

---

## Regards sur et sous la blouse blanche: Quels sont les enjeux de la démedicalisation des maisons de repos?

**Auteur :** Vangramberen, Audrey

**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/2268.2/9248>

---

### *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 Sciences de  
l'Éducation



# **Regards sur et sous la blouse blanche :**

Quels sont les enjeux de la démedicalisation des  
maisons de repos ?

Mémoire théorique présenté par

Audrey Vangramberen

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

---

Promoteur : Professeur Stéphane Adam

Lecteurs : MM. Rodolphe Sauvage et Gilles Squelard

**ANNÉE ACADÉMIQUE 2019-2020**

## REMERCIEMENTS

*Je souhaiterais tout d'abord remercier Stéphane Adam d'avoir accepté d'être le promoteur de ce mémoire, et de m'avoir aidée à développer un regard critique et constructif au cours de ce Master.*

*Un merci tout particulier à Coline Crutzen pour sa disponibilité, son écoute, ses nombreux conseils judicieux, son partage d'expérience et son aide tout au long du processus et notamment dans la réorientation de ce mémoire en mémoire théorique suite aux mesures de confinement.*

*Je tiens aussi à remercier sincèrement Rodolphe Sauvage et Gilles Squelard d'avoir accepté d'être lecteurs de ce mémoire.*

*Je remercie chaleureusement Violaine pour sa relecture attentive et ses commentaires pertinents.*

*J'aimerais enfin exprimer ma reconnaissance envers ma famille et mes amis proches pour leur soutien indéfectible dans cette aventure que fut cette reprise d'études.*

# Table des matières

<b>I. INTRODUCTION</b> .....	1
<b>II. REVUE DE QUESTIONS : LA BLOUSE BLANCHE</b> .....	2
<b>1 ÂGISME ET CONSÉQUENCES</b> .....	2
<b>1.1 Concept d'âgisme et origine historique</b> .....	2
<b>1.2 Âgisme selon la perspective des relations intergroupes : <i>Stereotype Content Model</i></b> .....	3
<b>1.3 Âgisme à l'œuvre au quotidien...et son cortège de conséquences</b> .....	5
1.3.1 Communication .....	5
1.3.2 Aide formelle/informelle .....	6
1.3.3 Traitement médical et soins infirmiers .....	6
1.3.4 Les représentations intrinsèques du vieillissement.....	7
1.3.5 La menace du stéréotype .....	8
<b>2 MÉDICALISATION DU VIEILLISSEMENT</b> .....	9
<b>2.1 Concept de médicalisation</b> .....	9
<b>2.2 Repères historiques</b> .....	9
<b>2.3 Quelques illustrations</b> .....	10
2.3.1 Médicalisation du corps vieillissant .....	10
2.3.2 Médicalisation du vieillissement cognitif.....	11
2.3.3 Médicalisation des comportements .....	11
<b>3 LA BLOUSE BLANCHE : INTRODUCTION EN MILIEU DE SOIN</b> .....	13
<b>4 LA BLOUSE BLANCHE : REPRÉSENTATIONS ET PRÉFÉRENCES</b> .....	15
<b>4.1 La tenue vestimentaire des médecins</b> .....	15
4.1.1 Point de vue des patients .....	15
4.1.2 Point de vue des médecins.....	17
<b>4.2 La tenue vestimentaire des infirmiers</b> .....	18
4.2.1 Point de vue des patients .....	18
4.2.2 Point de vue des infirmiers .....	19
<b>5 CONSÉQUENCES DU PORT DE LA BLOUSE SUR LE PATIENT : « L'EFFET BLOUSE BLANCHE»</b> .....	20
<b>5.1 Effet physiologique : augmentation de la pression artérielle</b> .....	20
<b>5.2 Mécanismes physiologiques et psychologiques sous-jacents</b> .....	22
<b>5.3 Effet sur les performances à des tests cognitifs</b> .....	26
<b>6 CONSÉQUENCES DU PORT DE LA BLOUSE SUR LE SOIGNANT: <i>ENCLOTHED COGNITION</i></b> .....	29
<b>6.1 Cadre théorique de l'<i>embodied cognition</i></b> .....	29

6.2	<b><i>Enclothed cognition</i></b> .....	30
6.2.1	Concept théorique.....	30
6.2.2	L' <i>enclothed cognition</i> appliqué à la blouse blanche.....	31
6.2.3	L' <i>enclothed cognition</i> appliqué à l'uniforme de police.....	37
6.2.4	L' <i>enclothed cognition</i> appliqué à d'autres types de vêtements et accessoires .....	39
6.2.5	L' <i>enclothed cognition</i> appliqué aux couleurs des vêtements .....	43
7	<b>LA BLOUSE BLANCHE EN MAISON DE REPOS</b> .....	45
7.1	<b>Porter un uniforme ou ne pas en porter...telle est la question</b> .....	45
7.2	<b>Et tombe la blouse...</b> .....	46
III.	<b>MÉTHODOLOGIE</b> .....	56
IV.	<b>MAISONS DE REPOS : UN VENT DE CHANGEMENT?</b> .....	57
1	<b>ALTERNATIVES AU MODÈLE MÉDICAL</b> .....	57
2	<b>LE <i>CULTURE CHANGE</i>, QU'EST-CE QUE ÇA CHANGE ?</b> .....	58
2.1	<b>Soins et activités centrés sur la personne</b> .....	59
2.2	<b>Caractère « comme à la maison »</b> .....	60
2.3	<b>Responsabilisation du personnel</b> .....	60
2.4	<b>Le <i>Tubbe</i> en Belgique</b> .....	60
3	<b>LE <i>CULTURE CHANGE</i>, MODE D'EMPLOI?</b> .....	61
3.1	<b>Mise en œuvre de <i>guidelines</i> : l'exemple suédois</b> .....	61
3.2	<b>Un cerisier dans un champ de tulipes: l'exemple néerlandais</b> .....	63
4	<b>FREINS ET LEVIERS AU CHANGEMENT</b> .....	65
5	<b>POINTS D'ATTENTION CONCERNANT LA MISE EN PLACE DU <i>CULTURE CHANGE</i></b> .....	67
V.	<b>DISCUSSION</b> .....	68
1	<b>CLIMAT ÂGISTE ET MÉDICALISÉ</b> .....	68
2	<b>LA BLOUSE</b> .....	69
3	<b>LE <i>CULTURE CHANGE</i></b> .....	74
4	<b>ALORS ON CHANGE ?</b> .....	76
VI.	<b>CONCLUSION</b> .....	77
VII.	<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	78

