

Trois approches psychosociales du vieillissement. Identité, catégorisations et représentations sociales

Three psychosociological approaches of ageing. Identity, social categorization and social representations

PASCAL MOLINER
MICHÈLE IVAN-REY
JULIEN VIDAL

Laboratoire de psychologie :
"Psychopathologie
et Société" (EA4210),
Université Paul Valéry,
Montpellier
<pascal.moliner@univ-
montp3.fr>

Tirés à part :
P. Moliner

Résumé. Pour la psychologie sociale, le rapport du sujet à son environnement est constamment médiatisé par l'interaction à autrui. Cet article présente un ensemble de recherches sur le vieillissement qui adoptent cette posture épistémologique. Une première partie est consacrée aux travaux qui se focalisent sur l'identité du sujet âgé. La seconde partie présente des travaux qui s'intéressent à la catégorisation sociale des personnes âgées. Enfin, la troisième partie est consacrée aux recherches sur les représentations sociales liées au vieillissement. Sans prétendre à l'exhaustivité, cet article tente de montrer à des non spécialistes l'intérêt d'un regard psychosocial sur la question du vieillissement.

Mots clés : vieillissement, identité, catégorisation sociale, stéréotypes, représentations sociales

Abstract. According to social psychology, the relationship between the subject and his environment is constantly mediated by the interaction with others. This article presents a set of researches on ageing which adopt this epistemological approach. A first part is dedicated to studies which focus on the identity of the old subjects. The second part presents works that are devoted to social categorization of the aged. Finally, the third part is dedicated to researches on social representations of the aged. With no claim to exhaustiveness, this paper underlines the interest of a psychosocial approach of aging.

Key words: ageing, identity, social categorization, stereotypes, social representations

Cet article ne prétend pas offrir une revue exhaustive des recherches relatives aux questions de l'identité, de la catégorisation et des représentations sociales en lien avec le vieillissement. Il s'adresse avant tout à des non spécialistes de ces questions et ambitionne de présenter de façon simple ces trois cadres conceptuels, traditionnels en psychologie sociale, ainsi que leur application à l'avancée en âge.

Du point de vue des questions qu'il pose à la société, le vieillissement est un phénomène dont les contours sont relativement flous. D'abord parce qu'il concerne une part croissante de la population et qu'il appelle ainsi des réponses sociales qui restent probablement à inventer. Mais aussi parce que les mutations économiques, sociologiques ou technologiques qui ont affecté toute la seconde moitié du vingtième siècle et qui se poursuivent aujourd'hui, ont considérablement modifié le regard que nos sociétés portent sur le

vieillissement, la définition qu'elles en donnent et les pratiques qu'elles adoptent à son égard. A partir de quel moment est-on vieux ? Qui est vieux ? Qui ne l'est pas ? Voilà quelques exemples de questions apparemment banales qui masquent pourtant des réponses que l'on soupçonne complexes. On songe, bien sûr, à des indicateurs physiologiques ou cognitifs qui permettraient de réduire cette complexité. Pourquoi pas même à des indicateurs socio-économiques tels que la cessation d'activité professionnelle ? Mais on comprend très vite que ces indicateurs renvoient immanquablement à la subjectivité des personnes qu'ils affectent comme à celle des personnes qui les utilisent. Ce qui nous ramène finalement à un jeu complexe d'interactions entre l'individu et la société. Or, ce sont justement ces interactions qui constituent l'objet principal de la psychologie sociale.

En psychologie, il est usuel d'opérer une distinction entre le sujet et son environnement. Cette distinction

fournit un canevas binaire utile pour l'étude de nombreux phénomènes. A partir d'un tel canevas, on peut classifier ce qui relève des réponses (opérations perceptives, cognitives, opinions, etc.) et ce qui relève des *stimuli*, c'est-à-dire de l'environnement. Mais selon **Moscovici** [1], cette distinction réduit les phénomènes psychosociaux à des phénomènes psychologiques et les phénomènes sociaux à des phénomènes individuels. Cet auteur propose donc une approche fondée sur trois termes : **l'Ego, l'Alter et l'Objet**. Le premier correspond au **sujet individuel**. Le second peut être **semblable ou différent** du premier. Il peut s'agir d'un **individu ou d'un groupe**. Dans le cas d'un groupe, l'Ego peut en faire partie ou au contraire s'en distinguer. Enfin le troisième terme correspond à un **objet physique, social, réel ou symbolique**. A partir de ce schéma ternaire, on va considérer que **la relation des individus à leur environnement, leurs perceptions de cet environnement et les conduites qu'ils y déploient sont constamment médiatisées par les relations qu'ils entretiennent avec autrui**. De nombreuses recherches relatives à la problématique du vieillissement adoptent une telle posture épistémologique, même si certaines d'entre elles ne se situent pas dans le champ de la psychologie sociale. Par exemple, **Clément** [2, 3], s'intéressant à la qualité de vie des personnes âgées, insiste sur le fait que **l'évaluation d'un individu sur sa propre qualité de vie dépend, entre autres, des aspirations ou des idéaux du groupe social** auquel cet individu appartient. On se trouve donc en présence d'un **Ego évaluant divers aspects de son environnement en fonction de normes en vigueur dans un groupe d'Alter semblables**. Dans une autre direction, Durieux [4] s'interroge : « Et si la question de l'argent entre parents âgés et enfants n'était là que pour révéler la complexité de leur relation ? ». Citons enfin une recherche portant sur les **prédicteurs de l'adaptation au vieillissement** [5]. Les auteurs y démontrent **l'action déterminante de l'estime de soi**. Mais ils font aussi l'hypothèse d'une **détermination en partie sociale de ce processus**, puisque ce sont les personnes occupant les positions sociales les plus élevées qui manifestent la meilleure estime de soi.

A travers ces exemples, on voit que le schéma ternaire proposé par Moscovici [1] permet de décrire des problématiques de recherche relativement différentes les unes des autres, mais obéissant peu ou prou à la même structure. Dans cet article, nous commencerons par présenter des travaux qui se concentrent sur la personne âgée en tant qu'individu et qui s'organisent autour de la notion centrale d'identité. Nous décrirons ensuite des recherches organisées autour de la notion de groupe, qu'il s'agisse des personnes âgées elles-

mêmes ou de groupes Alter, en interaction avec les premières. Enfin, nous donnerons plusieurs exemples de recherches sous tendues par la notion de représentation sociale, qui illustrent comment la perception que les individus ont de leur environnement peut être modulée par les relations qu'ils entretiennent avec d'autres groupes sociaux.

L'identité du sujet âgé

Depuis les premières conceptualisations de la notion d'identité [6, 7], cette dernière a toujours été envisagée selon deux composantes : **l'identité personnelle et l'identité sociale**. L'identité personnelle renvoie à des **caractéristiques individuelles qui permettent à chacun de se différencier d'autrui**. Au contraire, l'identité sociale se fonde sur des **appartenances sociales et donc sur la similitude à autrui**. Peu ou prou, cette dualité est sous-jacente à toutes les théories psychosociales de l'identité [8], même si certaines accordent plus d'importance à un pôle plutôt qu'à un autre¹. Dans cette perspective, le **sentiment qu'éprouve une personne de sa propre identité résulte des perceptions qu'elle peut avoir de ses ressemblances et de ses différences à autrui**. Mais il résulte aussi **des perceptions qu'elle peut avoir de ses ressemblances et de ses différences à elle-même, à travers le temps**. Ces perceptions sont éminemment **subjectives** car elles dépendent de nos opinions, de nos jugements ou encore de notre histoire personnelle. Mais elles dépendent aussi des contextes dans lesquels elles s'opèrent et des changements vécus par les individus. De telle sorte que l'identité peut se concevoir comme un **phénomène à la fois subjectif et dynamique** [8]. Or, **l'avancée en âge s'accompagne de changements qui affectent tout autant les caractéristiques personnelles des individus** (physiques, cognitives, etc.), que certaines de leurs **appartenances sociales** (activités professionnelles). On peut donc s'attendre à ce qu'elle **provoque des changements identitaires que les individus tenteront de négocier au mieux**.

