer un test de mémoire en induisant des stéréotypes négatifs à l'encontre des personnes âgées provoquent le même effet que celui que nous venons d'évoquer dans notre étude : les participants se vieillissent de 5 ans en 5 minutes ! 22 participants ont pris part à cette expérience, présentant une moyenne d'âge de 75,05 ans. Nous retrouvons dans cette étude la notion d'âge subjectif et tout ce qu'elle peut englober que nous avons déjà explicité plus haut (au point de vue de la santé physique et mentale). Il était demandé aux volontaires d'inscrire leur âge ressenti à deux reprises : une fois avant le test de mémoire, et une seconde fois après celui-ci. Ce test mnésique consistait en l'apprentissage de 30 mots pour une utilisation ultérieure. Les participants avaient 2 minutes pour retenir ces mots, et ensuite sur une feuille blanche devaient en 3 minutes écrire le plus de mots possibles dont ils se souvenaient.

Comme pour notre présente étude, la recherche de Hughes & al de 2013 a montré que les participants se sentaient plus jeunes que leur âge chronologique. Plus exactement, d'une moyenne d'âge chronologique de 75,05 ans, ils passaient à 58,59 ans (âge ressenti au premier temps) ; dans le cas des volontaires à notre étude, les participants du groupe « cancer » avaient une moyenne d'âge chronologique de 74,2 ans pour une moyenne d'âge ressenti (au premier temps) de 60,3 ans, ceux du groupe « grippe » avaient une moyenne d'âge chronologique de 74,5 ans et sentaient en moyenne avoir 60,7 ans (au premier temps). Nous voyons ici de nouveau que les gens ont plutôt tendance à se rajeunir.

L'étude de Rubin & Berntsen (2006) l'avait déjà démontré très clairement : sur l'ensemble de leurs participants, ceux dont l'âge chronologique se situait au-dessus de 40 ans, se sentaient en moyenne 20% plus jeunes.

Si l'on remonte encore un peu dans le temps, nous remarquons clairement que ce concept a déjà été mis en exergue en 1989, par d'autres chercheurs (Montepare & Lachman) qui ont montré que, non seulement les personnes vieillissantes se sentent plus jeunes que ce qu'elles sont en réalité, mais qu'en plus, plus ces personnes prennent de l'âge, plus l'écart entre leur âge chronologique et leur âge subjectif s'agrandit.

Revenons à l'étude de Hughes & al (2013), que nous avons déjà évoquée. Après avoir confirmé qu'effectivement les personnes se sentent naturellement plus jeunes que leur âge chronologique, ces chercheurs ont voulu comprendre l'effet que pouvait avoir la passation d'un test de mémoire ainsi qu'un test cognitif (MMSE) sur leur âge ressenti. Les résultats à cette première hypothèse ont été sans équivoque et comme l'avaient prédit les chercheurs : les participants se sentaient significativement plus vieux après ces différentes épreuves (63,14 ans en moyenne contre 58,59 avant les tests).

Rappelons que lors de notre étude, les participants avaient notifié ressentir un âge subjectif de 68,6 ans pour le groupe de la condition « cancer » après l'annonce de ce diagnostic (60,3 avant) ; pour le groupe de la condition « grippe », après ce diagnostic ils avaient une moyenne d'âge ressenti de 61,2 ans (60,7 avant).

Non seulement les résultats de notre recherche vont dans le sens de ceux de Hughes & al, et l'on peut même remarquer qu'en moyenne absolue, les différences d'âges sont plus importantes pour notre condition cancer. En effet, si les tests de mémoire et de cognition vieillissent les personnes de 5 ans en moyenne, le diagnostic de cancer les vieillit de 8,3 ans.

La deuxième hypothèse de Hughes & al était que les résultats explicités juste ici étaient spécifiques aux personnes d'un groupe d'âge plus élevé. Cette hypothèse a également été démontrée, corroborant la première et montrant qu'il n'y avait pas d'impact sur l'âge subjectif des participants plus jeunes. Ceux-ci se rappelaient de davantage de mots que les participants âgés, mais sans différence significative. Pour souligner les liens de notre recherche avec cette étude de Hughes & al, évoquons maintenant leur troisième hypothèse : c'est la notion de mémoire testée qui engendre la hausse des âges subjectifs. Pour vérifier cette idée, d'autres participants ont pris part à l'étude, se divisant en deux groupes : pour les uns, on leur faisait passer un test de mémoire, pour les autres un test de vocabulaire. Le temps alloué à ces deux épreuves était sensiblement le même, et l'on demandait à nouveau de définir l'âge ressenti à chacun des volontaires.

Une nouvelle fois, les résultats étaient clairs : les participants qui ont été soumis au test de mémoire se sentent plus vieux après. Cependant, pour l'autre moitié des participants (ceux du test de vocabulaire), leur âge subjectif (53,54 ans à la ligne de base, 52,88 ans après la passation du test de vocabulaire) était resté inchangé !

Les liens avec notre étude sont précis, et vont dans le sens de la recherche de Hughes & al. Nous n'induisons pas de menace de stéréotypes contrairement aux chercheurs cités ici. Cependant, nous pourrions penser que le simple fait de demander aux participants leur âge subjectif à deux reprises, de parler de cancer (dont nous avons vu que, même inconsciemment, et même ceux exprimant que ce n'est pas leur cas, est perçu comme une maladie étant associée à l'âge), et finalement d'évoquer la vision du vieillissement, mettrait les participants âgés, malgré tout, devant des stéréotypes agistes. En effet, les stéréotypes (agistes en l'occurrence), et la simple notion d'âge subjectif, sont des avis personnels sur le vieillissement (Wurm & al, 2017), ainsi que nous pourrions le penser, le questionnaire AAQ sur la vision du vieillissement.