## I. INTRODUCTION

Les interactions avec les personnes âgées se déroulent dans des contextes physiques, sociaux et culturels particuliers. Elles prennent place sur une scène toujours plus médicalisée, le climat d'âgisme ambiant tenant lieu de toile de fond. Comme nous le verrons, ce contexte participe à la survenue de conséquences délétères dans un large spectre de domaines touchant les personnes âgées mais également les personnes en contact avec elles. Dans ce cadre, la question du port de la blouse blanche par les professionnels en interaction avec des personnes âgées n'est pas anodine puisque ce vêtement est éminemment associé au corps médical. Quels sont les effets du port de cette blouse sur les « patients », et notamment sur les plus âgés? C'est le thème investigué par de nombreux chercheurs depuis plusieurs décennies sous le terme d'« effet blouse blanche » (EBB). Plus récemment, des chercheurs ont étudié l'effet du port de cette blouse sur le porteur même. La blouse blanche permet-elle de transformer son porteur en ce qu'elle symbolise, comme un acteur qui enfle un costume? Influence-t-elle ses attitudes et comportements? Nous entrons avec ces questions dans le cadre de recherche de l'*enclothed cognition*. Un pas plus loin, quels sont les effets de la blouse blanche dans un des contextes où les personnes âgées y sont intensément exposées : les maisons de repos? Comment la blouse blanche affecte-t-elle la qualité de vie des résidents et la satisfaction professionnelle des soignants? Ces questions suscitent de plus en plus l'intérêt des chercheurs et des cliniciens mais n'ont pas à notre connaissance été traitées de manière globale, en tenant compte des liens entre ces différents aspects. Ce mémoire s'inscrit donc dans cet objectif, afin de mieux cerner les enjeux autour de ce vêtement commun, presque banal, et rarement remis en question.

L'introduction théorique replacera la question de la blouse blanche dans son contexte, celui de l'âgisme et de la médicalisation du vieillissement, avant d'aborder successivement les questions des représentations et préférences concernant la blouse blanche, de ses effets sur les personnes âgées (EBB), sur les porteurs de blouses (*enclothed cognition*), et enfin sur les uns et les autres dans le contexte des maisons de repos. La méthodologie utilisée pour ce travail sera ensuite décrite. Enfin, les implications cliniques de cette littérature seront développées concernant la question de la démedicalisation des maisons de repos. Le mouvement de changement de culture des maisons de repos (« *culture change* ») servira de fil rouge à cette réflexion.

## II. REVUE DE QUESTIONS : LA BLOUSE BLANCHE

*L'objet vêtement n'exprime pas seulement des symboles, il est un langage.*

Michèle Olivier-Amouroux (2004)

### 1 ÂGISME ET CONSÉQUENCES

#### 1.1 Concept d'âgisme et origine historique

« Âgisme : un mot jeune pour dire le mal qu'on fait aux vieux », tel est le titre d'une opinion d'Estelle Huchet (2019), chargée de campagne pour le réseau européen des personnes âgées. Un terme relativement jeune en effet, puisqu'il n'a fait son apparition dans la langue française qu'il y a 25 ans, en 1984, et n'existe pas encore dans de nombreuses langues européennes. Le concept d'âgisme fut forgé il y a 50 ans par Butler (1969), psychiatre et gérontologue américain. Il désigne toutes les formes de stéréotypes (*i.e.* manières de penser), préjugés (*i.e.* manières de nous sentir) et discriminations (*i.e.* manières d'agir) fondées sur l'âge. Le jeunisme constitue en quelque sorte le pôle opposé - mais complémentaire - de l'âgisme : il correspond à la volonté, au devoir de rester jeune (« Vieillir n'est pas bien et il faut tout faire pour éviter de vieillir ! ») et se révèle tout aussi négatif (Adam et al., 2013). Âgisme et jeunisme interagissent donc pour imprégner notre vision du vieillissement. Bien que constituant le premier facteur de discrimination devant le sexe ou l'origine ethnique (TNS opinion & social, 2015), l'âgisme fut longtemps négligé par les chercheurs (Nelson, 2005 ; North & Fiske, 2012), peut-être parce que considéré comme une forme moins sévère de discrimination que le sexisme ou le racisme.

Différentes théories proposent des explications au phénomène d'âgisme. Selon la *Terror Management Theory* (Becker, 1973), quand nous réalisons que notre destinée propre et commune d'être vivant est de vieillir et ultimement de mourir, cela nous terrorise. Dès lors, afin de protéger notre *ego* de ces craintes paralysantes, nous les dénisons et rejetons tout ce qui nous rappelle la mort et le vieillissement, et donc entre autres les personnes âgées (Greenberg et al., 2004).

Le phénomène d'âgisme n'a cependant pas toujours eu l'ampleur qu'il a aujourd'hui. Selon les théories socioculturelles (*e.g.* Nelson, 2005), dans les sociétés préhistoriques et agraires, les personnes âgées étaient tenues en haute estime, considérées comme sages et comme les gardiens

de la tradition et de l'histoire de leur communauté. Des évolutions sociétales majeures sont à l'origine du revirement d'attitude à leur égard. On peut citer (i) le développement de l'imprimerie qui a diminué la valeur de la tradition orale, (ii) la révolution industrielle qui a accru le besoin de mobilité des travailleurs, rendant obsolète la structure de la famille étendue, et a imposé des tâches physiquement lourdes et intensives convenant davantage aux jeunes travailleurs, et enfin (iii) des avancées médicales majeures qui ont permis un allongement significatif de l'espérance de vie, et par conséquent, un accroissement massif de la population d'ainés n'étant plus actifs sur le marché de l'emploi (Nelson).