L'identité personnelle

Elle se caractérise largement par le concept du soi. Tout au long de la vie, les différentes composantes que sont la **représentation de soi, l'estime de soi et la représentation du contrôle vont évoluer au fur et à mesure des transformations de la vie et de l'environnement**,

¹ Précisons toutefois qu'aujourd'hui, la théorie de l'identité la plus citée dans les travaux de psychologie sociale en Europe est sans conteste la théorie de l'identité sociale proposée par Tajfel et Turner en 1979, théorie que nous décrivons plus loin (voir à ce propos les actes du 15^e congrès de l'European Association of Experimental Social Psychology, 2008).

bien que les individus aient le **sentiment d'une continuité**, de toujours rester la même personne.

- *La représentation de soi*

Elle peut être considérée comme un **processus adaptatif qui permet à tout individu de maintenir un équilibre psychologique et une intégration sociale malgré les changements qu'il subit**. Selon Markus [9], la représentation de soi est une **structure stable** qui pousse l'individu à **sélectionner les informations compatibles avec la représentation qu'il a de lui-même et délaisser les autres**. Mais, selon cet auteur, la pluralité des dimensions du moi permettrait l'adaptation aux différents changements liés au vieillissement. Toutefois, si les personnes âgées sont plutôt **égocentrées quant à leur sélection des informations** (état de santé, développement personnel...) [10], **l'adaptabilité de la représentation de soi due à l'âge est moindre et risque d'entraîner des difficultés adaptatives entre la représentation de soi et la réalité des conditions de vie de la personne vieillissante** [11].

De plus, aux **changements somatiques** viennent s'ajouter des **changements du positionnement dans le champ social**. La **perte de statut** due à la cessation de l'activité professionnelle ainsi que les bouleversements de la vie familiale dus au **départ des enfants** ne seront pas, non plus, sans conséquences sur la représentation de soi. Ainsi, par exemple, le **passage à la retraite** est une **période de restructuration du soi susceptible de fragiliser la personne âgée** [11].

On ne peut parler de la représentation de soi des personnes âgées sans observer la variable « âge » dont on pourrait supposer qu'elle a un effet délétère sur cette représentation. Pourtant la **dimension subjective de l'âge serait un facteur d'adaptabilité au vieillissement** [12]. Chez les personnes âgées, il existe un **décalage entre l'âge biologique et l'âge perçu**. En effet, les anciens **se sentent plus jeunes** que leur âge réel, ce qui aurait pour effet de favoriser une **meilleure représentation de soi**. En fait, l'âge affecterait peu les éléments de la représentation de soi ni même de l'estime de soi.

- *L'estime de soi*

Intimement liée à la représentation de soi, l'estime de soi traduit la **valeur qu'une personne s'accorde à elle-même** par rapport à ses capacités personnelles et à l'opinion que les autres lui renvoient sur elle.

Avec le vieillissement et la baisse des capacités physiques et cognitives qui l'accompagne, on peut supposer que le **rapport gain/perte étant défavorable** [13], **l'estime de soi du sujet âgé va diminuer**. En réalité, les résultats varient selon les études. Pour certains auteurs,

une **réorganisation du système cognitif protégerait l'estime de soi** [14] en **privilégiant les domaines d'activités dans lesquels les personnes maintiennent, voire améliorent leurs performances**. D'autres études confirment que ces mécanismes adaptatifs et protecteurs maintiennent l'estime de soi et le bien-être des personnes âgées [15]. Il existe ainsi un **paradoxe important entre une société qui véhicule une image négative de la vieillesse** (d'ailleurs partagée par les jeunes autant que par les personnes âgées elles-mêmes) et une **autoévaluation des personnes âgées qui relativise cette représentation**. La dernière période de la vie peut être une nouvelle **occasion de découverte de son propre potentiel, en s'investissant dans de nouvelles activités**. Mais une étude sur des personnes âgées vivant en service de long séjour **montre qu'une aide ponctuelle, justifiée, sur une épreuve d'habileté manuelle a tendance à dévaloriser les personnes ayant une faible estime d'elles-mêmes**, alors que celles qui ont une bonne estime de soi semblent valorisées par cette aide [16].

Une **bonne estime de soi serait un garant d'une meilleure adaptabilité au vieillissement**. Elle est d'autant plus prégnante que la personne âgée se trouve dans une **situation socio-économique favorable et occupe une position sociale élevée** [5].

- *La représentation du contrôle*

La représentation du contrôle est un processus intra-individuel dont les **conséquences** majeures sur la **qualité de vie, l'humeur et l'état général** de la personne âgée sont malheureusement trop peu connues et donc peu considérées dans leur prise en charge.

Rotter [17] en 1966 désigne cette notion par *Locus of control* (lieu de contrôle) c'est-à-dire la croyance généralisée dans le fait que les événements ultérieurs (ou renforcements) **dépendent soit de facteurs internes** (actions, efforts, capacités personnelles) soit de facteurs externes (personnages tout-puissants, destin, chance, hasard). Ainsi, on qualifie de contrôle interne **l'attitude de la personne qui s'attribue la responsabilité de ses comportements et de leurs conséquences** et de contrôle externe, l'attitude de celle qui attribue les conséquences à des facteurs extérieurs à elle-même, les **autres étant alors désignés comme source de pouvoir** [18]. Le degré d'internalité ou d'externalité varie selon les situations ou la personnalité propre des individus.

L'influence de cette variable de personnalité est surtout mise en avant pour son **impact sur la santé**, mais le questionnement sur la représentation du contrôle conduit à poser la problématique de l'autonomie et de sa représentation [19]. **La croyance que les personnes**

vieillissantes ont dans leur capacité à maîtriser les événements auxquels elles sont confrontées, revêt une importance capitale avec l'allongement de la durée de vie, l'éventualité de la dépendance et l'institutionnalisation.

Là encore, le déclin somatique et psychique forge l'hypothèse d'une évolution de l'internalité vers l'externalité, mais les études ne sont pas unanimes quant aux résultats. Il semble y avoir un plus grand sentiment de contrôle externe chez les sujets âgés [20], alors que la persistance du sentiment de contrôle interne serait un des facteurs favorisant un vieillissement réussi [21]. L'ensemble des recherches s'accorde pour considérer que l'internalité a des effets plutôt bénéfiques sur la santé physique et le bien-être émotionnel [22]. Selon Nurmi [23], l'apparente évolution vers l'externalité des personnes âgées serait plutôt consécutive à une évolution de leurs centres d'intérêt de domaines qu'ils contrôlaient lorsqu'ils étaient jeunes (activité professionnelle, éducation des enfants), vers des domaines qu'ils ne contrôlaient plus (santé, enfants devenus adultes...).

Pour les personnes en maison de retraite, garder des zones de contrôle a de grandes répercussions sur la qualité de vie. En 1976, Langer et Rodin [24] ont montré que le simple fait de s'occuper d'une plante verte améliorerait de façon significative la santé de personnes institutionnalisées. Toujours chez des sujets institutionnalisés, Schulz [25], la même année, a obtenu des résultats identiques en étudiant l'effet des visites sur la santé : les personnes qui étaient en mesure d'organiser et de contrôler ces visites en tiraient un bénéfice psychologique supérieur à celui des personnes qui ne pouvaient en contrôler ni le moment ni la durée. Restreindre l'autonomie et la capacité à décider pour soi entraîne une sensation de perte de l'efficacité propre et de la démotivation [26].

Ainsi, maintenir et restaurer un peu de contrôle pour redonner de l'autonomie et améliorer considérablement la qualité de vie, peut passer par des actions simples et peu coûteuses qui, malheureusement, s'opposent souvent aux habitudes de soin et à la pesanteur institutionnelle [20].

