

Ageism: The Quiet Epidemic

Michael J. Stones¹ and Lee Stones²

Pulitzer Prize winning author Robert Butler,¹ at a symposium on geriatric medicine in 1974, stated: "Those who think of old people as boobies, crones, witches, old fogies, pains-in-the-neck, out-to-pasture, boring, garrulous, unproductive, and worthless, have accepted the stereotypes of aging, including the *extreme mistake* of believing that substantial numbers of old people are in or belong in institutions. Medicine and the behavioural sciences have mirrored social attitudes by presenting old age as a grim litany of physical and emotional ills." Earlier, Butler coined the term *ageism* to refer to this bigotry against old people.² The purpose of this editorial is to comment on how much or how little society has succeeded in eradicating the ageism epidemic.

The hard evidence is that ageism has not been eradicated. Ageism takes positive and negative forms,³ with negative ageism being (in our experience) the more frequently encountered. In numerous talks at high schools in three provinces, we began by asking students basic questions about aging and the aged, such as, how many seniors reside in long-term care facilities. More than four students in five estimated that 90% of seniors live in institutions. This estimate is grossly inflated, given recent figures that about 5-10% of Canadian seniors live in collective facilities.⁴ However, the frequency of error is not so different from that found among American undergraduates in the 1970s, of whom 75% overestimated the proportion of institutionalized seniors in the U.S.⁵ Apparently, senior Canadian high school students today are no better informed

about the living arrangements of the elderly than American undergraduates of two decades ago.

Unfortunately, the errors made by the students were not confined to issues of housing for the aged. They also overestimated the proportions of older people with cognitive and physical illness, the magnitude of normal age changes, the frequency of traffic accidents involving the elderly, etc. What did they say was the main source of these misperceptions? Simply that no educator at any time during their school careers had given them the smallest smidgen of information about aging and the elderly. The prevailing educational philosophy in Canada and the U.S.⁶ seems to be that ignorance about later life counts for nothing.

But what about our universities: Are their students better informed today than in an earlier era?

Indications are that students at Canadian universities are no better informed than high school students unless they have taken courses on gerontology. Undergraduates at two Canadian universities were regularly given a brief Facts on Aging Quiz⁵ at the beginning of introductory gerontology courses. The aggregate errors by students without previous exposure to gerontology were of similar magnitude to those made by American students 20 years ago. Much more shocking were responses by students in a Masters of Social Work (MSW) program to a question about the proportion of older people (i.e., past age 65 years) with cognitive symptoms of senility (e.g., dementia). Their estimates ranged from 20-80%, with the majority of students stating that the majority of seniors are cognitively impaired. The true population prevalence for dementia among Canadians aged 65

years and older is 8%.⁷ The error rates for the MSW students were much higher than those by American undergraduate and graduate students,⁵ of whom 7% and 0% thought a majority of seniors to be senile. We assume that the MSW students made more errors than other groups because many or most of their previous clients were cognitively impaired. But what a sorry state of affairs that students in a social health program are so badly and so sadly uninformed.

Experimental research has shown that impressions of age alone can contribute to a negative evaluation,⁸ despite earlier claims that evidence of ageism was exaggerated.⁹ But do such stereotypes make a difference to how older people are treated? There is evidence that some policy makers and health practitioners may be blind to the implications of ageism.

Lubomudrov¹⁰ examined congressional misperceptions about the elderly used to influence legislative processes in the U.S. The author identified negative (e.g., the elderly are poor, frail, ill-housed, prone to accident, disengaged, etc.) and positive stereotyping (e.g., the elderly are relatively well off, mature, amiable, politically potent, etc.). Both forms treat older people as a homogeneous population, despite abundant evidence to the contrary. Legislation can convey ageism, more often because of benign neglect or indifference than active antagonism. We will use the example of the Newfoundland Human Rights Code, not only because it is more ageist than most other provincial codes in Canada, but because it is the one with which we are most familiar.