Cette tendance est confirmée par une étude de Ng et al. (2015) concernant l'évolution des stéréotypes liés à l'âge au travers de l'analyse de thésaurus américains sur une période de 200 ans (entre 1810 et 2010). Cette étude conclut à une négativité croissante de ceux-ci : en 1810, les principaux qualificatifs associés au vieillissement étaient majoritairement positifs. La tendance s'inverse à partir de 1880 et ne fait que s'accroître avec le temps. En outre, une méta-analyse de North et Fiske (2015) confirme l'importance des changements démographiques (« la vague d'ainés qui arrive sur nous ») dans la perception négative des personnes âgées.

## **1.2 Âgisme selon la perspective des relations intergroupes : *Stereotype Content Model***

Le contenu des stéréotypes, préjugés, et discriminations envers les personnes âgées peut être analysé selon une perspective de relations intergroupes. En effet, du point de vue de la cognition sociale, afin de déterminer comment interagir avec d'autres êtres humains, nous avons tendance à nous penser nous-mêmes et les autres comme membres de groupes plutôt que comme des individus distincts (e.g. Tajfel et al., 1971). A cette fin, nous catégorisons les individus sur base de caractéristiques distinctives, avec une tendance à minimiser les différences concernant les individus de notre propre groupe (« endogroupe ») et à exagérer celles avec les individus d'autres groupes (« exogroupes » ; Dovidio et al., 2017). Des indices externes facilement accessibles, tels que le genre, l'âge ou l'origine ethnique, sont le plus souvent utilisés pour catégoriser les personnes (Fiske, 2008). Nous avons spontanément tendance à avoir une image plus positive et ressentir des affects plus positifs et davantage d'empathie vis-à-vis des membres de notre endogroupe que vis-à-vis de ceux d'exogroupes (Dovidio et al.). Mais qu'en est-il spécifiquement de nos représentations, affects, et comportements vis-à-vis des différents exogroupes ?



Le *Stereotype Content Model* développé par Fiske et al. (2002 ; voir aussi Fiske, 2018) vise à répondre à cette question. Les chercheurs se sont intéressés au contenu des stéréotypes (croyances), préjugés (émotions) et discriminations (comportements) vis-à-vis des différents exogroupes. Selon ce modèle, les individus cherchent à connaître les intentions collectives et individuelles d'autres personnes à leur égard. La perception de la structure sociale d'un exogroupe en matière de (i) coopération (*i.e.* groupe digne de confiance, avec des intentions bienveillantes), et (ii) de statut (*i.e.* capacité d'accomplir ses intentions) va respectivement prédire les stéréotypes de chaleur et de compétence à l'égard de ce groupe. Les stéréotypes prédisent à leur tour les préjugés (fierté, pitié, mépris, envie) qui prédisent eux-mêmes les discriminations (aide active et passive, dommages) vis-à-vis du groupe. Les différents exogroupes peuvent ainsi être situés en fonction de leur position sur les deux dimensions de base du modèle que sont la chaleur et la compétence, cette position pouvant varier selon les lieux et les époques.

Ainsi, en ce qui concerne les personnes âgées, elles sont perçues par la population générale comme très coopérantes mais de faible statut, et sont dès lors considérées comme chaleureuses mais incompetentes (« *ces gentils petits vieux* »). Ces stéréotypes, de type paternaliste, s'appliquent à des groupes qui sont perçus comme n'ayant ni l'intention ni la capacité de mettre en danger l'endogroupe, ce qui est le cas pour les personnes âgées, tout comme les enfants et les personnes en situation de handicap ou encore les femmes au foyer. Ils vont susciter pitié et compassion – des émotions ambivalentes - à l'égard des personnes âgées. Ces émotions vont à leur tour engendrer des comportements de type paternaliste. D'une part, la pitié va susciter une facilitation active (*i.e.* agir pour la personne âgée) qui se traduit dans les relations interpersonnelles par de l'aide et de l'assistance. Il est à noter que selon certaines théories s'intéressant aux relations intergroupes (Dovidio et al., 2017), cette forme a priori positive de comportement que constitue l'aide peut viser, pour le groupe dominant, à établir ou maintenir un statut supérieur vis-à-vis de groupes marginalisés. D'autre part, la pitié et la compassion peuvent créer une distanciation. En effet, la pitié qui inclut de la tristesse voire de la dépression peut mener à l'inaction, l'évitement, et la négligence. La pitié qui inclut un manque de respect peut quant à elle générer des comportements dédaigneux (Cuddy et al., 2007).

### 1.3 Âgisme à l'œuvre au quotidien...et son cortège de conséquences

L'âgisme imprègne les interactions avec les personnes âgées dans des contextes multiples et variés. Un groupe de chercheurs de l'Université de Yale a récemment publié une revue systématique de littérature concernant les conséquences de l'âgisme (Chang et al., 2020). Celle-ci inclut 422 études et un total de plus de 7 millions de participants. Les résultats indiquent que l'âgisme impacte négativement la santé des aînés aux niveaux structurel et individuel simultanément:

- L'âgisme structurel fait références aux discriminations des institutions sociales et de leurs membres (*e.g.* personnel des hôpitaux) au travers de politiques et procédures explicites ou implicites (Butler, 1994, cité par Chang et al., 2020). Des preuves d'âgisme ont été mises en évidence concernant les 4 domaines étudiés : refus de l'accès aux services de santé et aux traitements, exclusion de la recherche, diminution de la valeur accordée à la vie des personnes âgées, et manque d'opportunités dans le monde du travail.
- L'âgisme individuel a trait à l'impact des stéréotypes négatifs liés à l'âge et aux représentations intrinsèques du vieillissement des personnes âgées sur leur santé. L'âgisme s'y trouve associé aux 7 domaines de santé étudiés : faible qualité de vie, faibles relations sociales, comportements de santé à risque, maladies mentales, déclin cognitif, détérioration de la santé physique, et finalement, longévité réduite.

Nous proposons de nous arrêter sur quelques manifestations de l'âgisme et sur leurs conséquences.