L'identité sociale : comparaison sociale et conformisme

Le concept d'identité sociale apparaît en 1979 avec Tajfel et Turner [27] qui en proposent une théorie. Pour eux, l'identité sociale se définit comme la résultante de la cognition des individus concernant leur appartenance sociale et la signification évaluative qu'ils font de cette appartenance. L'identité découle donc de

l'interaction soi/autrui, c'est-à-dire qu'elle se situe à l'intersection de processus psychologiques propres aux individus, du contexte et des situations sociales spécifiques dans lesquels ils sont insérés [28].

Pour toute personne, l'intégration dans un groupe est essentielle pour se construire une identité sociale et participe à la construction de soi [29]. On sait depuis Festinger [30], que les individus ont tendance à s'évaluer par des processus de comparaison à autrui, choisis généralement dans leur propre groupe d'appartenance, afin de maintenir une image positive d'eux-mêmes [31]. Par ailleurs, selon les promoteurs de la théorie de l'identité sociale [27], la valorisation du groupe d'appartenance peut aussi résulter de comparaisons intergroupes favorables.

Or, la simple dénomination de « personne âgée » désigne déjà un groupe d'appartenance, la catégorie à laquelle nous faisons référence et que la société nomme 3^e, voire 4^e âge. Selon la valorisation accordée par le sujet à ce groupe, le résultat de la comparaison sera très contrasté. Revoir les référents de comparaison et d'évaluation peut donc aider la personne âgée à retrouver une meilleure image d'elle-même. Chez les sujets âgés, la comparaison à un tiers plus performant risquant d'être dévalorisante, la comparaison la plus satisfaisante s'avère être le plus souvent le sujet lui-même à un âge antérieur [11]. En effet, avec l'âge, la perte de compétence n'est pas toujours significative et la comparaison à soi-même peut être tout à fait valorisante.

De façon plus générale, l'identité se construit à travers l'influence normative des groupes sociaux [6], ce qui signifie qu'appartenir à un groupe, c'est se conformer à ses normes et à ses valeurs. Les refuser, c'est prendre le risque d'être rejeté, d'être isolé. Mais si le fonctionnement normatif amène de la conformité intra-groupe [30], il peut aussi, dans l'éventualité d'une comparaison défavorable, amener de la différenciation à l'intérieur du groupe à partir de critères originaux de comparaison [32]. Cette conception fut reprise par Codol [33], pour qui un individu est tiraillé entre deux motivations : être conforme et être en même temps différent. Plus cet individu adhérerait aux normes de son groupe, plus la tendance à se distinguer des autres membres du groupe sera forte, Codol parlera d'effet PIP (*Primus Inter Pares*).

Ainsi, appartenir à un groupe soumet plus ou moins fortement les membres du groupe à des pressions normatives qui contraignent les personnes à modifier leurs comportements pour adopter ceux du groupe. C'est Asch [34] qui initia, en 1951, les travaux sur le confor-

misme. Depuis lors, conformisme et pressions sociales furent l'objet de très nombreuses études mais, comme pour les processus identitaires, les recherches concernant leur impact sur les personnes âgées sont encore peu nombreuses.

Les comportements normatifs changent au cours de la vie. Des études ont montré que vers 50 ans, on était beaucoup moins conformiste, car beaucoup moins sensible aux pressions sociales, que les sujets plus jeunes, mais cette tendance ne semble pas perdurer au cours du vieillissement. Pourtant, avec la libération des contraintes et la disparition de l'obligation de se concentrer sur les seules urgences de la vie active, les personnes vieillissantes devraient rester moins conformistes. Or, les seniors, aujourd'hui si courtisés par la société de consommation, subiraient comme tout le monde les pressions sociales et s'y conformeraient pour être de mieux en mieux intégrés socialement et retrouver une place que la cessation d'activité professionnelle leur a fait perdre.

Il est probable aussi que les systèmes de prise en charge des personnes âgées influent sur le glissement vers la conformité. En effet, les structures d'aide et de soins à domicile ainsi que le fonctionnement des maisons de retraite et des institutions, incitent à une homogénéisation qui accepte mal les particularités. Les personnes n'ont d'autres choix que de se conformer aux attentes positives que les institutions, source de pouvoir, émettent à leur égard [35]. Les plaintes somatiques peuvent alors être une forme de revendication identitaire [19].

La sensibilité accrue des personnes âgées aux pressions sociales, comparées à celle des sujets plus jeunes, pourrait s'expliquer par une moindre confiance en elles-mêmes qui les pousserait à privilégier les informations venant d'autrui plutôt que de recourir à leurs propres expériences passées [36]. Une explication possible serait l'influence néfaste du stéréotype négatif sur la perte des compétences liées à la vieillesse.

Les personnes âgées en tant que groupe social : catégorisation sociale et stéréotypes

Il est usuel et assez banal de parler des « vieux », des « personnes âgées » ou plus récemment des « seniors ». Ces dénominations ne sont pas les simples conséquences de l'utilisation d'une langue et d'un lexique. Elles renvoient aussi à un processus de catégorisation largement étudié en psychologie sociale.

Ce processus se définit comme l'activité mentale qui consiste à organiser et à ranger les éléments d'information - appelés données - qui sont collectés dans le milieu environnant [37]. La catégorie, produit de ce processus de classement, est donc un ensemble, cohérent et homogène, d'exemplaires rassemblés sur la base de leurs similitudes et disposant de traits plus ou moins partagés. Le processus de catégorisation est basé sur un principe d'économie cognitive car il permet d'appréhender le monde simplement. La catégorisation permet l'adaptation du sujet à son environnement et facilite certaines opérations mentales au niveau du stockage, du traitement et de la récupération de l'information par exemple grâce à l'inférence [38]. Lorsque la catégorisation quitte le domaine physique pour s'appliquer aux personnes, on parle de catégorisation sociale [39]. L'activité de catégorisation est à l'origine d'un phénomène d'assimilation [40, 41] qui conduit les individus à surestimer les ressemblances entre des exemplaires classés dans une même catégorie. Sur le plan cognitif, le phénomène d'assimilation revient à doter les différents exemplaires de la catégorie d'attributs semblables. Ce sont ces attributs, ces caractéristiques, qui constituent les stéréotypes, définis comme les caractéristiques personnelles, généralement des traits de personnalité, mais souvent aussi des comportements, d'un groupe de personnes [42]. Le plus souvent, les traits stéréotypiques que les membres d'un groupe attribuent aux membres d'un autre groupe sont négatifs. Ce phénomène peut s'expliquer à la lumière de la théorie de l'identité sociale (voir plus haut). En effet, attribuer des traits négatifs à une catégorie de personnes permet de réaliser des comparaisons favorables à soi. Enfin, dans bien des cas, les effets évaluatifs négatifs de la catégorisation sociale conduisent à la discrimination comportementale [43].

Il faut ici remarquer que la notion de stigmatisation, avancée par Goffman [44], synthétise plusieurs aspects de la catégorisation sociale et de ses effets. Elle recouvre, d'une part, des processus de stéréotypisation consistant à associer des traits négatifs à une catégorie de personnes comme, par exemple, la maladie mentale fréquemment associée au grand âge [45-47]. Mais elle englobe aussi des processus d'assignation catégorielle reposant sur l'utilisation de signes perceptibles. On sait, par exemple, que dans la catégorisation des personnes, l'un de principaux critères utilisés est l'âge [48]. Les travaux de Brewer [49, 50] témoignent que, s'il a le choix, l'individu utilisera préférentiellement l'âge comme élément de regroupement, probablement parce qu'il s'agit d'un critère aisément perceptible

(avec le sexe et l'origine ethnique). Enfin, parce que la stigmatisation place l'individu qui en est victime dans une situation dans laquelle quelque chose disqualifie et empêche d'être pleinement accepté par la société [44], renvoyant aux conséquences évaluatives et comportementales des processus précédents.