Si nous prenons le pli de penser ainsi, nous pourrions comparer notre condition « diagnostic de cancer », à la condition « menace élevée de stéréotype - test de mémoire » et notre condition « diagnostic de grippe » à la condition « menace faible - test de vocabulaire ». Nos résultats iraient dès lors dans le même sens que ceux de Hughes & al, une nouvelle fois.

Les notions de stéréotypes liés à l'âge (âgisme) montrent un effet capital dans les réactions des premiers intéressés.

Nous pouvons donc imaginer que, plus les croyances envers le vieillissement sont négatives (résultats au questionnaire AAQ), plus cela teintera les perceptions subjectives de l'avancée en âge, comme l'âge subjectif. Ceci démontre une fois de plus que notre seconde hypothèse fait tout son sens et que nos résultats reflètent les stéréotypes de notre époque.

1.3) Hypothèse secondaire 2

Notre deuxième hypothèse secondaire évoque l'idée que les participants se sentiraient plus vieux encore si le cancer est pour eux une maladie liée à l'avancée en âge.

La corrélation de Pearson que nous avons effectuée vaut 0,01 avec une probabilité de dépassement de 0,9522 ce qui n'est pas du tout significatif. Il n'y a donc pas de lien entre le fait de percevoir le cancer comme une maladie liée à l'avancée en âge et voir son âge subjectif se modifier.

Nous nous attendions pourtant à ce que le cancer soit perçu comme une maladie liée à l'avancée en âge, à la vieillesse. Ceci aurait pu avoir pour conséquence, que ces personnes se seraient senties d'autant plus vieillies après ce diagnostic.

Cependant, en réalisant les tests chez les participants, nous avons pu nous rendre compte d'un effet plancher très important pour cette question (« Pensez-vous que cette maladie est dure à votre avancée en âge ? »). En effet, beaucoup de volontaires à notre étude disaient clairement que, pour eux, le cancer n'était absolument pas lié à la vieillesse, et que personne, tout âge confondu, n'était épargné par cette maladie.

En regardant nos résultats, nous remarquons que sept personnes sur 36 pensent que leur diagnostic de cancer imaginé n'est « pas du tout » associé à leur avancée en âge, dont le score à cet item vaut donc 0 (les scores pouvant aller pour rappel de 0 à 100). Trois autres personnes attribuent des scores très proches de « pas du tout », en-dessous de 10. Cinq personnes inscrivent des traits qui équivalent à un des scores entre 11 et 20, quatre participants entre 21 et 30, un à 35. Vingt participants sont donc d'avis que le cancer n'est pas une maladie liée à l'avancée en âge.

Il y a ensuite les participants qui sont au-dessus de la moyenne (aucun n'ayant mis que, d'après eux, le cancer était « tout à fait » lié à leur avancée en âge, score = 100), avec deux participants dont les traits équivalent à un score de 90, deux de 85, un de 82, deux de 80 et un de 73. Huit participants pensent donc que leur diagnostic de cancer est plutôt dû à leur avancée en âge, ces participants ont tous fait un trait sur la droite allant de pas du tout vrai à tout à fait vrai qui est au-dessus de 73.

Il n'y a ensuite que des volontaires se trouvant dans la moyenne, avec des scores allant de 44 à 55 : 1 fois 44, 1 fois 48, 3 fois 50, 1 fois 52 et 2 fois 55. Huit participants ici également sont donc plutôt partagés, indiquant un trait sur le milieu de la droite.

Nous avons donc 36 participants au total pour cette condition « cancer » : avec 55% qui pensent que ce diagnostic n'est pas engendré par leur vieillissement, 22,5% qui sont plutôt de l'avis contraire et le reste (22,5%) qui est dans la moyenne et pour qui donc ce serait plus partagé. Nous obtenons une moyenne de score de 36,31 à cette question lors de nos rencontres.

En outre, quand nous nous penchons sur les personnes qui se situent au-dessus de 73, nous constatons qu'elles se sentent en moyenne 8,5 ans plus vieilles après le diagnostic de cancer ; ce qui est assez concordant avec le fait que la perception du cancer lié à l'âge fait que les participants se sentent plus âgés.

Les personnes qui ont des scores plus petits et donc qui ne perçoivent pas le cancer comme une maladie liée à l'âge se sentent tout de même, en moyenne, 5,3 ans plus vieilles après le diagnostic.

Cependant, dans l'ensemble de ces 20 participants (donc plus de deux fois l'équivalent du groupe des personnes qui associent le cancer à l'avancée en âge), certains se sentent beaucoup plus âgés après le diagnostic. En effet, l'une de ces personnes passe d'un ressenti de 65 ans à un ressenti de 95 (+ 30 ans après diagnostic), une autre passe de 65 ans à 85 ans (+ 20 ans), une autre personne encore prend 18 ans d'un coup, et finalement dans les écarts plus importants nous observons une personne qui prend 13 ans et une autre 10, simplement à l'annonce du diagnostic.

Nous pourrions imaginer que ces personnes n'ont pas saisi la question par rapport à l'avancée en âge et le cancer, ou encore qu'elles mettent des traits au hasard sur la droite. Nous avons en effet remarqué que pour certains, la compréhension des différentes tâches était plus délicate ; un participant a par exemple mis qu'il ressentait avoir 16 ans et ensuite 24 (âge réel : 71ans), d'autres donnaient parfois l'impression de mettre des traits au hasard.

Sachant qu'il n'y a pas d'écart important dans l'autre sens (les personnes ont parfois tendance à se sentir plus jeune après diagnostic qu'avant, avec un écart maximum de - 8 ans), si l'on retire du groupe ces personnes alors nous obtenons une moyenne de + 1,25 ans. Ce qui signifie que les participants, même après avoir fait abstraction de ceux pour qui les écarts d'âge subjectif étaient de plus de 10 ans, se sentent tout de même en moyenne 1,25 ans plus vieux après qu'on leur ait annoncé un diagnostic de cancer.