#### 1.3.1 Communication

Au niveau de la communication, l'impact des stéréotypes et préjugés âgistes s'observe dans l'« *elderspeak* » (qu'on peut traduire par « parler petit vieux » ; Adam et al., 2017). Cette forme d'ajustement du discours communément utilisée face à des personnes âgées se traduit notamment par un volume sonore supérieur, une tonalité plus élevée, un débit plus lent, des phrases plus simples et plus courtes, davantage de pauses et un ton condescendant (Balsis & Carpenter, 2006 ; Kemper, 1994). Plusieurs études témoignent des conséquences délétères de l'utilisation de l'*elderspeak* sur les compétences langagières des personnes âgées. Plus spécifiquement, certaines caractéristiques de l'*elderspeak* *i.e.* utilisation de phrases courtes, d'un débit lent et d'une tonalité élevée engendrent davantage de problèmes de communication, alors que l'élaboration sémantique et la réduction des subordonnées améliorent les compétences communicationnelles (Kemper &

Harden, 1999). D'autres études suggèrent que l'*elderspeak* est corrélé à un niveau accru de dépendance (Ryan, et al., 1995), et une résistance accrue aux soins (Williams et al., 2009; Williams et al., 2017).

### 1.3.2 Aide formelle/informelle

Les stéréotypes et préjugés paternalistes présents dans la population générale vis-à-vis des personnes âgées vont nous amener à avoir tendance à aider davantage une personne âgée qu'une personne jeune à situation équivalente (Cuddy et al. 2007). Cette aide formelle ou informelle peut s'avérer excessive et avoir des répercussions négatives sur les personnes âgées. Elle peut notamment engendrer une baisse plus importante des capacités mnésiques (Bonsang & Bordone, 2013), une détérioration de la performance à un casse-tête (type puzzle) et une perte de confiance en soi (Avorn & Langer, 1982), ainsi que plus de sentiments de solitude et des comportements de recherche d'aide plus fréquents (Coudin & Alexopoulos, 2010).

### 1.3.3 Traitement médical et soins infirmiers

Dans le chef du corps médical, on observe un sous-traitement de certains symptômes, notamment dans le cadre de l'oncogériatrie (Peake et al., 2003; Schroyen et al., 2016), ce qui peut notamment s'expliquer par la diminution de la valeur sociale des personnes âgées découlant des préjugés paternalistes. A l'inverse, d'autres symptômes, comme la dépression ou l'anxiété, donnent lieu à un sur-traitement (Olfson et al., 2015). Ce sur-traitement peut être mis en lien avec les stéréotypes et préjugés âgistes particulièrement présents chez les soignants. En effet, cette catégorie professionnelle est en contact avec les personnes âgées les plus vulnérables, ce qui biaise davantage leur vision du vieillissement comparativement au reste de la population. Ils vont notamment surestimer, plus encore que les non-soignants, la proportion de personnes âgées qui se sentent seules ou déprimées (Missotten et al., 2016), ce qui peut générer un sur-diagnostic de symptômes tels que la dépression. Dès lors, la pitié et la compassion découlant des stéréotypes âgistes peuvent amener à un sur-traitement de ces symptômes sur-diagnostiqués.

Les stéréotypes âgistes des infirmiers entravent leur capacité à s'intéresser et répondre aux besoins des personnes âgées, ce qui impacte négativement les soins et la qualité de vie de ces dernières (Lovell, 2006). En outre, ces attitudes âgistes peuvent générer un sentiment d'inefficacité et des

affects dépressifs chez les infirmiers. Une étude d'Iecovich et Avivi (2017) suggère que l'âgisme est positivement corrélé au burnout des infirmiers en relation avec des personnes âgées, et spécifiquement aux composantes de dépersonnalisation et de diminution de l'accomplissement personnel. Une hypothèse non testée des auteurs à l'égard de ces résultats est que le fait d'être dans une relation professionnelle de soin avec des personnes vis-à-vis desquelles on nourrit des attitudes négatives peut engendrer une dissonance émotionnelle. Cette dissonance émotionnelle correspond au contraste qui peut exister entre les émotions (négatives ou ambivalentes) authentiquement ressenties par le soignant vis-à-vis des personnes âgées et celles (plus positives) qu'il peut /doit exprimer en vertu des attentes de la profession. Par exemple, le professionnel peut ne rien ressentir alors que l'expression d'une certaine émotion est requise, ou, à l'inverse, les règles d'expression émotionnelle peuvent l'amener à supprimer l'expression d'émotions non désirées pour les remplacer par l'expression d'une émotion plus neutre ou positive. Le professionnel se considère donc en devoir de gérer les aspects visibles de son expression émotionnelle de sorte que l'émotion « de surface », celle qui peut être perçue dans l'interaction, corresponde aux attentes de la profession en termes d'expression émotionnelle. Cette dissonance est considérée par les soignants comme l'aspect professionnel le plus stressant (Zapf, 2002).

Au-delà de l'impact de l'âgisme sur les personnes âgées *via* nos comportements à leur égard, celles-ci sont aussi victimes de l'âgisme de façon plus directe (*i.e.* sans médiation nécessaire de comportements discriminatoires spécifiques) mais subtile, principalement au travers des deux processus que sont les représentations intrinsèques du vieillissement et la menace du stéréotype.

#### 1.3.4 Les représentations intrinsèques du vieillissement

Tel que décrit par Levy et al. (2002), tout individu intègre les stéréotypes liés à l'âge depuis son plus jeune âge, et ces stéréotypes se développent progressivement pendant des décennies jusqu'au jour où cette personne devient âgée et où ces stéréotypes deviennent par conséquent particulièrement pertinents la concernant. A ce moment, les stéréotypes sont tellement ancrés en profondeur qu'ils sont peu susceptibles de remise en question. Cette internalisation des stéréotypes liés à l'âge va contribuer à la formation de perceptions concernant son propre vieillissement, qui peuvent à leur tour avoir des répercussions aux niveaux physiologique et cognitif.

De nombreuses études démontrent l'impact des représentations intrinsèques du vieillissement sur la santé et l'espérance de vie des personnes âgées (e.g. Levy, 2009). Des études longitudinales récentes confirment les effets délétères de ces représentations sur l'état de fragilité des personnes âgées (Gale & Cooper, 2017; Warmoth et al., 2018). En outre, une étude récente de Levy et al. (2019) sur des patients de 60 ans et plus ayant été victimes d'un infarctus du myocarde indique que l'idéalisation de la jeunesse (i.e. stéréotypes positifs associés à la jeunesse) prédit une moins bonne récupération alors que les stéréotypes positifs associés à l'âge prédisent une meilleure récupération.