Les stéréotypes des personnes âgées

Les premiers travaux sur les stéréotypes à propos des personnes âgées, essentiellement descriptifs, visaient à mettre en place des outils de mesure et dégager les contenus associés aux personnes âgées [51]. Ils mettaient en avant des croyances qui apparaissaient dans un premier temps comme très homogènes et très négativement connotées. Mais les travaux qui ont suivi ont remis en question ces résultats et l'analyse qui en est faite par Lutsky [52] conclue en faveur d'une vision positive ou neutre associée à la vieillesse et aux personnes âgées, plutôt qu'à des traits négatifs. Il semble donc que les stéréotypes de la personne âgée soient plus complexes et plus variés qu'on ne le pensait [53]. C'est notamment le cas lorsqu'on occulte la question de la santé et que l'on demande, par exemple, aux sujets de se prononcer sur les personnes âgées en bonne santé. On va alors constater que coexistent, avec les catégories primaires générales, des sous-catégories, plus fines et plus utiles quotidiennement. Deux études sont, à ce propos, remarquables. La première [50] permet de dégager trois sous-catégories de personnes âgées : la grand-mère (vieux jeu, traditionnelle et bonne), le vieil homme d'État (autoritaire, conservateur, digne), le citoyen âgé (isolé, inquiet, faible). La seconde étude [54] propose d'augmenter encore davantage le nombre de sous-catégories possible : huit sous-types négatifs (abattu, légèrement handicapé, vulnérable, très handicapé, mégère, bourru, reclus, voisin bruyant, mendiant) et quatre sous-types positifs (conservateur, patriarche libéral, grand-parent parfait, sage).

Mais alors, si la perception sociale est catégorielle, quelle est la place des informations individuelles ? Cette question légitime trouve une réponse dans les travaux menés principalement par Fiske [55]. Ces travaux proposent de concevoir le jugement sur autrui sur un axe allant d'un jugement individualisé (traits personnels) à un jugement basé sur l'appartenance groupale (traits catégoriels), que l'on nomme continuum de Fiske : le continuum va d'un jugement strictement catégoriel, qui a la primauté, à un jugement spécifique qui n'intervient que sous certaines conditions [56]. Pour ce faire, les auteurs demandent à des sujets

de produire, entre autres, des portraits de « vieux » soit de façon générale, soit de façon précise et concrète. Les résultats montrent que les deux cas de figure sont très différents et si les personnes âgées sont globalement perçues de façon négative, elles le sont beaucoup moins, ou même de façon positive, lorsque les personnes interrogées doivent se prononcer sur des sujets concrets, plus proches d'elles, notamment en faisant référence à leurs grands-parents. Les deux modalités coexistent et tout se passe comme si les individus, en fonction de leurs motivations et de leurs ressources attentionnelles, étaient, à la fois, capables de mobiliser l'image « stéréotypée » générale de la personne âgée, négativement connotée (lorsque les motivations et les ressources sont faibles), et de faire appel à une image plus positive, plus chaleureuse, lorsqu'ils étaient motivés et/ou qu'ils en avaient les capacités attentionnelles. La négativité des traits associés aux personnes âgées est une donnée fréquente que l'on retrouve même avec des méthodes d'investigation plus récentes basées sur les processus automatiques ou implicites [57]. Il semble donc difficile de ne pas en tenir compte, malgré les travaux tendant à relativiser ce caractère. C'est d'ailleurs à partir du constat de cette négativité que l'on a pu parler d'« âgisme » [58, 59], c'est-à-dire d'une forme de racisme prenant les personnes âgées pour cible. On passe alors du versant évaluatif des stéréotypes au versant comportemental, conduisant à des comportements discriminatoires.

Les personnes âgées face à leurs stéréotypes

Comment les personnes âgées réagissent-elles face aux stéréotypes négatifs que leur renvoie la société ? Les groupes sociaux ne sont pas imperméables aux croyances qui leur sont associées et il paraît normal que les cibles directement concernées par ces jugements en aient connaissance. L'image de soi par les autres vient alors s'insérer dans le système de l'auto-perception de l'individu. Il est d'ailleurs assez fréquent de constater que certains groupes stigmatisés, comme semblent l'être les personnes âgées, adhèrent aux croyances véhiculées par les groupes dominants. Une publication fort intéressante porte directement sur cette question de la perméabilité entre images à propos des personnes âgées et images de soi par les autres [60]. Dans une autre recherche, Perrig-Chiello a interrogé 338 hommes et femmes âgés de 65 à 95 ans. Il a montré, tout d'abord, que plus les personnes étaient âgées, plus elles avaient tendance à se considérer plus jeune que leur âge effectif [15]. Ce décalage était d'ailleurs plus marqué chez les femmes qui situaient la vieil-

lesse près de 76 ans alors que les hommes estimaient ce passage à presque 73 ans. Ceci est en contradiction avec la vision extérieure (de la part des hommes vieux comme des personnes jeunes) qui considère les femmes beaucoup plus vite vieilles qu'elles ne le pensent elles-mêmes. Pour rendre compte de cette différence sexuelle, l'auteur avance une explication en termes biologiques en remarquant que l'arrêt de la fécondité est plus précoce chez les femmes que chez les hommes. Ce phénomène se retrouve également au niveau des croyances selon lesquelles, **alors que la vision extérieure juge les personnes âgées plus conservatrices, compliquées, faibles et passives qu'elles ne se jugent elles-mêmes, les sujets âgés vont, au contraire, dresser un portrait opposé.** On ne retrouve donc pas ici l'adhésion aux croyances négatives présentes dans le reste de la population comme nous pouvions le supposer mais, à l'inverse, une sorte de **compensation pour contrebalancer l'effet de ces traits négatifs. S'auto attribuer des traits compensatoires positifs est** une stratégie prévisible du point de vue de la théorie de l'identité sociale évoquée précédemment [27]. Parmi ces stratégies, il existe des **stratégies de créativité sociale** [61], par lesquelles les individus se donnent des **critères de comparaison originaux qui les avantagent lors de comparaisons sociales.** On trouve également, chez des sujets âgés, des stratégies allant jusqu'au **déni** de leur statut de vieux [62]. Enfin, on rencontre des **stratégies de sous catégorisation** visant à contrecarrer l'effet d'assimilation évoqué plus haut. Pour décrire leur groupe, les sujets âgés vont, par exemple, utiliser plus de sous-groupes (**perception plus différenciée et plus complexe**) que les sujets jeunes [63]. Pour ces différentes raisons, **l'écart entre auto perception et perception par autrui semble être assez important chez les personnes âgées.**

L'effet des stéréotypes

En **dépit des stratégies de résistance évoquées plus haut, l'existence de stéréotypes négatifs les concernant n'est pas sans conséquences** sur les personnes âgées elles-mêmes. Une récente étude, menée à l'aide d'entretiens chez près de 300 sujets âgés [64], rapporte que les **sujets qui ont connaissance des stéréotypes négatifs à leur égard sont ceux qui ont des niveaux d'estime de soi inférieurs aux autres et qui évaluent leur santé plus négativement.** L'âgisme lorsqu'il est perçu, l'est d'ailleurs quel que soit l'âge, le genre, le lieu de vie, le niveau d'éducation ou le statut marital.