Cela nous montre que l'impact d'une telle annonce a un effet sur l'âge que les participants ressentent avoir est bien présent ; et ce, même pour les participants qui n'associent pas consciemment le cancer comme une maladie liée à l'âge.

Pour conclure ce point, nous pouvons exprimer le fait que, bien qu'une corrélation statistique ne montre aucun effet significatif, lorsque nous épluchons en détails les réactions des participants, tous se sentent plus vieux après l'annonce du diagnostic (ce qui est concordant avec notre hypothèse de départ).

De plus, ceux qui percevaient d'avance le cancer comme une maladie associée à l'avancée en âge se sentent plus vieux de 8,5 ans en moyenne, comparativement à ceux qui ne le perçoivent pas comme tel, qui se sentent tout de même 5,3 ans plus vieux en moyenne.

Comme nous l'avons vu, les personnes âgées cancéreuses sont victimes de double stigmatisation : en plus d'être stigmatisées à cause de leur âge, cette population l'est également au regard de la pathologie (Schroyen & al, 2014).

Cette stigmatisation supplémentaire, qui vient s'ajouter à l'âgisme ambiant, serait dans le cadre de notre étude, un nouvel élément corroborant nos hypothèses confirmées. Nous pourrions développer l'idée que les participants que nous avons rencontrés et qui sont dans le groupe test « cancer » se sentiraient (même inconsciemment) stigmatisés d'emblée, contrairement au groupe de participants qui se sont retrouvés dans le groupe contrôle « grippe ».

Du fait de cette stigmatisation qui se rajoute à leur vision personnelle du vieillissement, nous pourrions penser que c'est un composant supplémentaire à leur hausse d'âge subjectif soudain, à la simple annonce du diagnostic oncologique.

2) Limites et perspectives futures

Prenons à présent le temps de nous arrêter sur les limites que présentent notre étude, ce qui pourrait être fait pour les modifier, et mis en place pour d'autres études futures similaires.

2.1) Notre échantillon

Notre échantillon se composait de 70 personnes. Ceci est un bon chiffre pour le genre de tests que nous avons menés ; cependant, un échantillon plus conséquent pourrait amener à une meilleure généralisation des résultats ainsi qu'à des résultats encore plus significatifs.

De plus, la majorité de notre effectif a été recruté via un système de bouche à oreille. En effet, il s'agit en général d'amis, d'amis d'amis, de connaissances, de parents, etc qui ont à leur tour pour certains donné des noms et coordonnées de connaissances qui pouvaient être intéressées et que nous avons contactées. Autrement dit, il s'agit pour une grande partie de notre échantillon d'un cercle assez restreint de personnes âgées de plus de 65 ans. Il suffit de regarder niveau moyen d'études (3,6 sur 5 : correspondant à un niveau intermédiaire entre « secondaire supérieur » et « haute école ») par exemple pour comprendre que ce n'est pas un échantillon représentatif de notre société, même si l'on se limite à la Wallonie.

En effet, d'après Statbel (2018), au-delà de 65 ans, les hommes sont en moyenne 24% à avoir leur diplôme de primaire ou pas de diplôme et les femmes 30% (moyenne = 27%). Pour ce qui est du diplôme de secondaires inférieures, 23% d'hommes et 27% de femmes (moyenne = 25%) l'obtiennent. Quant au diplôme de secondaires supérieures, il est obtenu par 25% des hommes et 23% des femmes (moyenne dans la population = 24%). Pour ce qui est d'études supérieures de type court/haute école, les wallons sont en moyenne 13% (12,5% chez les hommes, et 13,5% chez les femmes) à obtenir ce diplôme. Finalement, 15% des hommes et 7% des femmes (11% au total en Wallonie) obtiennent un diplôme d'études de type long/universitaires.

Notre échantillon montre une tout autre tendance (outre les divergences entre les hommes et les femmes, que nous n'évoquerons pas ici) :

Pour ce qui est des primaires, ou de ne pas être allé à l'école, seules 3 personnes de notre échantillon (4%) se situent dans cette catégorie. Concernant les secondaires inférieures, 10 personnes (14%) de notre échantillon ont obtenu ce diplôme. Le diplôme de secondaires supérieures est obtenu pour 19 de nos participants (27%). Ce sont 18 personnes (26%) de notre effectif qui ont un diplôme de type court/haute école. Finalement, un total de 20 personnes âgées de plus de 65 ans dans notre étude a un niveau d'études universitaire/de type long (29%).

Nous voyons par conséquent la non-représentativité de notre échantillon par rapport à la population générale de Wallonie, puisque les personnes de plus de 65 ans ayant fait des études de type haute école ou universitaire sont deux fois plus nombreuses (respectivement 26 % contre 13% et 29% contre 15%) dans notre échantillon. Le diplôme de secondaires supérieures est la catégorie la plus similaire avec 27% dans notre échantillon et 24% dans la population générale. Les disparités les plus importantes se situent au niveau des primaires : 4% dans notre effectif contre 27 dans la population générale, et finalement de nouveau une différence concernant les secondaires inférieures pour 14% dans notre échantillon contre 25%.

Nous avons rencontré une certaine couche de la population, et c'est une faiblesse conséquente de notre étude. Pour remédier à cela, l'idéal serait d'élargir un maximum le recrutement de participants.

Il est également à noter qu'aucun de nos participants ne réside dans une maison de repos, ils ont tous été rencontrés à leur domicile. Il est vrai qu'une grande majorité des seniors vit effectivement toujours à domicile, sans aide : en 2012, les personnes entre 60 et 69 ans vivent pour 98% toujours chez elles, les personnes entre 70 et 79 ans sont 93% à vivre chez elle, celles de 80 à 89 ans sont 75% à vivre à leur domicile et les personnes de plus de 89 ans vivent également toujours chez elle pour 46%.

Cependant, malgré ces chiffres, il ne faut pas oublier les personnes âgées qui vivent en maison de repos, en résidence services, vont en centre de jour, ou encore vivent chez elles mais avec l'une ou l'autre aide ; celles-ci ne sont aucunement représentées dans notre échantillon.