Sur le plan cognitif, une étude longitudinale de Siebert et al. (2018) sur 260 sujets en bonne santé au début de l'étude indique que l'attitude à l'égard de son propre vieillissement prédit l'évolution cognitive et notamment qu'une attitude négative est associée à un risque accru de 31% de recevoir un diagnostic de « trouble cognitif léger » (« *mild cognitive impairment* », ou MCI) ou de maladie d'Alzheimer 12 ans plus tard.

### 1.3.5 La menace du stéréotype

Selon la théorie de la menace du stéréotype (Steele, 1997), les membres de groupes stigmatisés par des stéréotypes négatifs, lorsqu'ils accomplissent des actions ou sont dans des situations qui pourraient amener autrui à les considérer selon ces stéréotypes, vont craindre de se voir réduits aux stéréotypes en question, et cela va augmenter leur pression à la performance. Cette pression ressentie risque évidemment d'interférer avec leur performance dans la situation ou concernant l'action en cours. Concernant les personnes âgées, l'activation des stéréotypes négatifs associés au vieillissement engendre notamment de moins bons scores à des tâches cognitives comparativement à une condition neutre (Abrams et al., 2006 ; Abrams et al. 2008) et surtout une moindre volonté de vivre (Levy et al., 2000).

Il ressort de ce qui précède que l'âgisme traîne dans son sillage de nombreuses conséquences néfastes. Il nous amène à avoir des attitudes paternalistes vis-à-vis des personnes âgées, qui se traduisent notamment par un langage infantilisant, de l'aide excessive, du sur-traitement ou du sous-traitement médical. Ces comportements se répercutent sur la santé et la qualité de vie des aînés mais aussi sur celles de leurs auteurs. Les représentations intrinsèques du vieillissement qu'ont les personnes âgées et le menace du stéréotype vont également engendrer chez elles des conséquences négatives, notamment sur les plans physiologique et cognitif.

## **2 MÉDICALISATION DU VIEILLISSEMENT**

L'âgisme amène donc à considérer les personnes âgées comme des individus de faible compétence et de faible valeur. Il est également un terreau fertile pour le phénomène de médicalisation du vieillissement. En vertu de ce dernier, le vieillissement est vu comme un processus inévitable de déclin et de maladie. Dès lors, les personnes âgées vont être considérées par les professionnels et le grand public, mais également se considérer elles-mêmes, comme des objets de soin, et se voir définies par les diagnostics médicaux qui sont posés à leur égard.

### **2.1 Concept de médicalisation**

La question de la médicalisation du vieillissement s'inscrit dans le cadre plus large de la médicalisation de l'existence (Collin & Suissa, 2007). Cette médicalisation se conçoit comme une construction sociale. Selon la définition de Conrad (1992), « La médicalisation consiste à définir un problème en termes médicaux, en utilisant un langage médical, en adoptant un cadre médical, et en intervenant de manière médicale pour le "traiter" ». La médicalisation engendre une emprise croissante des institutions et acteurs médicaux sur les représentations et pratiques quotidiennes. Dans le cadre du vieillissement, elle signifie que des phénomènes qui pourraient être considérés comme faisant partie intégrante du cours naturel de la vie, tels que le vieillissement physique et cognitif, la ménopause, ou la mort par exemple, en viennent à être définis comme des problèmes médicaux requérant une intervention médicale afin de les contrôler ou de les traiter (Lamb, 2009).

### **2.2 Repères historiques**

La tendance à la médicalisation du vieillissement a pris son envol lors de la deuxième moitié du 20<sup>ème</sup> siècle avec l'avènement de la gériatrie en tant que spécialisation médicale ayant pour but de répondre aux défis posés par ce que l'on nommait alors les « géants gériatriques » : l'incontinence, l'immobilité, l'instabilité (les chutes) et la diminution des capacités cognitives (Isaacs et al., 1972, cités par Gilleard & Higgs, 2013). L'âge avancé, qui était jusque-là resté en marge du système de soins de santé, s'est déplacé en son centre. Comme le soulignent Estes & Binney (1989), si ce phénomène a eu des retombées positives en matière d'accès aux soins, il a également eu pour conséquence de rendre l'âge avancé synonyme de maladie et d'encourager la société à considérer le vieillissement comme un phénomène pathologique ou anormal. Les questions de fragilité, de dépendance et de coût des soins ont alors saturé le discours. Cette vision du vieillissement amène

les personnes âgées, leurs familles et le public en général à croire que les problèmes liés au vieillissement sont avant tout de nature biologique ou physiologique et donc intrapersonnelle, ignorant par-là les facteurs politiques, économiques, ou sociaux entre autres. Selon cette interprétation, ces problèmes ne peuvent être résolus que par la consommation de toujours plus de médicaments et de services médicaux. Elle génère en conséquence un sentiment d'impuissance et de la dépendance chez les personnes âgées, mais renforce aussi les considérations et craintes âgistes du grand public quant aux coûts liés aux soins de santé des aînés. La boucle de l'âgisme et de la médicalisation du vieillissement est ainsi bouclée.

## **2.3 Quelques illustrations**

La médicalisation du vieillissement s'observe dans un large spectre de domaines. Nous l'illustrons ici au travers de quelques exemples touchant aux aspects physiques, cognitifs et comportementaux.

### 2.3.1 Médicalisation du corps vieillissant

Comme l'observe Hénaff-Pineau (2014), à partir de la fin des années 1990, le « devoir de bouger pour bien vieillir » s'est progressivement imposé dans les politiques du vieillissement en France et ailleurs. Les bienfaits escomptés de la pratique sportive sont nombreux : contribuer à un vieillissement réussi, augmenter l'espérance de vie en bonne santé sans incapacité ni dépendance, diminuer la mortalité en cas de pathologies chroniques, etc. L'activité physique prend ici la forme d'une prescription à laquelle les personnes âgées sont invitées à se conformer. Bien ou mal vieillir n'est plus appréhendé comme le résultat de la fatalité mais comme la conséquence de choix et d'un mode de vie, renvoyant chacun à sa propre responsabilité. Compte-tenu des risques inhérents à l'activité sportive (*e.g.* cardiaques et traumatologiques), il devient cependant nécessaire d'effectuer un arbitrage entre ceux-ci et les risques de la sédentarité. Le médecin traitant va dès lors jouer un rôle central dans la prescription de la « bonne » activité physique ou sportive à adopter pour qu'elle s'inscrive dans la norme médicale du « ni trop ni trop peu » (Hénaff-Pineau). Le plus souvent, ces prescriptions se focalisent quasi-exclusivement sur les objectifs de santé, laissant de côté les motivations à l'engagement ou au non-engagement dans une activité physique. Or, l'activité physique ou sportive peut aussi -et devrait avant tout- être un moyen de continuer à exprimer son identité et générer du plaisir. Comme le mentionne Tulle (2007) à propos des coureurs vétérans, ils ne courent pas pour maintenir leur état de santé, « ils courent pour courir ».