Au-delà des croyances, l'effet des stéréotypes négatifs associés aux personnes âgées peut aller jusqu'à

modifier leurs comportements. C'est notamment le cas avec le **phénomène de menace du stéréotype.** Depuis longtemps [30, 65], on sait que **les comportements de l'individu peuvent être influencés par l'entourage, notamment en situation d'incertitude. L'effet Pygmalion² (ou Rosenthal) atteste également que les sujets se conforment parfois à l'opinion qu'on a d'eux** [66]. Cet effet, souvent bénéfique, peut cependant être problématique lorsque, comme nous l'avons vu pour les personnes âgées, cette opinion est négative. On peut alors parler dans ce cas **d'effet de menace du stéréotype** [67]. Dans les protocoles usuels d'étude de la menace du stéréotype [68], l'expérimentateur propose une tâche à des sujets dont on sait par ailleurs qu'ils sont victimes de stéréotypes négatifs sur leurs capacités intellectuelles. Cette tâche est présentée à un premier groupe comme évaluant les compétences cognitives (condition diagnostique) alors que rien n'est dit à un second autre groupe (condition non diagnostique). Les résultats montrent que, **dans la condition diagnostique, les performances sont plus basses que dans la condition non diagnostique.** Or, l'une des conséquences du vieillissement concerne sans doute les compétences cognitives, notamment les déficiences de la mémoire [69]. On sait d'ailleurs que les sujets jeunes **s'attendent avec fatalisme à cette dégradation** [70]. Mais, **qu'ils soient atteints ou non de problèmes mnésiques, les sujets âgés subissent le stéréotype de la perte de mémoire.** Et, lorsqu'ils sont **placés sous la menace de ce stéréotype, leurs performances décroissent significativement** [71, 72]. Il est même possible d'observer des **manifestations physiologiques suite à l'amorçage du stéréotype du sujet âgé** [73]. Cet effet est sous **dépendance culturelle** puisqu'on ne le retrouve pas dans des cultures dans lesquelles domine une **vision positive des personnes âgées, comme en Chine** [74]. Il est possible de réduire le poids de ce stéréotype négatif chez des sujets âgés en proposant, avant la tâche, un **amorçage positif de la personne âgée** [75]. **L'effet du stéréotype négatif diminue également** lorsque les sujets ont eu auparavant **des contacts positifs avec des personnes jeunes** [76]. Même si ces travaux tendent à relativiser l'effet du stéréotype sur les compétences ou les comportements des personnes âgées, une étude récente [77] montre que **même les sujets jeunes connaissent et peuvent être affectés par un amorçage du stéréotype de la personne âgée.** Dans

² Des enfants présentés comme ayant plus de probabilité d'avoir un excellent développement intellectuel auront effectivement des meilleurs résultats parce qu'ils **bénéficient inconsciemment d'un renforcement positif, mais aussi parce qu'ils se conforment à l'image qui leur est renvoyée d'eux.**

cette étude, on demandait aux sujets de décrire soit des personnes âgées soit des basketteurs, puis on relevait leurs performances dans une tâche de lancer d'un ballon de basket au panier. Bien qu'aucun participant ne suspectait le lien entre la phase d'activation du stéréotype par amorçage et la performance au lancé, **ceux chez qui on avait activé le stéréotype des personnes âgées voyaient leurs performances diminuer par rapport au groupe soumis à un amorçage du basketteur.**

Les représentations sociales associées au vieillissement

Les représentations sociales se définissent comme des **univers d'opinions [78] relatifs à divers aspects de notre environnement.** Elles correspondent à **une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social [79].** Elles sont le **moyen par lequel les individus et les groupes appréhendent la réalité en la réinterprétant,** conformément aux positions qu'ils occupent dans la société et aux intérêts qu'ils poursuivent. C'est pourquoi, on considère que les représentations sociales sont tout autant **constituées d'opinions que de croyances qui permettent de légitimer des pratiques sociales [80].** Selon le schéma ternaire évoqué dans notre introduction, nous dirons alors que la représentation qu'un groupe social élabore à propos d'un objet de son environnement est **étroitement liée à la relation que ce groupe entretient (ou souhaite mettre en place) avec un ou plusieurs autres groupes pertinents dans cet environnement.** Comme nous le verrons, cette finalité s'accompagne d'une **fonction identitaire.** Dans le cadre du présent article, nous évoquerons trois objets de représentation pour illustrer notre propos.

Vieillesse et dépendance

Ennuyer [81] s'est intéressé à la **représentation du vieillissement dans l'opinion française.** L'étude de cette représentation a été réalisée à partir de l'analyse détaillée d'articles de presse et de divers rapports d'experts, autant de **productions qui sont le fait de personnes actives et évidemment relativement jeunes.** L'auteur montre comment, à partir de la **fin des années 1980, se construit une nouvelle représentation sociale de la vieillesse.** L'acte de naissance de cette représentation correspond à la période dans laquelle la société française prend **conscience du problème démogra-**

phique auquel elle va être confrontée. On voit alors apparaître une **double image de la vieillesse qui oppose la retraite active à la vieillesse dépendante avec, d'un côté, l'autonomie et la liberté et, de l'autre, le besoin d'intervention extérieure et d'aide.** Bien évidemment, le passage du troisième au quatrième âge est alors perçu comme une donnée de nature. Mais, au fond, **ce n'est pas tant d'âge qu'il s'agit ici, mais bien plutôt de dépendance.** En effet, **c'est l'apparition de la dépendance qui marque l'entrée dans la vieillesse.** Et c'est finalement **la perte d'autonomie qui devient le signe véritable du vieillissement.** Mais quelle est la logique d'une telle élaboration ? Dans sa recherche, Ennuyer avance une hypothèse : **l'émergence de la notion de dépendance permettrait de justifier les pratiques d'hébergement en institution et finalement de ségrégation des anciens.**

Autonomie, santé et maladie

Depuis les travaux d'Herzlich [82], on sait que la notion de maladie est communément appréhendée aux travers de représentations sociales qui laissent une place prépondérante au rapport de l'individu à la société. Dans ces représentations, la maladie est prioritairement expliquée par des **causes exogènes liées à un mode de vie malsain, imposé par la société.** Ces causes exogènes viennent alors **perturber un corps naturellement sain.** A cette première explication naïve s'en ajoute une autre qui permet de rendre compte de l'inégalité des individus face à la maladie. Il s'agit de la notion de **terrain qui prédispose les uns à résister aux agressions extérieures ou qui favorise l'apparition de la maladie chez les autres.** Par ailleurs, **l'activité et la participation sociale,** qui s'opposent à l'inactivité et à l'exclusion, sont considérées à la fois comme **critères distinctifs de la santé et de la maladie et comme conséquences** de ces deux états de la personne. Outre son caractère explicatif, cette représentation remplit une **fonction identitaire** pour les personnes atteintes d'une pathologie. Elle **permet, en effet, d'éviter la responsabilité de l'individu quant aux causes de son état de santé.** Il est toujours possible d'attribuer un mode de vie malsain à une condition sociale que l'on ne peut éviter [83]. Ce qui permet aux personnes atteintes de pathologies de **préserver une image positive du soi.**

Bien que le travail d'Herzlich soit maintenant assez ancien, il est corroboré par des résultats plus récents. Qu'il s'agisse du **cancer du sein [84] ou de la schizophrénie [85], ce sont des facteurs exogènes, liés au mode de vie, ou endogènes, mais échappant à la responsabilité** de l'individu (hérédité), qui expliquent la

maladie. Pour ce qui concerne la santé en général, une enquête menée en 1992 [86], auprès de plus de 2 000 personnes, montre que 88 % des répondants désignaient une **alimentation équilibrée comme facteur d'amélioration de la santé**, 83 % désignaient la **réduction de la consommation d'alcool et de tabac**, 77 % la **réduction de la pollution**. En dehors de la question de la pollution, choisie par 63 % des plus de 70 ans (contre plus de 80 % chez les moins de 70 ans), on ne notait pas de différences liées à l'âge des sujets. Dans la même enquête, **les moins de 60 ans désignaient le travail comme étant une activité dont l'accomplissement est un signe de bonne santé**. Les répondants de plus de 60 ans n'étaient plus que 38 % à donner la même réponse. Mais ils étaient 68 % à penser que le déplacement dans le logement constitue un signe de bonne santé. Ce dernier résultat semble donc indiquer une **évolution de la représentation de la santé avec l'âge, associée à la participation sociale chez les plus jeunes et à l'autonomie chez les plus âgés**. Dans le même sens, Blaxter [87] constate que, **chez les personnes âgées, la santé ne se définit pas comme absence de maladie, mais plutôt en référence au maintien de capacités fonctionnelles permettant d'assumer des tâches domestiques**. C'est ce qui permet probablement d'expliquer que les personnes âgées manifestent une nette tendance à **surestimer leur propre état de santé** [88] ou leur autonomie au regard de tâches telles que la toilette ou l'habillement [89], **allant ainsi à l'encontre de l'association stéréotypée entre vieillesse et maladie** [90]. Concevoir la santé en termes d'autonomie permet de se considérer en bonne santé et **d'échapper finalement à la vieillesse**.