The preamble to the Newfoundland Human Rights Code recognizes "the inherent dignity" and the "equal rights" of all people, and states that "human rights should be protected by the rule of law."

1. Department of Health Studies and Gerontology, University of Waterloo, Waterloo, ON; and University Institute of Social Gerontology of Quebec, Québec
 2. Gerontology consultant, Kitchener, ON

But seniors are excluded from the Code because it was drafted around precepts of forbidden grounds for discrimination, and age in Newfoundland is not a forbidden ground for discrimination in sections dealing with the following rights: 1) admission and services in public places; 2) occupation of commercial and dwelling units; 3) harassment of occupants; 4) harassment in an establishment; and 5) discriminatory publications. Consequently, it is possible to deny seniors access to public places or private dwellings, to deny them service, to harass them, or to write disparagingly about them, and still not violate the Newfoundland Human Rights Code. Successive Newfoundland governments failed to address these deficiencies, despite vigorous advocacy by various associations that clamored for correction.

We recently wrote a book called *Sex May be Wasted on the Young*,¹¹ which cited abundant evidence that ageism in sexual attitudes is invisible precisely because it is so prevalent. We are reminded of a letter to Canada's national newspaper, not so long ago, decrying a statement by the then Archbishop of Canterbury rebuking the Anglican church for acting like a "feeble old woman." The irate letter was signed on behalf of the Department of Divinity at one of Canada's foremost universities, protesting about the sexism in the Archbishop's phrasing. That the phrasing is not less ageist than sexist completely escaped the attention of the signatories.

Ageism in health care is no longer an invisible issue. Dr. Hanneke van Maanen of the Netherlands explained the roots of ageism in medicine to the Canadian Medical Association: "This is the crux of the problem. Acute medical care is glamorous. Care for the chronically ill and vulnerable ... does not provide the glamour of high-tech care."¹² At the same conference, an activist, Madeline Honeyman, summarized medical attitudes as follows: "It has become fashionable to refer to old people as a problem."

Robert Butler wrote in *Why Survive? Growing Old in America*¹³ of a policy of *pacification*: the overuse in institutions of psychotropic drugs instead of "decent,

humane attention through diagnosis and careful treatment." Have our long-term care facilities progressed since Butler wrote those words 20 years ago? Recent international comparisons show Canadian long-term care institutions do not use pharmacological restraint more frequently than those in other countries, but are among the highest users of physical restraint.¹⁴

In contrast to a previous era, academic and professional research is now near the forefront of the fight against ageism. A model guiding much cutting-edge research is that of *successful aging*,¹⁵⁻¹⁷ which has replaced earlier models that attempted to map the dimensions of age deterioration through the flawed methodology of cross-sectional design. Successful aging shows similarities with health promotion and illness prevention paradigms that emphasize the identification of factors that promote autonomy and quality of life. It is of no small significance that three articles in this issue relate directly to issues in successful aging (Mangham & Viscount on physical activity; Jones et al., and Bogan on nutrition). Two other papers focus on the effectiveness of screening (Mercer et al.) and prioritization (Courtright et al.), both of which topics fall broadly within a treatment effectiveness paradigm. Hill and colleagues report on the prospective effects of prior cognitive status on mortality, and Wade and Cairney re-examine the relationship of age and depression using cross-sectional survey data. None of the studies exemplify an ageist agenda of treating old age as a problem that requires mapping and remediation.

To conclude this editorial, we shall reaffirm the statement by Palmore¹⁸ that "those with more knowledge [about aging] tend to have less negative and more neutral attitudes." Misperceptions about the elderly abound in schoolchildren, among undergraduates, and even among graduate students in health-related professions without curriculum exposure to gerontology. Ignorance contributes to prejudice. Ageism affects the rights and treatment of older people, and their quality of life. Education may be at the beginning of an answer to the question of how to eradicate the con-

tinuing quiet epidemic of ageism. What do associations such as the Canadian Public Health Association and the Canadian Association on Gerontology do to promote the inclusion of basic gerontological content in the curriculum of our schools? What should they do? What are their responsibilities? Surely it is better to nip incipient ageism in the bud than to follow the path of our predecessors who allowed such bigotry to become so institutionalized within our culture as to be all but invisible.