### 2.3.2 Médicalisation du vieillissement cognitif

A l'heure actuelle, le vieillissement cognitif n'est plus considéré comme normal et développemental mais bien comme un processus pathologique. Avoir quelques oublis n'est plus considéré comme normal mais bien comme une maladie ou à tout le moins un état susceptible de progresser vers une maladie démentielle, état capturé par l'étiquette diagnostique de MCI, un concept créé dans le cadre de cette approche biomédicale du vieillissement. En témoigne l'apparition du « trouble neurocognitif léger » en tant que nouveau trouble dans la 5<sup>ème</sup> édition du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM 5). Le critère diagnostique principal du trouble neurocognitif léger consiste en des preuves d'un déclin modeste dans un ou plusieurs domaines cognitifs par rapport au niveau de fonctionnement antérieur, les déficits n'interférant pas avec les capacités d'autonomie dans les actes du quotidien. Ces « preuves » reposent sur une préoccupation du sujet, d'un informant fiable ou d'un clinicien, et sur un bilan neuropsychologique ou une évaluation clinique quantifiée. Comme le notent Van der Linden et Juillerat (2014), les critères diagnostiques de MCI ne sont pas sans poser problème puisqu' « il apparaît notamment que la majorité des personnes ayant reçu ce diagnostic n'évoluent pas vers une maladie d'Alzheimer (ou plus généralement vers une démence) et restent stables ou s'améliorent ». En outre, comme le soulignent également ces auteurs, les termes et expressions utilisés pour décrire les aspects problématiques du vieillissement cognitif et les personnes âgées présentant ces difficultés (e.g. « épidémie », « morts-vivants », etc.) contribuent à stigmatiser ces personnes et leurs proches. Cette stigmatisation modifie la perception, les affects, et les comportements, à la fois de la personne âgée mais aussi de ses proches.

### 2.3.3 Médicalisation des comportements

Les maisons de repos sont un autre exemple éloquent de la médicalisation du vieillissement. L'environnement physique de celles-ci n'est pas sans rappeler celui des hôpitaux. Mais les similitudes ne s'arrêtent pas là. En effet, l'organisation du quotidien de ces établissements s'articule largement autour des concepts de soin et de maladie. A cet égard, Trépied (2014) s'est intéressée au processus de médicalisation des comportements au travers d'une analyse dans deux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) français. Elle observe que ce processus de médicalisation passe par une catégorisation des comportements déviant de la norme institutionnelle comme souffrance psychique, cette catégorie médicale étant utilisée pour



refléter l'impuissance et le désarroi du personnel soignant face à ces comportements. Ainsi, des comportements de refus (*e.g.* des soins, de la toilette, de manger, de dormir, etc.) ou des comportements agressifs sont vus comme des transgressions à l'ordre social établi de l'EHPAD en ce qu'ils perturbent la vie collective et l'organisation du travail, notamment en engendrant des pertes de temps pour le personnel. Faute de formation suffisante, le personnel de première ligne de ces EHPAD se trouve dans l'incapacité de gérer ces situations. La médicalisation de ces comportements, en y apposant l'étiquette « souffrance psychique », vise alors à les contrôler socialement. Elle peut prendre une forme « externalisée » via des transferts de plus ou moins longue durée vers un hôpital de jour spécialisé dans la psychiatrie du sujet âgé, ou « internalisée » via l'administration de neuroleptiques au sein même de l'EHPAD. Elle se révèle dans ce second cas plus discrète et plus difficilement décelable.

La médicalisation des comportements est encore plus flagrante concernant les personnes atteintes de troubles neurodégénératifs résidant en maison de repos. Comme le souligne Caspi (2013), les comportements de ces personnes (*e.g.* comportements agressifs ou résistance aux soins) sont généralement étiquetés comme symptômes de la maladie alors que plusieurs études démontrent que dans la majorité des cas, ils sont déclenchés par un événement observable dans l'environnement physique ou social (*e.g.* Caspi, 2015; Ryden et al., 1999), ou encore par des besoins physiologiques, psychologiques ou sociaux non rencontrés (Whall & Kolanowski, 2004). Toujours dans le contexte de personnes atteintes de troubles neurodégénératifs, le mouvement est également défini comme un problème social. A cet égard, Graham (2017) argumente que le concept de « déambulation » est une construction sociale stigmatisante qui s'inscrit dans la droite ligne de la médicalisation du corps, et par ricochet du mouvement, des personnes présentant des troubles neurodégénératifs. Sans nier les risques réels que le mouvement peut engendrer pour certaines de ces personnes ou leur entourage, ainsi que le défi que cela représente pour les équipes de soin, elle en appelle à dépathologiser le mouvement et à le considérer sous l'angle de l'expérience de la personne, en tenant compte de son histoire, de son individualité, et de ses interactions avec l'environnement physique et social.

Il apparaît donc que vieillir est de nos jours considéré comme une pathologie. Dès lors, le « cortège » de la médicalisation (*i.e.* langage médical, cadre médical, intervention médicale) va accompagner ce processus, pourtant développemental. Il n'est par conséquent pas étonnant que les

maisons de repos où vivent nos aînés ressemblent tant à des hôpitaux, et que la blouse blanche se soit tout naturellement imposée en ces lieux, tant pour les actes de soin que pour les autres types d'actes. Nous proposons de nous arrêter dans les sections qui suivent sur ce vêtement ô combien chargé de symboles. Spécifiquement, nous nous pencherons successivement sur l'historique de la blouse blanche en milieu de soin, sur les représentations et préférences qui l'accompagnent, sur l'influence qu'elle exerce sur les personnes qui interagissent avec quelqu'un portant une blouse blanche (*i.e.* l'EBB), ainsi que sur le porteur de la blouse lui-même (*i.e. encllothed cognition*), et enfin sur son impact dans le contexte spécifique des maisons de repos.