Qualité de vie

L'évaluation de la qualité de vie est un des domaines où les approches psychosociales se révèlent particulièrement pertinentes dans les recherches sur le vieillissement. Rappelons, en effet, que cette notion qui apparaît dans les **années soixante est d'abord associée à des indicateurs objectifs**, censés permettre **l'évaluation des conditions de vie** de personnes. Mais les premières grandes enquêtes réalisées aux Etats-Unis [91, 92] ont fait apparaître la nécessité **d'intégrer dans cette problématique la perception** que les personnes ont de leurs conditions d'existence ou de leur état de santé. La **prise en compte de cette subjectivité** montre notamment qu'au-delà de critères liés à la santé perçue, la notion même de qualité de vie fait l'objet de **définitions très vagues** dans la population, se résumant parfois au simple fait d'être heureux [93]. Plus précisément, diffé-

rents travaux suggèrent que chaque individu **élabore ses propres critères d'évaluation** [94, 95]. En d'autres termes, la **notion de qualité de vie ferait l'objet de représentations individualisées**. Pourtant, certaines recherches suggèrent qu'il pourrait s'agir de **représentations sociales**. Par exemple, Farquhar [96] a réalisé, en Angleterre, une enquête auprès de 204 personnes de 65 ans et plus (dont 68 ont plus de 85 ans), vivant dans leur domicile. Les répondants devaient évaluer leur qualité de vie à partir d'une première question très simple : **« Comment décririez-vous votre qualité de vie ? »**. On leur demandait ensuite de justifier cette première réponse, puis d'essayer d'identifier les facteurs susceptibles d'améliorer ou de dégrader leur qualité de vie. Les réponses recueillies ont fait l'objet d'un codage et d'une analyse de contenu. Les résultats de cette recherche mettent en évidence que la **possibilité de maintenir des contacts sociaux**, notamment avec les enfants et la famille, jouait un **rôle au moins aussi important dans l'évaluation de la qualité de vie des répondants qu'un état de santé satisfaisant**. Ainsi, lorsque les répondants étaient invités à indiquer les facteurs qui contribuaient à la qualité de leur vie, 59 % des plus de 85 ans et 66 % des 65-85 ans citaient les contacts sociaux avec la famille ou avec d'autres personnes. On rencontre donc ici des **consensus** importants qui suggèrent la **présence de dimensions collectives dans les représentations de la qualité de vie**. Dans une autre recherche [97], les auteurs sont partis d'une série d'entretiens de groupe, menés auprès de personnes de plus de 55 ans. Deux grandes questions leur étaient posées : **« Que signifie pour vous le terme Qualité de vie ? »** et **« Qu'est-ce qui concerne plus particulièrement les personnes âgées ? »**. Les réponses obtenues ont été classées en trois grandes catégories : **l'état de santé physique et mentale** ainsi que les **valeurs personnelles, les relations à l'environnement physique et social**, les activités. Ces catégories constituaient les fondements d'un questionnaire administré à 205 personnes âgées, d'une moyenne d'âge de 73 ans. L'aspect le plus remarquable des résultats obtenus est que **l'importance accordée à ces différentes dimensions dans l'évaluation de la qualité de vie ne dépendait pas de l'âge des sujets, mais du sentiment de contrôle que les individus éprouvaient dans chacun des domaines**. En d'autres termes, s'il existe des représentations sociales de la qualité de vie, ces **représentations s'individualisent** en fonction de dispositions intra-individuelles et probablement aussi en fonction de **processus identitaires visant à maintenir une image de soi positive**. Par exemple, O'Gorman [98] a constaté que les personnes âgées ren-

contrant un problème dans un domaine particulier (santé, situation matérielle, etc.) avaient tendance à considérer que leurs pairs avaient plus de problèmes qu'elles-mêmes dans ce domaine. On retrouve donc ici le processus de comparaison sociale évoqué plus haut. Par ailleurs, certains auteurs ont envisagé la possibilité d'un processus de « décalage des attentes » [99]. Selon ce processus, les personnes vieillissantes se conformeraient à un stéréotype selon lequel le niveau d'aspiration baisse avec l'âge, ce qui permet à l'individu d'adapter ses attentes à ses capacités. Enfin, comme nous l'indiquions déjà dans notre introduction, ces représentations sont modulées par les appartenances sociales des individus [2, 3].

Conclusion

Les recherches menées sur l'identité nous apprennent qu'elle est tout autant dépendante des valeurs et des croyances que l'individu associe à son groupe d'appartenance, que des comparaisons qu'il réalise avec autrui. Dans une autre direction, les travaux sur la catégorisation sociale et les stéréotypes suggèrent que les croyances concernant un groupe social peuvent avoir des répercussions sur l'identité, les comportements et les performances des individus. Enfin, les représentations sociales nous apparaissent comme des constructions dont les contenus sont modulés par les aspirations identitaires des individus et la logique des relations intergroupes. D'un point de vue théorique, on retrouve donc ici la structure ternaire évoquée au début de cet article. Mais cette schématisation conceptuelle des rapports entre identité, catégorisation et représentation sociales ne vise pas simplement à décrire les articulations entre des champs de recherche qui ont trop souvent été explorés séparément. Elle débouche aussi, selon nous, sur des conséquences méthodologiques. En effet, accepter le postulat des interactions réciproques entre identité, catégorisation et représentation sociales doit nous conduire à envisager des recherches simultanément focalisées sur ces trois ordres de phénomènes, à tout le moins des recherches qui tiennent compte de ce jeu d'interactions dans leurs modèles explicatifs. C'est, selon nous, une des conditions nécessaires à la compréhension de situations sociales complexes dont voici une illustration.

Sur la base d'observations systématiques, réalisées en institution, Baltes [100] a mis en évidence le caractère particulier des interactions entre les résidents et les

Points clés

- L'identité des individus est partiellement déterminée par les croyances qu'ils associent à leurs groupes d'appartenance et les comparaisons qu'ils réalisent par rapport à autrui.
- Les systèmes de catégorisation sociale et les stéréotypes relatifs à un groupe social ont des répercussions sur l'identité, les comportements et les performances de ses membres.
- Les représentations sociales sont des constructions modulées par les aspirations identitaires des individus et la logique des relations intergroupes.
- La prise en considération simultanée de ces trois ordres de phénomènes permet une meilleure compréhension de certaines situations sociales complexes liées à l'avancée en âge.

membres des équipes. En premier lieu, ces interactions étaient marquées par une absence de réciprocité. Les comportements des résidents ne déterminaient que rarement ceux des membres de l'équipe. Par ailleurs, ces interactions devenaient réciproques lorsqu'un résident manifestait un comportement de dépendance, par exemple pour se nourrir. Enfin, les renforcements positifs adressés par les membres de l'équipe à un résident ayant manifesté un comportement indépendant étaient aléatoires. A n'en pas douter, l'association vieillesse-dépendance dont nous parlions plus haut joue ici un rôle déterminant. On peut même dire qu'elle conduit les membres des équipes à renforcer la dépendance des résidents. Un regard rapide sur ce premier constat pourrait donc conduire à la conclusion que les relations entre résidents et membres des équipes sont médiatisées par une représentation de la vieillesse envisagée en termes de dépendance. Mais cette conclusion n'épuiserait pas toute la complexité de la situation étudiée. En effet, selon Baltes, le phénomène observé peut aussi s'analyser en terme de contrôle. En manifestant un comportement de dépendance, l'individu provoque l'interaction sociale dont il est le plus souvent privé. En d'autres termes, c'est une caractéristique individuelle, le sentiment de contrôle, qui conduit le sujet à instrumentaliser une représentation dont il se sait victime, dans le but de maintenir une relation à autrui jugée plus satisfaisante. Cet exemple illustre à nos yeux tout l'intérêt qu'il peut y avoir à intégrer la question des interactions entre identité, catégorisations et représentations sociales dans l'étude de certains problèmes soulevés par le vieillissement.