Enfin, toujours concernant notre échantillon, un autre biais doit être mentionné. Il s'agit de l'appartenance à l'une ou l'autre condition des participants. Nous avons décidé que les conditions cancer ou grippe seraient aléatoirement attribuées aux 70 participants. Cependant, nous ne pouvons malheureusement pas affirmer que cette attribution a été uniquement le fruit du hasard. En effet, même si nos premières rencontres avec les participants suivaient une règle simple : un volontaire sur deux recevait le diagnostic de grippe, l'autre recevait celui de cancer ; nous avons vite été confronté à certaines limites.

D'une part, la disparité hommes-femmes n'était pas vérifiée dans un premier temps, ce qui nous a forcé à devoir calculer et prévoir qui des prochains participants allait recevoir quelle condition (à environ trois quarts des rencontres effectuées) et d'autre part (plus percutant encore), nous n'avons pas pu suivre cette règle du hasard pour une autre raison. Comme expliqué précédemment, certains participants rencontrés nous ont fournis des coordonnées de personnes à contacter, allant parfois jusque dix, voire quinze connaissances, patients, voisins, frères, etc. C'est donc entre autre grâce à ces différents contacts que nous avons pu rencontrer le chiffre de 70 participants au total pour notre recherche. Cependant, il est arrivé à plusieurs reprises (pour entre 10 et 15 de nos participants finaux) que les personnes de contact nous demandaient de ne pas évoquer la condition de cancer. La raison étant que les personnes à contacter étaient dans la maladie, de manière récente ou non, plus fragiles, ou avaient perdu un proche récemment à cause du cancer. Vu la confiance qu'ils nous ont accordée, nous ne nous sommes pas permis d'évoquer cette maladie avec les personnes pour qui cela nous avait été déconseillé. Cependant, cela a de nouveau des conséquences sur notre échantillonnage (pas entièrement fait au hasard), et la généralisation de nos résultats.

Afin d'obtenir des résultats plus significatifs encore, et même plus généralisables, nous pourrions imaginer comparer une population plus âgée comme notre échantillon, à un groupe de personnes plus jeunes, comme cela a été fait dans l'étude de Hughes & al en 2013 déjà mentionnée dans ce travail. Ceci nous permettrait de démontrer que l'accroissement de l'âge subjectif dû à l'annonce d'un diagnostic de cancer est effectivement ciblé pour les personnes âgées, ou pas.

Pour rappel, cette étude (Hughes & al) démontre que le fait de se sentir cinq ans plus vieux après avoir passé un test de mémoire (de cinq minutes), est exclusivement spécifique à l'âge des participants, et n'a pas d'impact sur l'âge subjectif des participants plus jeunes.

2.2) Les outils utilisés

Comme nous l'avons exprimé dans ce travail, le questionnaire AAQ (Attitudes to Aeging Questionnaire) vise à comprendre la vision personnelle du vieillissement des personnes âgées elles-mêmes. La version française utilisée pour notre recherche a été testée par des auteurs (Marquet & al, 2016) qui ont mis en avant les forces de cette échelle. 238 personnes âgées de plus de 60 ans ont contribué à ces résultats, qui ont (entre autre) rempli la version traduite en français du questionnaire AAQ, qui se basent plutôt sur un ressenti subjectif du vieillissement, plutôt que sur des indicateurs objectifs tels que la santé physique ou psychologique (Marquet & al, 2016).

Ces chercheurs ont montré que les résultats au questionnaire AAQ ne différaient pas significativement, si les participants le remplissaient seuls chez eux, ou durant une entrevue. Ils ont également montré une bonne fidélité et validité de l'outil, ainsi qu'une corrélation forte entre le résultat total à l'AAQ et celui à la WHOQOL.

Nous pouvons considérer la force de l'AAQ (en version française) et donc son utilisation pour notre étude. Cependant, cette échelle a tout de même des limites à relever : l'échantillon qui a servi à valider la version française est relativement restreint (résidents en maison de repos surreprésentés, et seniors les plus isolés sûrement peu ou pas représentés).

Les chercheurs ont également soulevé un point que nous rejoignons grâce à la passation du test chez nos participants : la présence d'items plus généraux, sur le vieillissement en général (exemples : « En vieillissant, les gens sont davantage aptes à faire face à la vie. », « Vieillir apporte beaucoup de choses agréables. ») et celle de questions basées sur l'expérience et donc vraiment personnelles (exemples : « J'ai plus d'énergie que ce que j'espérais pour mon âge. » et « En vieillissant, je trouve qu'il est plus difficile de se faire de nouveaux amis. ») .

Il est essentiel d'insister auprès des participants sur le fait qu'il s'agit de répondre par rapport à leur vision de leur propre vieillissement. Durant nos entrevues dans le cadre de cette recherche, cette question a souvent été évoquée par les participants, que nous pouvions éclairer d'une manière adéquate expliquée ci-dessus.

Une autre limite à relever propre à l'échelle en elle-même à laquelle nous avons fait face durant nos rencontres était la tournure de certaines questions. Cet obstacle n'est pas mentionné pour la validation de l'AAQ en langue française, mais plusieurs fois des volontaires à notre recherche ont été perturbés pour les questions négatives comme « Mon identité ne se définit pas en fonction de mon âge. » et « Mes problèmes de santé physique ne m'empêchent pas de faire ce que je souhaite. ». Bien qu'il ne soit pas question ici de remettre en doute la validation de l'échelle (ces problématiques langagières de négation sont d'ailleurs aussi présentes en anglais), il est tout de même intéressant de noter cette gêne pour certains participants, et imaginer que certains n'ont simplement pas (osé) poser la question, pouvant remettre en l'occurrence leur réponse en doute. Les personnes ayant des niveaux scolaires moins élevés vivent probablement cela d'autant plus difficilement.