REFERENCES/BIBLIOGRAPHIE

1. Butler RA. Successful aging and the role of the life review. In: Zarit SN (Ed.), *Readings in Aging and Death: Contemporary Perspectives*, 2nd ed. New York, NY: Harper & Row, 1977;13-19.
2. Butler RA. Age-ism: Another form of bigotry. In: Zarit SN (Ed.), *Readings in Aging and Death: Contemporary Perspectives*, 2nd ed. New York, NY: Harper & Row, 1977;132-34.
3. Palmore EB. *Ageism: Negative and Positive*. New York, NY: Springer, 1990.
4. Eliot G. *Facts on Aging in Canada*. Hamilton: McMaster University, 1996;62-63.
5. Palmore EB. Facts on aging: A short quiz. In: Zarit SN (Ed.), *Readings in Aging and Death: Contemporary Perspectives*, 2nd ed. New York, NY: Harper & Row, 1977;1-6.
6. Couper DP. What's wrong with this picture? Aging and education in America. *Aging Today* 1994; Sept/Oct: 3.
7. Canadian Study of Health and Aging Working Group. Canadian Study of Health and Aging: Study methods and prevalence of dementia. *Can Med Assoc J* 1994;150:899-913.
8. Levin WC. Age stereotyping: College student evaluations. *Research on Aging* 1988;8:134-48.
9. Schonfield D. Who is stereotyping whom and why? *Gerontologist* 1982;22:267-72.
10. Lubomudrov S. Congressional perceptions of the elderly: The use of stereotypes in the legislative process. *J Gerontol* 1987;27:77-81.
11. Stones L, Stones MJ. *Sex May be Wasted on the Young*. North York: Captus Press, 1991.
12. Canadian Medical Association. Challenges and changes in the care of the elderly. Ottawa: CMA, 1991.
13. Butler RA. *Why Survive: Growing Old in America*. New York, NY: Harper & Row, 1975.
14. Mitchell L. Unpublished MA thesis, University of Waterloo, 1997.
15. Rowe JW, Kahn RL. Human aging: Successful and unsuccessful. *Science* 1987;237:143-49.
16. Stones MJ, Kozma A, Hannah TE. Individual differences in aging: The distinction between usual and successful aging. In: Howe ML, Stones MJ, Brainerd CJ (Eds.), *Cognitive and behavioral performance factors in atypical aging*. New York, NY: Springer-Verlag, 1990.
17. Pelmutter M (Ed.). *Late life potential*. Washington, DC: The Gerontological Society of America, 1991.
18. Palmore EB. *The Facts on Aging Quiz: A Handbook of Uses and Results*. New York, NY: Springer, 1988.

L'âgisme : l'épidémie silencieuse

Michael J. Stones¹ et Lee Stones²

L'écrivain Robert Butler,¹ lauréat du Prix Pulitzer, a un jour déclaré à l'occasion d'un colloque de médecine gériatrique en 1974 : «Tous ceux qui pensent que les personnes âgées sont rasoir, que ce sont de vieilles taupes, des sorcières, des vieux ringards, des emmerdeurs, des personnes dépassées et ennuyeuses, qui marmonnent tout le temps, sont improductives et ne valent pas grand-chose, sont tombés dans le piège des stéréotypes de la vieillesse, commettant l'erreur gravissime de croire qu'un grand nombre de nos aînés sont institutionnalisés ou méritent de l'être.» «La médecine et les sciences du comportement n'ont fait que reprendre les attitudes sociales en présentant la vieillesse comme une triste litanie de maux et malaises physiques et émotionnels.» Peu de temps auparavant, Butler avait inventé la notion d'*âgisme* pour parler de ce sectarisme à l'encontre des aînés.² Dans cet éditorial, nous nous proposons d'évaluer dans quelle mesure la société est parvenue ou non à éradiquer cette épidémie d'âgisme.