Références

1. Moscovici S. Introduction : Le domaine de la psychologie sociale. In: Moscovici S, ed. *Psychologie sociale*. Paris : Puf, 1984 : 5-22.
2. Clément S. Qualité de vie à la vieillesse : approches sociologiques. *Gérontologie et société* 1996(n° 78) : 29-38.
3. Clément S. Qualité de vie de la vieillesse ordinaire. *Prévenir* 1997 ; 33 : 169-76.
4. Durieux M. Argent et vieillissement en institution de retraite. Une approche psychologique. *Gérontologie et société* 2006 ; 177 : 173-82.
5. Alaphilippe D, Bailly N, Gana K, Martin B. Les prédicteurs de l'adaptation chez l'adulte âgé. *Année Psychol* 2005 ; 105 : 649-67.
6. James W. *Principles of psychology*. New York : Holt, 1890.
7. Mead GH. *L'esprit, le soi et la société*. (1re édition 1934). Paris : Puf, 1963.
8. Deschamps JC, Moliner P. *L'identité en psychologie sociale*. Paris : Armand Colin, 2008.
9. Markus M. Self schemata and processing information about the self. *J Pers Soc Psychol* 1977 ; 35 : 63-78.
10. Cross S, Markus H. Possible selves across the life span. *Hum Dev* 1991 ; 34 : 230-55.
11. Alaphilippe D, Bailly N. Evolution de la représentation de soi chez les personnes âgées. *Psychologie française* 1997 ; 42-4 : 355-64.
12. Gana K, Alaphilippe D, Bailly N. Réalité, illusion et santé mentale : l'exemple du biais de rajeunissement de soi chez l'adulte. *Revue internationale de psychologie sociale* 2002 ; 15 : 45-82.
13. Baltes P. The many faces of human aging : toward a psychological culture of old age. *Psychol Med* 1991 ; 21 : 837-54.
14. Brandtstädter J, Greve W. The aging self stabilizing and protective processes. *Dev Rev* 1994 ; 14 : 52-80.
15. Pierrig-Chiello P. Images sexuées de la vieillesse : entre stéréotypes sociaux et auto-définition. *Retraite et Société* 2001 ; 34 : 69-87.
16. Maintier C, Alaphilippe D, Constans T. Les effets d'une aide ponctuelle sur l'estime de soi des personnes âgées. *Revue de gériatrie* 1998 ; 23 : 523-6.
17. Rotter JB. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychol Monogr* 1966 ; 80 : 1-28.
18. Levenson H. Activism and powerful others. Distinctions between within the concept of internal-external control. *J Pers Assess* 1974 ; 38 : 377-83.
19. Alaphilippe D. Place de l'estime de soi et de l'internalité dans la définition identitaire chez les personnes âgées. *Bulletin de psychologie* 1996 ; 50 : 173-80.
20. Alaphilippe D. Contrôle et adaptation : une approche socio-psychologique du vieillissement. In: Bonardi C, Girandola F, Roussiau N, Soubiale N, eds. *Psychologie sociale appliquée : environnement-santé-qualité de vie*. Paris : In Press Editions, 2002 : 101-20.
21. Alaphilippe D. La représentation du contrôle chez les personnes âgées. *Bulletin de psychologie* 1995 ; 48 : 549-53.
22. Bruchon-Schweitzer M. *Psychologie de la santé : modèles, concepts et méthodes*. Paris : Dunod, 2002.
23. Nurmi JE, Pulliainen H, Salmela-Aro K. Age differences in adult's control beliefs related to lives goals and concerns. *Psychol Aging* 1992 ; 7 : 194-6.
24. Langer EJ, Rodin J. The effect of choice and enhance personal responsibility for the aged. A field experiment in an institutional setting. *J Pers Soc Psychol* 1976 ; 34 : 191-8.
25. Schulz R. Effect of control and predictability on the physical and psychological well-being of the institutionalised aged. *J Pers Soc Psychol* 1976 ; 33 : 563-73.
26. Alaphilippe D, Sautel L. Contrôle et dépression chez la personne âgée. *Pratiques psychologiques* 2000 ; 3 : 49-61.
27. Tajfel H, Turner JC. An integrative theory of intergroup conflict. In: Austin WG, Worchel S, eds. *The social psychology of intergroup relations*. Monterey (USA) : Brooks/Cole, 1979 : 33-48.
28. Deschamps JC, Morales JF, Paez D, Worchel S. *L'identité sociale : la construction de l'individu dans les relations intergroupes*. Grenoble : Pug, 1999.
29. Doise W, Lorenzi-Cioldi F. L'identité comme représentation sociale. In: Aebischer V, Deconchy JP, Lipiansky EM, eds. *Idéologie et représentations sociales*. Cousset : Delval, 1991 : 273-86.
30. Festinger L. A theory of social comparison processes. *Hum Relat* 1954 ; 7 : 117-40.
31. Tajfel H. Social categorisation, social identity and social comparison. In: Tajfel H, ed. *Differentiation between social groups*. Londres : Academic Press, 1978 : 61-76.
32. Lemaine G. Social differentiation and social originality. *Eur J Soc Psychol* 1974 ; 4 : 17-52.
33. Codol JP. On the so-called superior conformity of the self behaviour : twenty experimental investigations. *Eur J Soc Psychol* 1975 ; 5 : 457-501.
34. Asch SE. Effects of groups pressure upon the modification and distortion of judgements. In: Guetzkow H, ed. *Groups, leadership and men*. Pittsburg : Carnegie, 1951 : 177-90.
35. Doise W, Deschamps JC, Mugny G. *Psychologie sociale expérimentale*. Paris : Armand Colin, 1978.
36. Martin N, Alaphilippe D. Pressions sociales et vieillissement : le conformisme chez les sujets âgés. *Bulletin de psychologie* 2005 ; 58 : 447-54.
37. Sales-Wuillemin E. *La catégorisation et les stéréotypes en psychologie sociale*. Paris : Dunod, 2006.
38. Barsalou LW. *Cognitive psychology : an overview for cognitive scientists*. Hildale : Lawrence Erlbaum Associates, 1992.
39. Tajfel H. La catégorisation sociale. In: Moscovici S, ed. *Introduction à la psychologie sociale*. Paris : Larousse, 1972 : 272-302.
40. McGarty C, Penny REC. Categorization, accentuation and social judgment. *Br J Soc Psychol* 1988 ; 27 : 147-57.
41. Tajfel H, Wilkes AL. Classification and quantitative judgments. *Br J Psychol* 1963 ; 54 : 101-14.
42. Leyens JP, Yzerbyt V, Schadron G. *Stéréotypes et cognition sociale*. Bruxelles : Mardaga, 1996.
43. Tajfel H. Experiments in intergroup discrimination. *Sci Am* 1970 ; 223 : 96-102.
44. Goffman E, Kihm A. *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*. Paris : Les Editions de Minuit, 1975.