Une nouvelle limite à exprimer ici concerne aussi la passation de notre testing, et encore plus spécifiquement à notre protocole. Il s'agit de l'idée de s'imaginer recevoir un diagnostic, qu'il soit de cancer ou de grippe (nous pouvons tout de même penser que ce soit plus le cas pour le cancer). En effet, comment connaître notre manière de réagir face à une telle annonce. Nous pensons qu'il est très délicat d'affirmer qu'on répondrait d'une manière ou d'une autre quand nous ne vivons pas réellement un tel évènement.

Pour remédier à cela, une idée serait de rencontrer des personnes, patients en oncologie, et leur demander de repenser à leurs réactions quand leur diagnostic leur a été annoncé. Une autre solution serait d'annoncer réellement le diagnostic à des personnes qui ne le savaient pas. On imagine très facilement les limites éthiques à ces deux possibilités, qui seraient probablement impossibles à réaliser. Compte tenu de tout ceci, notre protocole est complet, et fonctionnel pour répondre à la question principale de notre recherche, bien que certains biais y soient présents, et inévitables.

2.3) Implications cliniques

Comme cela a été exprimé à plusieurs reprises dans notre travail, les conséquences des stéréotypes âgistes imprégnant le milieu dans lequel nous vivons, ainsi que la vision du vieillissement, renforcent l'impact d'un diagnostic de cancer sur l'âge subjectif des personnes. Peut-être parce que cancer rime aussi avec des réalités que la société associe par ailleurs à la vieillesse (maladie, traitements, dépendance, etc.) ?

Les personnes que nous avons rencontrées se sentent significativement plus âgées après avoir reçu ce diagnostic. Par ailleurs, l'impact de l'âge subjectif sur la santé physique et mentale des personnes a clairement été démontré (Westerhof & al, 2014, Levy & al, 2002, Rippon & Steptoe, 2018, etc.). La vision du vieillissement joue également un rôle central dans la manière d'appréhender l'avancée en âge et, comme nous l'avons démontré grâce à cette étude, sur la manière de gérer une annonce de diagnostic de cancer.

Plus les personnes vont percevoir le vieillissement négativement, et plus l'impact de ce diagnostic sera conséquent sur leur âge subjectif : ils se sentiront plus vieux.

Il est donc nécessaire de répandre des croyances positives liées à l'âge dans nos sociétés. En 2018, Levy & al ont élaboré une revue de la littérature prouvant que de telles croyances pouvaient aider à développer une meilleure santé et préserver de maladies comme les démences.

Les croyances positives liées à l'âge se montrent être, une nouvelle fois, un facteur de protection de santé sérieux, sur lequel il est bon de s'attarder et de travailler de concert avec les professionnels de santé (d'autant plus s'ils sont spécialisés dans le domaine du vieillissement). De fait, nos cultures âgistes prônant la jeunesse éternelle et redoutant le « coup de vieux » sont donc un facteur de risque conséquent à développer des problèmes de santé.

Notre recherche vient s'ajouter à l'ensemble de la littérature à ce sujet qui voit l'importance de déconstruire les stéréotypes âgistes et de mener un combat contre les idées reçues susceptibles de se répercuter sur les aînés et sur nos cultures en général. Ceci est vrai non seulement pour le bien vivre ensemble de toute la communauté mais plus particulièrement, au regard de notre étude, pour les patients en oncologie. Nous avons bien vu que les professionnels de santé de ce domaine, sont aussi vecteurs de discrimination âgiste (Madan & al, 2001 ; Schroyen & al, 2015 ; Wedding & Stauder, 2014, etc.).

Il est nécessaire, pour tous les professionnels de la santé, d'être préparés et formés adéquatement à l'accueil de personnes âgées. Pourtant, ce sont ces professionnels eux-mêmes qui sont le plus enclins à fabriquer et transmettre les stéréotypes âgistes (Adam, 2016).

Nous voyons la nécessité d'élaborer un cursus complet, dès l'amorce des études pour ces professionnels, et évidemment, dès l'amorce de la vie pour tout un chacun. Une idée serait de montrer les vrais chiffres, parfois étonnants qui concernent les représentations du troisième âge et plus. Comme cela a été fait pour le cours du professeur Adam (Adam, 2015) : demander et expliquer aux étudiants les pourcentages de personnes de plus de 65 ans vivant en institution, souffrant de dépression, se sentant seules, souffrant de problèmes auditifs, vivant des situations de dépendance, etc. nous pouvons imaginer que de telles mises en bouche, illustrées par la littérature scientifiques, seraient bienvenues au début de chaque cursus des travailleurs de la santé.

Ceci permettrait aux personnes vieillissantes de ne pas être considérées comme dépendantes, malades, en détresse, incompetentes (Adam, 2016)... et ipso facto, de ne pas se considérer elles-mêmes comme telles.

En plus d'éviter un grand nombre de problèmes de santé physique, cette idée de répandre des idées réalistes sur la vieillesse permettrait aux premiers concernés de ne pas ressentir davantage l'impact d'un diagnostic oncologique sur leur âge et santé subjective.

Nous avons pu exposer clairement que les personnes se sentent plus vieilles après avoir reçu un diagnostic de cancer. Nous avons aussi démontré que les personnes qui perçoivent le vieillissement négativement ont une différence d'âge subjectif d'autant plus importante : les participants se sentent plus vieux encore qu'ils perçoivent leur avancée en âge de manière négative.

Évidemment, et ce point découle de tout ce que nous avons évoqué, les personnes âgées devraient être incluses dans les essais cliniques, et pas mises à l'écart, ni rejetées de notre système de soins en oncologie. Les mêmes chances, informations et liberté de choix devraient être données à toutes et tous, pour bénéficier d'une reconstruction mammaire par exemple, ce qui n'est actuellement pas le cas. Le cancer est comme nous l'avons vu, une maladie plus répandue dans le troisième âge : la formation des professionnels de santé en oncologie devrait donc suivre cette logique.