Il existe des preuves que l'âgisme n'est pas mort. Il revêt des formes positives et négatives,³ ces dernières étant (d'après notre expérience) les plus fréquentes. Lors de nombreux entretiens dans des écoles secondaires de trois provinces, nous avons commencé par poser aux étudiants des questions générales sur le vieillissement et sur les personnes âgées comme combien d'aînés, d'après eux, résidaient dans des établissements de soins de longue durée. Plus de quatre étudiants sur cinq ont estimé que c'était le cas de 90 % des personnes âgées. Cette estimation est largement au-dessus de la réalité puisque, selon les dernières statistiques, de 5 à 10 % seulement des personnes âgées vivent dans des établissements collectifs.⁴ Toutefois, ce

taux élevé d'erreur n'est guère différent de celui constaté dans les années 1970 chez des étudiants de premier cycle aux États-Unis, dont 75 % avaient surestimé la proportion de personnes âgées en institution dans ce pays.⁵ De toute évidence, les étudiants canadiens du secondaire ne sont pas mieux informés à l'heure actuelle des modalités de logement des aînés que ne l'étaient leurs homologues américains il y a vingt ans.

Malheureusement, les erreurs commises par les étudiants n'ont pas été limitées aux questions de logement des personnes âgées. En effet, ils ont également surestimé la proportion d'entre elles souffrant de maladies physiques et de déficiences cognitives, l'ampleur des changements normalement associés à l'âge, la fréquence des accidents de la route causés par des personnes âgées, etc. Et quelle raison ont-ils principalement donnée pour expliquer ces erreurs d'appréciation? Tout simplement que jamais un éducateur, à aucun moment au cours de leur scolarité, ne leur avait dit un traître mot du vieillissement et des personnes âgées. L'attitude qui semble la plus répandue dans les milieux scolaires américains et canadiens est de penser que l'ignorance des étudiants en matière de vieillesse n'a aucune importance.

Mais que dire de nos universités : les étudiants sont-ils mieux informés aujourd'hui que ne l'étaient leurs prédécesseurs?

Tout semble porter à croire que les étudiants qui fréquentent les universités canadiennes ne sont pas mieux informés que les étudiants du secondaire, à l'exception de ceux qui ont suivi des cours de gérontologie. Ainsi, dans deux universités canadiennes, il a été demandé aux étudiants de premier cycle de remplir un questionnaire sur le vieillissement au début des cours de gérontologie. Le total des erreurs faites par les étudiants sans connaissance de la gérontologie s'est avéré aussi élevé que celui des

étudiants américains vingt ans plus tôt. Plus choquantes encore ont été les réponses données par des étudiants inscrits en maîtrise de travail social au sujet de la proportion de personnes âgées (soit de plus de 65 ans) manifestant des symptômes cognitifs de sénilité (comme la démence). Leurs estimations variaient entre 20 et 80 %, la plupart d'entre eux affirmant que la majorité des aînés souffrent de déficiences cognitives. La prévalence réelle de la démence au sein de la population canadienne âgée de 65 ans et plus est en réalité de 8 %.⁷ Le taux d'erreur des étudiants en maîtrise de travail social était bien plus élevé que celui des étudiants américains de premier et deuxième cycles,⁵ dont 7 % (dans le premier cycle seulement) avaient estimé que la majorité des personnes âgées étaient séniles. On suppose que ces étudiants en maîtrise de travail social ont fait plus d'erreurs que les autres parce qu'un grand nombre, voire la plupart, de leurs anciens clients étaient atteints de troubles cognitifs. Il n'empêche qu'il est bien désolant et attristant de constater que des étudiants poursuivant des études en santé sociale soient si mal informés.