45. Depla M, de Graaf R, van Weeghel J, Heeren T. The role of stigma in the quality of life of older adults with severe mental illness. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005 ; 20 : 146-53.
46. Graham N, Lindsay J, Katona C, Manoel Bertolote J, Camus V, Copeland JRM, et al. Reducing stigma and discrimination against older people with mental disorders : a technical consensus statement. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003 ; 18 : 670-8.
47. de Mendonca Lima C, Levav I, Jacobsson L, Rutz W. Stigma and discrimination against older people with mental disorders in Europe. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003 ; 18 : 679-82.
48. Taylor SE, Fiske ST, Etcoff NL, Ruderman AJ. Categorical bases of person memory and stereotyping. *J Pers Soc Psychol* 1978 ; 46 : 489-502.
49. Brewer MB. A dual process model of impression formation. In : Srull TK, Wyer RS, eds. *Advances in social cognition*. Hillsdale : Erlbaum, 1988 : 1-36.
50. Brewer MB, Lui L. The primacy of age and sex in the structure of person categories. *Soc Cogn* 1989 ; 7 : 262-74.
51. Tuckman J, Lorge I. Attitudes toward old people. *J Soc Psychol* 1953 ; 37 : 249-60.
52. Lutsky NS. Attitudes toward old age and elderly persons. *Ann Rev Gerontol* 1980 ; 1 : 287-96.
53. Brubaker TH, Powers EA. The stereotype of "old": a review and alternative approach. *J Gerontol* 1976 ; 31 : 441-7.
54. Schmidt DF, Boland SM. Structure of perceptions of older adults; evidence for multiple stereotypes. *Psychol Aging* 1986 ; 1 : 255-60.
55. Fiske ST, Neuberg SL. A continuum of impression formation from category based to individuating processes : Influence of formation and motivation on attention and presentation. In : Zanna MP, ed. *Advances in experimental social psychology*. New-York : Guilford Press, 1990 : 1-74.
56. Leyens JP, Fiske ST. Modèles de formation d'impression. In : Leyens JP, Beauvois JL, eds. *L'ère de la cognition*. Grenoble : Pug, 1997 : 69-90.
57. Perdue CW, Gurtman MB. Evidence for the automaticity of ageism. *J Exp Soc Psychol* 1990 ; 26 : 99-102.
58. Butler RN. Age-ism : another form of bigotry. *Gerontologist* 1969 ; 9 : 243-6.
59. Butler RN. *Ageism. The encyclopedia of aging*. New York : Springer, 1987.
60. Butler RN. A disease called ageism. *J Am Geriatr Soc* 1990 ; 38 : 178-80.
61. Tajfel H. *Differentiation between social groups*. Londres : Academic Press, 1978.
62. Goldsmith RE, Heiens RA. Subjective age : a test of five hypothesis. *Gerontologist* 1992 ; 32 : 312-7.
63. Brewer MB, Dull V, Lui L. Perceptions of the elderly : Stereotypes as prototypes. *J Pers Soc Psychol* 1981 ; 41 : 656-70.
64. Macia E, Chapuis-Lucciani N, Boëtsch G. Stéréotypes liés à l'âge, estime de soi et santé perçue. *Sci Soc Sante* 2007 ; 25 : 79-86.
65. Schachter S, Singer JE. Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state. *Psychol Rev* 1962 ; 69 : 379-99.
66. Rosenthal RA, Jacobson L. *Pygmalion à l'école*. Paris : Casterman, 1971.
67. Steele CM, Aronson J. Stereotype threat and the intellectual test performance of African Americans. *J Pers Soc Psychol* 1995 ; 69 : 797-811.
68. Désert M, Croizet JC, Leyens JP. La menace du stéréotype : une interaction entre situation et identité ? *Annee Psychol* 2002 ; 102 : 555-76.
69. Hess T, Auman C, Colcombe S, Rahhal T. The impact of stereotype threat on age differences in memory performance. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2003 ; 58 : 3-11.
70. Bouchard RE, Kwang See S. Age-based beliefs about memory changes for self and others across adulthood. *J Gerontol Psychol Soc* 1993 ; 484 : 199-201.
71. Levy BR. Improving memory in old age through implicit self-stereotyping. *J Pers Soc Psychol* 1996 ; 71 : 1092-107.
72. Levy BR. Mind matters, cognitive and physical effects of aging self-stereotypes. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2003 ; 58 : 203-11.
73. Levy BR, Ryall AL, Pilver CE, Sheridan PL, Wei JY, Hausdorff JM. Influence of African American elders' age stereotypes on their cardiovascular response to stress. *Anxiety Stress Coping* 2008 ; 21 : 85-93.
74. Levy B, Langer E. Aging free from negative stereotypes : successful memory in China and among the American deaf. *J Pers Soc Psychol* 1994 ; 66 : 989-97.
75. Stein R, Blanchard-Fields F, Hertzog C. The effects of age-stereotype priming on the memory performance of older adults. *Exp Aging Res* 2002 ; 28 : 169-81.
76. Abrams D, Eller A, Bryant J. An age apart : the effects of intergenerational contact and stereotype threat on performance and intergroup bias. *Psychol Aging* 2006 ; 21 : 691-702.
77. Follenfant A, Lagal JB, Marie Dit Dinard F, Meyer T. Effet de l'activation de stéréotypes sur le comportement : une application en contexte sportif. *Eur Rev Appl Psychol* 2005 ; 55 : 121-9.
78. Moscovici S. *La psychanalyse, son image, son public*. Paris : Puf, 1961 (2e édition 1976).
79. Jodelet D. Représentations sociales : un domaine en expansion. In : Jodelet D, ed. *Les représentations sociales*. Paris : Puf, 1989 : 31-61.
80. Moliner P. Je pense, je sais, je crois. *Santé mentale* 2004 ; 93 : 24-8.
81. Ennuyer B. *Les malentendus de la dépendance*. Paris : Dunod, 2002.
82. Herzlich C. *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*. Paris : Mouton, 1969.
83. Corwell J. *Hard earned lives : accounts for health and illness from East London*. Londres : Tavistock, 1984.
84. Decruyenaere M, Evers-Kiebooms G, Welkenhuysen M, Denayer L, Claes E. Cognitive representations of breast cancer, emotional distress and preventive health behaviour : a theoretical perspective. *Psychooncology* 2000 ; 9 : 528-36.
85. Lobban F, Barrowclough C. Common sense representations of schizophrenia in patients and their relatives. *Clin Psychol Psychother* 2005 ; 12 : 134-41.
86. Ankri J, Henrard JC. Perceptions de la santé chez les personnes âgées. *Gerontol Soc* 1994(n° 71) : 101-6.
87. Blaxter M. *Health and lifestyles*. Londres : Routledge, 1990.
88. Coudin G, Paicheler G. *Santé et Vieillesse*. Paris : Armand Colin, 2002.
89. Caillot L. L'appréhension de la personne âgée dans les enquêtes statistiques. *Solidarité et Santé* 2003 ; 1 : 85-95.

- 90. Coudin G, Beaufils B. Les représentations relatives aux personnes âgées. *Actualité et Dossier en Santé Publique* 1997 ; 21 : 1-14.**
- 91. Liu B. Quality of life : concept, measure, results. *Am J Econ Sociol* 1974 ; 34 : 1-13.**
- 92. Campbell A, Convers PE, Rogers WL. *The quality of American life*. New York : Russell Sage Foundation, 1976.**
- 93. Hall J. Subjective measures of quality of life in Britain : 1971 to 1975. Some developments and trends. *Soc Trends* 1976 ; 7 : 47-60.**
- 94. Caiman KC. Quality of life in cancer patients – an hypothesis. *J Med Ethics* 1984 ; 10 : 124-7.**
- 95. Slevin ML, Plant H, Lynch D, Drinkwater J, Gregory WM. Who should measure quality of life, the doctor or the patient? *Br J Cancer* 1988 ; 57 : 109-12.**
- 96. Farquhar M. Eldery people's definitions of quality of life. *Soc Sci Med* 1995 ; 41 : 1439-46.**
- 97. Raphael D, Brown I, Renwick R, Cava M, Weir N, Heathcote K. Measuring the quality of life of older persons : a model with implications for community and public health nursing. *Int J Nurs Stud* 1997 ; 34 : 231-9.**
- 98. O'Gorman HJ. False consciousness of kind : pluralistic ignorance among the aged. *Res Aging* 1980 ; 2 : 105-28.**
- 99. Thomas WC. The expectation gap and the stereotype of the stereotype : Image of old people. *Gerontologist* 1981 ; 21 : 402-7.**
- 100. Baltes MM. *The many faces of dependancy in old age*. Cambridge : Cambridge University Press, 1996.**