### **3 LA BLOUSE BLANCHE : INTRODUCTION EN MILIEU DE SOIN**

Si la blouse blanche est aujourd'hui éminemment associée au milieu médical, il n'en a pas toujours été ainsi. En effet, jusqu'à la fin du 19<sup>ième</sup> siècle, les médecins portaient des costumes noirs, cette couleur symbolisant l'aspect formel de la profession. Il est aussi avancé que la couleur noire des costumes des médecins pourrait avoir un lien avec le fait qu'à cette époque, une visite du médecin était rarement de bon augure car on faisait appel à lui en dernier ressort, et que la mort s'en suivait généralement sous peu (Hotchberg, 2007).

Vers la fin du 19<sup>ième</sup> siècle, la blouse blanche a fait son apparition dans les salles d'opérations dans le cadre de l'émergence de la chirurgie aseptique. Les archives photographiques de l'époque montrent des chirurgiens et infirmières portant une blouse blanche à manches courtes sur leurs vêtements civils. Le masque et les gants ne sont pas encore utilisés. La blouse blanche visait alors à protéger tant le patient que le médecin d'une contamination potentielle lors de la procédure (Blumhagen, 1979). C'est dans ce contexte chirurgical que le pouvoir et l'autorité symbolique du médecin se sont peu à peu développés et ont été associés à la blouse blanche. Les médias, dont la presse et le cinéma naissant, ont largement contribué à diffuser cette symbolique en représentant et glorifiant des médecins en blouse blanche immaculée, héros aux incroyables pouvoirs, capables « de plonger une personne dans un état proche de la mort, d'ouvrir des cavités du corps humain jusque-là inviolables, de corriger ce qui était « mauvais », et de ressusciter le patient, guéri » (Blumhagen). Vers le début du 20<sup>ième</sup> siècle, suite au développement des techniques médicales modernes, le soin des malades s'est progressivement déplacé du domicile vers l'hôpital. L'hôpital ne fut dès lors plus considéré comme « un endroit où les parias viennent mourir » mais bien « le seul lieu où il est possible d'être guéri » (Blumhagen). C'est dans ce contexte que, hors du cadre

purement chirurgical, les tenues noires ont peu à peu été remplacées par des blouses blanches. Le blanc est alors devenu associé avec l'institution même du soin, et ce en particulier dans le contexte de l'hôpital moderne (Blumhagen).

Notons que de nos jours, dans certains pays tels que le Royaume-Uni ou le Danemark, il est rare de croiser des médecins portant la blouse blanche. Dans le cas du Royaume-Uni, un code de recommandations de bonnes pratiques vestimentaires a été publié en 2007 par le Département de la Santé, lequel se fonde sur une revue de littérature concernant la transmission bactérienne par les soignants, et recommande que les médecins retroussent leurs manches et enlèvent leur montre, leur cravate, et leur blouse blanche. L'expression « *bare below the elbow* » fait référence à ces recommandations. A cet égard, de nombreuses études indiquent qu'à la fin de la journée de travail, les blouses des soignants sont contaminées par des bactéries. Par exemple, Treacle et al. (2009) observent une contamination de 23% des blouses par le staphylocoque doré, dont dans 18% par des souches résistantes à la méticilline (MRSA). Selon cette étude, il n'y aurait pas d'association du taux de contamination au nombre de jours écoulés depuis la dernière lessive, ni à l'endroit où cette lessive a lieu (*i.e.* chez le soignant, à l'hôpital ou dans une blanchisserie externe). Cette littérature jette le doute sur les motivations sanitaires souvent invoquées pour justifier la nécessité de porter une blouse de soignant.

Du côté des infirmières, dans les pays occidentaux, bien que de nombreuses variations culturelles existent, les uniformes trouvent leur origine dans les ordres religieux qui dispensaient des soins infirmiers. Jusqu'au 19<sup>ième</sup> siècle, ces tenues étaient noires, de la couleur traditionnelle du clergé. Florence Nightingale, infirmière britannique du 19<sup>ième</sup> siècle et pionnière des soins infirmiers modernes, va promouvoir un nouveau type de tenue, laquelle doit permettre de distinguer les infirmières de cette nouvelle ère et symboliser leur professionnalisme (Pearson et al., 2001). L'uniforme traditionnel se composait généralement d'une robe longue conservatrice, d'un tablier à bavette blanc, de manchettes et d'un collet amovibles ainsi que d'une coiffe blanche empesée. Si son inspiration est en partie militaire (Nightingale officia en tant qu'infirmière lors de la guerre de Crimée), il n'est pas sans rappeler la tenue des domestiques d'échelon supérieur. Ces derniers portaient à l'époque des tenues où la couleur blanche prédominait, ce qui permettait à leurs maîtres et maîtresses de vérifier leur assiduité aux corvées de lessive (Pearson et al.). L'uniforme des infirmières évolua peu jusqu'aux première et deuxième guerres mondiales, moments où il est

devenu plus fonctionnel. L'évolution se poursuit dans les années 1950 et 1960, où tant les jupes que les manches se raccourcissent. Dans les années 1970, certaines infirmières commencèrent à se rebeller contre l'uniforme de l'époque, devenu un symbole de soumission. En outre, à partir des années 1980, des hommes ont commencé à entrer dans la profession. C'est dans ce contexte, ainsi que pour des raisons de confort et de facilité d'entretien, qu'à partir des années 1980-1990, un nouveau type d'uniforme, composé d'une tunique à manches courtes (aujourd'hui généralement sans boutonnage et à col en V) et d'un pantalon, va remplacer les robes et jupes d'alors. Il est fait référence à cette tenue sous le terme de « *scrub* » (littéralement « froter ») en contexte anglophone. L'association à l'hygiène requise pour les procédures de type chirurgical est donc clairement présente. Notons enfin que les tuniques blanches vont peu à peu céder du terrain à la couleur et aux imprimés.

#### **4 LA BLOUSE BLANCHE : REPRÉSENTATIONS ET PRÉFÉRENCES**

Puisque la blouse s'est forgé une place de choix dans nos interactions avec les soignants, il est important de comprendre les représentations que nous en avons, en tant que patient ou soignant, et quelles sont nos préférences quant à la tenue des soignants.