Un autre élément essentiel à prendre en compte est le rôle déterminant de l'âge subjectif pour la santé des personnes âgées. Nous avons vu à plusieurs reprises que ces personnes âgées se sentaient en général plus jeunes que ce qu'elles ne sont au vu de leur âge chronologique (biais de rajeunissement). Ceci a pour conséquences une meilleure santé physique et mentale des personnes, l'inverse étant vérifié aussi : les personnes ayant un âge subjectif plus élevée que leur âge chronologique ont une moins bonne santé (Choi & DiNitto, 2014.).

Comme l'expliquent Rippon & Steptoe en 2018, l'évaluation de l'âge subjectif pourrait dès lors être une mesure utile et adéquate pour la détection des personnes âgées à risque, celles qui se sentent plus vieilles. D'autre part, ces auteurs montrent qu'intervenir auprès de ces personnes pourrait passer par le biais d'encourager celles-ci à adopter des attitudes positives au regard de leur avancée en âge et des comportements de santé adéquats.

Grâce à la mesure de l'âge subjectif, il pourrait être possible de déceler les personnes se sentant moins jeunes, d'induire chez eux des comportements de santé et attitudes positives sur le vieillissement.

Une étude de de Knoll & al (2004) montre que les personnes qui subissaient une opération de la cataracte se sentent plus âgées après celle-ci. Les éléments évoqués plus haut dans notre étude sur la fluctuation de l'âge subjectif au cours d'une vie (Montepare, 2009) confirment la tendance que l'âge subjectif peut avoir de se modifier.

Nous pourrions donc insister sur l'incitation à une vision positive du vieillissement et à des stéréotypes positifs sur l'avancée en âge pour protéger les personnes âgées en les faisant continuer à se sentir plus jeunes. Imaginer qu'il y a pire que soi comme situation de santé, que les personnes du même âge ont de moins bonnes capacités et/ou résultats pourraient être des moyens de protection chez les personnes âgées. Si un lien avec le cancer peut être fait, ce serait d'expliquer aux personnes diagnostiquées qu'elles ont au moins autant de chance de survie que les autres du même âge, et que, leur état de santé est meilleur que leur groupe de pairs.

VI. CONCLUSION

Nos résultats montrent un impact conséquent d'un diagnostic de cancer sur l'âge subjectif des personnes âgées de plus de 65 ans ; et ce, d'autant plus qu'ils perçoivent leur propre vieillissement négativement. Ces résultats confirment notre hypothèse principale.

Cependant, le fait de percevoir le cancer comme une maladie liée à l'âge ou non n'influence pas l'âge subjectif.

Des études futures pourraient utiliser une méthodologie plus poussée, avec des comparaisons entre groupes d'âges par exemple, pour confirmer et renforcer nos résultats. Il faudrait également sonder un échantillon de participants plus important et plus varié.

Les résultats obtenus : innovants et en lien avec la littérature sur les discriminations faites à l'encontre des personnes âgées et sur l'âge subjectif, sont d'une utilité particulière dans l'accompagnement des seniors cancéreux (déjà victimes d'une double stigmatisation).

En effet, nos résultats montrent bien que l'accompagnement de ces patients doit être réaliste et inclusif, mais non discriminant. De plus, une attention particulière doit être apportée au regard porté sur les personnes âgées, par les soignants eux-mêmes, qui sont davantage vecteur de stéréotypes âgistes et qui risquent dès lors de compromettre le suivi des personnes âgées en oncologie.

Nous devons donc insister sur l'idée qu'il faut impérativement changer nos visions de l'avancée en âge, et notre rapport aux aînés.

Ce mémoire visait à comprendre l'impact d'un diagnostic de cancer sur l'âge subjectif, et nous avons pu étayer la littérature avec des résultats significatifs, ainsi que faire un inventaire de différentes implications cliniques qui pourraient en découler.

VII. BIBLIOGRAPHIE

Abrams, D., Eller, A., & Bryant, J. (2006). An age apart: The effects of intergenerational contact and stereotype threat on performance and intergroup bias. *Psychology and Aging, 21* (4), 691-702. Doi:10.1037/0882-7974.21.4.691

Adam, S. (âgisme et jeunisme, 2015-2016). Aspects psychosociaux du vieillissement.

Adam, S. (2016). Conséquences de l'âgisme sur les attitudes de soin. Retrieved from <http://www.agisme.fr/>

Avis, N., Deimling, G. (2008). Cancer and aging: Challenges and opportunities across the cancer control continuum. *Cancer Supplement, 113* (12), 3519-3529. Doi:10.1002/cncr.23941

Barrett, A. E., & Gumber, C. (2018). Feeling Old, Body and Soul: The Effect of Aging Body Reminders on Age Identity. *The Journals of Gerontology: Series B, 75* (3), 625-629. Doi:<https://doi.org/10.1093/geronb/gby085>

Cheng, S. T., Fung, H., & Chan, A. (2007). Maintaining self-rated health through social comparison in old age. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 62* (5), 277-P285. Doi:<https://doi.org/10.1093/geronb/62.5.P277>

Choi, N. G., Di Nitto, D. M., & Kim, J. (2014). Discrepancy between chronological age and felt age : Age group difference in objective and subjective health as correlates. *Journal of Aging and Health, 26* (3), 458-473. Doi:<https://doi.org/10.1177/0898264314523449>

Colussi, A. M., Mazzer, L., Candotto, D., De Biasi, M., De Lorenzi, L., Pin, I., Pusiol, N., Romanin, C. & Zamattio, V. (2001). The elderly cancer patient: a nursing perspective. *Critical Reviews in Oncology/Hematology, 39*, 235-245. Doi:10.1016/S1040-8428(00)00116-5