La recherche expérimentale a montré que les impressions suscitées par l'âge seul peuvent contribuer à une évaluation négative,⁸ même si ses résultats ont été décriés comme des preuves exagérées de manifestation d'âgisme.⁹ Mais peut-on dire que ces stéréotypes n'influencent pas la façon dont les personnes âgées sont traitées? On dispose de preuves que certains décideurs et praticiens de la santé restent aveugles aux répercussions de l'âgisme. Ainsi, Lubomudrov¹⁰ a examiné les idées fausses entretenues par les membres du Congrès des États-Unis au sujet des aînés, et comment elles avaient été utilisées pour influencer le processus législatif aux É.-U. Il a notamment identifié les stéréotypes négatifs (par ex., les personnes âgées sont pauvres, fragiles, mal logées, prônes aux accidents, pas concernées, etc.) et positifs (par

1. Département d'études sur la santé et de gérontologie, Université de Waterloo, Waterloo, ON; et Institut universitaire de gérontologie sociale du Québec, Québec

2. Consultant en gérontologie, Kitchener, ON

ex., les personnes âgées sont relativement à l'aise, sages, aimables, potentiellement puissantes au plan politique, etc.). Dans les deux cas, les aînés sont vus comme constituant une population homogène en dépit de toutes les preuves du contraire. Pour sa part, la législation peut être à l'origine de l'âgisme, plus souvent pour des raisons de simple négligence ou d'indifférence plutôt que d'antagonisme délibéré. Pour preuve, nous avons choisi de prendre le Code des droits de la personne de Terre-Neuve parce que l'âgisme y est plus prononcé que dans tous les autres codes des provinces canadiennes, et parce que c'est celui avec lequel nous sommes le plus familiers.

Dans son préambule, le Code de Terre-Neuve reconnaît «la dignité inhérente» et «l'égalité des droits» de tous les individus et déclare que «les droits de la personne doivent être protégés par le principe de la légalité.» Mais les aînés en sont exclus car le Code a été rédigé sur la base des motifs interdisant la discrimination et, à Terre-Neuve, l'âge ne fait pas partie de ces motifs dans les articles portant sur les droits suivants : 1) admission et services dans un lieu public; 2) occupation d'un local commercial ou d'habitation; 3) harcèlement des occupants; 4) harcèlement dans un établissement; et 5) publications discriminatoires. En conséquence, il est tout à fait possible d'interdire aux personnes âgées l'accès dans un lieu public ou dans un local d'habitation, de refuser de les servir, de les harceler, ou de les dénigrer dans des écrits, tout cela sans jamais enfreindre le Code des droits de la personne de Terre-Neuve. Les gouvernements successifs de Terre-Neuve n'ont pas réussi à combler ces carences en dépit des vigoureux efforts de protestation et des demandes de correction de la part de diverses associations.

Nous avons récemment écrit un livre intitulé *Sex May be Wasted on the Young*,¹¹ dans lequel nous citons d'abondantes preuves que l'âgisme dans les attitudes sexuelles est invisible, justement parce qu'il est si prévalent. On se souviendra aussi d'une lettre envoyée, il n'y a pas si longtemps, à un grand journal canadien pour protester contre une déclaration de l'archevêque de Canterbury de l'époque, lequel accusait l'église Anglicane de se comporter comme «une vieille femme frêle». La lettre fulmi-

nante était signée au nom du Department of Divinity de l'une des plus importantes universités canadiennes, pour protester contre le sexisme contenu dans la phrase de l'archevêque. Que la phrase ait été non moins âgiste que sexiste a complètement échappé à l'attention des signataires!