Elkin, E., Kim, S., Casper, E., Kissane, D., & Schrag, D. (2007). Desire for information and involvement in treatment decisions : Elderly cancer patients' preferences and their physicians' perceptions. *Journal of Clinical Oncology, 25* (33), 5275-5280. Doi:10.1200/JCO.2007.11.1922

Ferlay, J., Steliarova-Foucher, E., Lortet-Tieulent, J., Rosso, S., Coebergh, J. W. W., Comber, H., Forman, D., & Bray, F. (2013). Cancer incidence and mortality patterns in Europe : Estimates for 40 countries in 2012. *European Journal of Cancer*, 49, 1374-1403. Doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.ejca.2012.12.027>

Guiot, D. (2001). Tendence d'âge subjectif: quelle validité prédictive? *Recherche et Applications en Marketing (French Edition)*, 16 (1), 25-43. Doi:[10.1177/076737010101600103](https://doi.org/10.1177/076737010101600103)

Hughes, M. L., Geraci, L., & De Forrest, R. L. (2013). Aging 5 years in 5 minutes: The effect of taking a memory test on older adults' subjective age. *Psychological Science*, 24 (12), 2481-2488. Doi:[10.1177/0956797613494853](https://doi.org/10.1177/0956797613494853)

Kastenbaum, R., Derbin, V., Sabatini, P. & Artt, S. (1972). « The ages of me » : Toward personal and interpersonal definitions of functional aging. *Aging and Human Development*, 3 (2), 197-211. Doi:[10.2190/TUJR-WTXK-866Q-8QU7](https://doi.org/10.2190/TUJR-WTXK-866Q-8QU7)

Kawakami, S., Arai, G., Ueda, K., Murai, Y., Yokomichi, H., Aoshima, M., & Takagi, K. (2001). Physician's attitudes towards disclosure of cancer diagnosis to elderly patients : a report from Tokyo, Japan. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 33, 29-36. Doi:[10.1016/s0167-4943\(01\)00099-1](https://doi.org/10.1016/s0167-4943(01)00099-1)

Knoll, N., Rieckmann, N., Scholz, U., & Schwarzer, R. (2004). Predictors of subjective age before and after cataract surgery: Conscientiousness makes a difference. *Psychology and Aging*, 19(4), 676-688. Doi:<https://doi.org/10.1037/0882-7974.19.4.676>

Laidlaw, K., Power, M. J., Schmidt, S. & the WHOQOL-OLD group. (2007). The attitudes to ageing questionnaire (AAQ) : development and psychometric properties. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 367-379. Doi:[10.1002/gps.1683](https://doi.org/10.1002/gps.1683)

Levy, B.R., Slade, M., Kasl, S., & Kunkel, S. (2002). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 261-270. Doi:[10.1037//0022-3514.83.2.261](https://doi.org/10.1037//0022-3514.83.2.261)

Levy, B. R., Slade, M., Pietrzak, R. H., & Ferrucci, L. (2018). Positive age beliefs protect against dementia even among elders with high-risk gene. *PLoS ONE*, 13 (2), 1-8. Doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191004>

Ling, C. H., Taekema, D., De Craen, A. J., Gussekloo, J., Westendorp, R.G., & Maier, A. B. (2010). Handgrip strength and mortality in the oldest old population: the Leiden 85-plus study. *The Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, 182 (5), 429-435.

Madan, A. K., Aliabadi-Wahle, S. & Beech, D. J. (2001). Ageism in medical students' treatment recommendations: The example of breast-conserving procedures. *Academic Medicine : Journal of the Association of American Medical Colleges*, 76 (3), 282-284. Doi:10.1097/00001888-200103000-00019

Marquet, M., Missotten, P., Schroyen, S., Van Sambeek, I., Van Den Akker, M., Van Den Broeke, C., Buntinx, F., & Adam, S. A validation of the French version of the Attitudes to Aging Questionnaire (AAQ): Factor structure, reliability and validity. *Psychologica Belgica*, 56 (2), 1-21. Doi:10.5334/pb.301

May-Levin, F., Di Palma, M., Piette, F. & Chaibi, P. (2009). Avoir un cancer après 70 ans. *La ligue contre le cancer, Recherche Information - Prévention - Dépistage Actions pour les malades et leurs proches*.

Montepare, J. M., & Lachman, M. E. (1989). "You're only as old as you feel": Self-perceptions of age, fears of aging, and life satisfaction from adolescence to old age. *Psychology and Aging*, 4 (1), 73-78. Doi:10.1037/0882-7974.4.1.73

Montepare, J. M. (2009). Subjective age : Toward a guiding lifespan framework. *International Journal of Behavioral Development*, 33(1), 42-46. Doi:<https://doi.org/10.1177/0165025408095551>

Palgi, Y., Ben-Ezra, M., Hamama-Raz, Y., Shmueli, E. & Shrira, A. (2013). The effect of age on illness cognition, subjective well-being and psychological distress among gastric cancer patients. *Stress Health*, 30, 280-286. Doi:10.1002/smi.2521

Palmore, E. (2001). The ageism survey: First findings. *The Gerontologist*, 41 (5), 572-575. Doi:<https://doi.org/10.1093/geront/41.5.572>

Reijmer, Y. D., Van Den Berg, E., De Bresser, J., Kessels, R. P. C., Kappelle, L. J., Algra, A., & Biessels, G. J. (2011). Accelerated cognitive decline in patients with type 2 diabetes : MRI correlates and risk factors. *Diabetes Metabolism Research and Reviews*, 27, 195-202. Doi:10.1002/dmrr.1163

Rippon, I., & Steptoe, A. (2018). Is the relationship between subjective age, depressive symptoms and activities of daily living bidirectional? *Social Science & Medicine*, 214, 41-48. Doi:<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.08.013>

Rothenbacher, D., Lutz, M. P., & Porzsolt, F. (1997). Treatment decisions in palliative cancer care: patients' preferences for involvement and doctors' knowledge about it. *European Journal of Cancer*, 33, 1184-1189. Doi:10.1016/S0959-8049(97)00034-8

Rubin, D. C. & Bernstein, D. (2006). People over forty feel 20% younger than their age: Subjective age across the lifespan. *Psychonomic Bulletin and Review*, 13 (5), 776-780. Doi:10.3758/bf03193996

Schroyen, S., Adam, S., Jerusalem, G., & Missotten, P. (2014). Impact de la double stigmatisation en oncogériatrie : état des lieux. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*, 12 (2), 131-138. Doi:10.1684/pnv.2014.0471

Schroyen, S., Missotten, P., Jerusalem, G., Gilles, C., & Adam, S. (2015). Ageism and caring attitudes among nurses in oncology. *International Psychogeriatrics*, 28 (5), 749-757. Doi:10.1017/S1041610215001970

Silay, K., Akinci, S., Ulas, A., Silay, YS., Akinci, MB., Ozturk, E., Canbaz, M., Dilek, I., & Yalcin, B. (2015). The myth of not disclosing the diagnosis of cancer : does it really protect elderly patients from depression ? *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 16 (2), 837-840. Doi:10.7314/APJCP.2015.16.2.837

Smith, B. D., Smith, G. L., Hurria, A., Hortobagyi, G. N., & Buchholz, T. A. (2009). Future of cancer incidence in the United States: Burdens upon an aging, changing nation. *Journal of Clinical Oncology*, 27, 2758-2765. Doi:10.1200/JCO.2008.20.8983

Statbel, La Belgique en Chiffres. (2018). Retrieved from <https://statbel.fgov.be/fr>

Stephan, Y., Caudroit, J., & Chalabaev, A. (2011). Subjective health and memory self-efficacy as mediators in the relation between subjective age and life satisfaction among older adults. *Aging & Mental Health*, 15 (4), 428-436. Doi:<https://doi.org/10.1080/13607863.2010.536138>

Stephan, Y., Chalabaev, A., Kotter-Grühn, D., & Jaconelli, A. (2012). "Feeling younger, being stronger": An experimental study of subjective age and physical functioning among older adults. *The Journals of Gerontology, Series B : Psychological Sciences and Social Sciences*, 68 (1), 1-7. Doi:10.1093/geronb/gbs037

Stephan, Y., Sutin, A. R., Luchetti, M., & Terracciano, A. (2016). Feeling Older and the Development of Cognitive Impairment and Dementia. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 72 (6).
Doi:<https://doi.org/10.1093/geronb/gbw085>

Stephan, Y., Sutin, A. & Terracciano, A. (2015). How old do you feel ? The role of age discrimination and biological aging in subjective age. *PLoS ONE*, 10 (3).
Doi:[10.1371/journal.pone.0119293](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0119293)

Stephoe, A., Deaton, A. & Stone, A. (2014). Subjective wellbeing, health, and ageing. *The Lancet*, 385, 640-648. Doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61489-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61489-0)

Tuckman, J. & Lorge, I. (1954). The influence of changed directions on stereotypes about ageing; Before and after instruction. *Educational and Psychological Measurement*, 14, 128-132. Doi:[10.1177/001316445401400111](https://doi.org/10.1177/001316445401400111)

Wedding, U. & Stauder, R. (2014). Cancer and ageism. *Ecancermedicalscience*, 8.
Doi:[10.3332/ecancer.2014.ed39](https://doi.org/10.3332/ecancer.2014.ed39)

Weiss, D. & Lang, F. R. (2012). "They" are old but "I" feel younger: Age-group dissociation as a self-protective strategy in old age. *Psychology and Aging*, 27 (1), 153-163.
Doi:[10.1037/a0024887](https://doi.org/10.1037/a0024887)

Westerhof, G. J., Miche, M., Brothers, A. F., Barrett, A. E., Diehl, M., Montepare, J. M., Wahl, H. W., & Wurm, S. (2014). The influence of subjective aging on health and longevity: A meta-analysis of longitudinal data. *Psychology and Aging*, 29 (4), 793-802.
Doi:<https://doi.org/10.1037/a0038016>

Wurm, S., Diehl, M., Kornadt, A., E., Westerhof, G. J., & Wahl, H.-W. (2017). How do views on aging affect health outcomes in adulthood and late life : Explanations for an established connection. *Developmental Review*, 46, 27-43. Doi:[10.1016/j.dr.2017.08.002](https://doi.org/10.1016/j.dr.2017.08.002)

Le cancer est une maladie très répandue, d'autant plus dans le troisième âge (Avis & Deimling, 2008) et l'âge subjectif ou âge ressenti est un prédicteur élevé de santé physique et psychologique : les gens se sentant plus âgés ont plus de symptômes dépressifs et même une longévité moindre (Stephan & al, 2013 et Westerhof & al, 2014).

Le but de ce mémoire était d'étudier et de comprendre l'impact direct d'un diagnostic de cancer sur l'âge subjectif des personnes âgées de plus de 65 ans, ce qui, à notre connaissance, n'avait encore jamais été analysé auparavant. Pour ce faire, nous avons rencontré 70 personnes de plus de 65 ans que nous avons aléatoirement divisées en deux groupes pour nos deux conditions : cancer (associé à l'âge) et grippe (pas associée à l'âge) et à qui nous avons fait passer une série de questionnaires.

Notre hypothèse de départ était que les personnes se sentiraient plus âgées après avoir reçu un diagnostic de cancer. Nous avons également voulu voir si la vision du vieillissement chez les participants aurait un impact supplémentaire sur leur âge subjectif.

Nos analyses ont montré qu'en effet les personnes rencontrées se sentent plus âgées après avoir reçu un diagnostic de cancer, davantage encore quand elles perçoivent le vieillissement de manière négative. Notre dernière hypothèse, à savoir que si les personnes percevaient le cancer comme une maladie liée à l'âge, alors elles se sentiraient encore plus âgées, n'a pas été démontrée statistiquement.