Dans le secteur des soins de santé, l'âgisme n'est plus un problème invisible. Le docteur Hanneke van Maanen des Pays-Bas a expliqué à l'Association médicale canadienne, dans les termes ci-dessous, les causes de l'âgisme constaté dans le milieu médical : «Tout le problème vient de ce que les soins actifs, de courte durée, paraissent plus prestigieux. Soigner des personnes vulnérables, atteintes de maladies chroniques...n'a pas le même prestige que faire de la médecine de pointe.»¹² Lors de la même conférence, une des activistes, Madeline Honeyman, a résumé les attitudes du corps médical comme suit : «C'est devenu à la mode de parler des aînés comme d'un problème.»

Dans *Why Survive? Growing Old in America*,¹³ Robert Butler parle d'une politique de *pacification*, autrement dit le recours excessif aux médicaments psychotropes dans les institutions plutôt qu'à «la dignité de l'attention humaine à travers le diagnostic et le traitement attentif.» Nos établissements de soins de longue durée ont-ils progressé depuis que Robert Butler a écrit ces mots il y a 20 ans? De récentes comparaisons internationales font apparaître que les institutions canadiennes de soins de longue durée ne recourent pas plus fréquemment à la contrainte par les médicaments que celles des autres pays, mais sont parmi celles qui utilisent le plus la contrainte physique.¹⁴

Contrairement à ce qui a pu être le cas autrefois, la recherche professionnelle et universitaire est aujourd'hui au premier plan de la lutte contre l'âgisme. Un modèle en particulier oriente un grand nombre des travaux les plus pointus de la recherche : le modèle de *réussite du vieillissement*¹⁵⁻¹⁷ a remplacé les modèles précédents qui tentaient d'établir la carte des différentes dimensions de la détérioration due à l'âge en recourant à la méthode imparfaite de l'étude transversale. La réussite du vieillissement partage des similitudes avec les paradigmes de la promotion de la santé et

de la prévention de la maladie qui font ressortir l'identification des facteurs qui favorisent l'autonomie et la qualité de la vie. Il n'est pas sans importance que trois articles dans ce numéro soient directement consacrés aux questions liées à la réussite du vieillissement (Mangham & Viscount sur l'activité physique; Jones et al., et Bogan sur la nutrition). Deux autres articles se penchent sur l'efficacité du dépistage (Mercer et al.) et de la priorisation (Courtright et al.), deux sujets qui cadrent largement avec le paradigme de l'efficacité du traitement. Pour leur part, Hill et ses collègues nous font un compte rendu des effets éventuels de l'état cognitif antérieur sur la mortalité, et Wade et Cairney ré-examinent la relation qui existe entre l'âge et la dépression à l'aide de données issues d'une enquête transversale. Aucune de ces études ne fait montre d'âgisme en traitant le vieillissement comme un problème nécessitant diagnostic et traitement curatif.

En conclusion de cet éditorial, nous réaffirmons la déclaration de Palmore qui dit que «les personnes plus averties [sur le vieillissement] ont tendance à manifester des attitudes moins négatives et plus neutres.» Les idées fausses au sujet des aînés sont très répandues chez les enfants à l'école, parmi les étudiants de premier cycle et même parmi les étudiants de maîtrise dans les professions de la santé qui n'ont suivi aucun cours de gérontologie. L'ignorance nourrit les préjugés. L'âgisme a des répercussions sur les droits des aînés et sur la qualité de leur vie. L'éducation est peut-être le début de la réponse à la question de savoir comment éradiquer l'épidémie silencieuse d'âgisme qui continue de sévir. Que font les associations comme l'Association canadienne de santé publique et l'Association canadienne de gérontologie pour promouvoir l'ajout d'un cours de gérontologie de base dans les programmes scolaires? Que devraient-elles faire? Quelles sont leurs responsabilités? Il est sûrement préférable de couper l'herbe à la racine que suivre l'exemple de nos prédécesseurs qui ont permis que pareil sectarisme puisse s'institutionnaliser dans notre culture jusqu'à en devenir invisible.