##### **4.1 La tenue vestimentaire des médecins**

La question des préférences et représentations des patients et médecins concernant la tenue vestimentaire de ces derniers a fait l'objet de nombreuses études, entre autres parce qu'il est démontré que des facteurs non-verbaux, tels que la tenue vestimentaire du médecin, influencent la relation médecin-patient, et dès lors la participation du patient au traitement (Turner et al., 2007).

###### **4.1.1 Point de vue des patients**

Une majorité des patients se montrent favorables au port de la blouse blanche par leur médecin, avant tout parce que celle-ci permet une identification facile (Douse, et al., 2004 ; Gherardi et al., 2009). Une revue systématique de littérature de Petrilli et al. (2015), qui inclut 30 études impliquant 11.533 patients de 14 pays différents, permet d'affiner la compréhension des préférences en tenant compte de variables telles que l'âge des patients, ou le contexte de soin. Cette revue indique que dans 60% des cas, les patients préfèrent que le médecin porte une tenue formelle (*i.e.* chemise et pantalon pour les hommes, et chemisier et jupe ou pantalon pour les femmes) ou une blouse

blanche, mais que cette préférence est nettement plus marquée chez les patients plus âgés. Les patients de moins de 40 ans préfèrent quant à eux le *scrub*. Une étude norvégienne (Anvik, 1990) suggère également que les patients plus âgés sont davantage en faveur de la blouse blanche que les plus jeunes, lesquels préfèrent que le médecin ne porte pas de blouse blanche. L'hypothèse avancée pour expliquer ces préférences différentes est que les jeunes générations ont grandi dans des sociétés où l'auto-détermination et la participation sont devenues parties intégrantes des tendances démocratiques. Cette hypothèse se comprend dans un contexte où, selon l'auteur, l'abandon de la blouse blanche par les médecins, dans les pays où il a lieu, est considéré comme une manifestation symbolique de leur volonté de ne plus être associés au pouvoir, au profit d'une relation médecin-patient plus démocratique. D'autres études dont celle de Gherardi et al. soulignent que les jeunes sont particulièrement familiers avec le *scrub* et son association à l'hygiène de par sa présence dans la culture populaire et les médias, dont de nombreuses séries télévisées.

Le contexte de soin influence également les préférences : la tenue formelle et/ou blouse blanche est nettement préférée par les patients externes de médecine générale alors qu'il y a peu de préférences exprimées par les patients des soins intensifs, et que ceux des spécialités dites « procédurales » telles que la gynécologie et l'obstétrique, la gastro-entérologie, les urgences, et la chirurgie, ont des préférences qui varient entre la tenue formelle et/ou blouse blanche, le *scrub*, ou pas de préférence exprimée, selon les études (Petrilli et al., 2015). Certaines études semblent indiquer qu'à l'inverse de la tendance générale, les patients externes des services de psychiatrie ont une forte préférence pour une tenue sans blouse blanche (Nihalani et al., 2006), et que cette préférence est d'autant plus marquée qu'ils sont traités depuis longtemps dans le service et que les patients se sentent davantage soutenus quand le psychiatre ne porte pas de blouse blanche (Long et al., 2017). Une autre étude, mais dans un contexte géographique différent (*i.e.* Turquie vs Etats-Unis dans le cas des deux études précédentes) suggère à l'inverse une préférence pour la blouse blanche en psychiatrie (Atasoy et al., 2015).

Pour ce qui est des représentations, selon certaines études, les médecins portant la blouse blanche sont perçus comme davantage dignes de confiance, responsables, ayant autorité, confiants et attentionnés comparativement à ceux portant d'autres tenues plus ou moins formelles (Gherardi et al., 2009 ; Tiang et al., 2017). Ils sont perçus comme ayant davantage d'autorité mais également comme moins amicaux que les médecins portant une tenue formelle sans blouse blanche (Brase &

Richmond, 2004). D'autres études menées au Royaume-Uni après la publication en 2007 des recommandations concernant la tenue vestimentaire par le Département de la Santé semblent néanmoins indiquer que les patients perçoivent les médecins comme tout autant responsables et compétents qu'ils portent la blouse blanche ou non (Hathorn et al., 2008 ; Palazzo & Hocken, 2009; Shelton et al., 2009). Kraft-Todd et al. (2017) se sont intéressés aux stéréotypes de chaleur et compétence (au sens du *Stereotype Content Model* de Fiske et al.) concernant les médecins. Concernant de nombreuses catégories de personnes, ces stéréotypes sont négativement corrélés, comme s'il y avait une sorte de compromis ou d'effet de vase communicant en matière d'évaluation des exogroupes : s'ils sont perçus comme compétents, ils seront perçus comme peu chaleureux et vice versa. Une hypothèse de l'étude était qu'il pourrait en être autrement des médecins (*i.e.* ils pourraient être considérés comme à la fois compétents et chaleureux) car dans le contexte récent de soins basés sur le patient, les compétences interpersonnelles et l'empathie sont devenues des composantes importantes de la compétence des médecins. Compte-tenu du débat actuel autour du port de la blouse blanche, l'étude visait également à tester l'association entre le port de celle-ci et l'évaluation de la compétence du médecin. Les résultats de l'étude semblent confirmer l'hypothèse des chercheurs : la corrélation trouvée entre chaleur et compétence est en effet positive, bien que faible. En outre, l'étude ne met en avant aucun effet de la blouse blanche sur la perception de chaleur ou de compétence.

#### 4.1.2 Point de vue des médecins

Seule une faible minorité des médecins seraient en faveur du port de la blouse blanche. Le principal argument mis en avant pour justifier ce point de vue est le risque de transmission d'infections acquises à l'hôpital qui serait favorisé par le port de la blouse blanche (Douse et al. 2004). La majorité des médecins affichent une préférence pour une tenue formelle sans blouse blanche, qu'ils conçoivent comme celle leur permettant le mieux de gagner la confiance des patients (Tiang et al. 2017).

## 4.2 La tenue vestimentaire des infirmiers

### 4.2.1 Point de vue des patients

Il faut noter d'emblée que la question de la tenue vestimentaire des infirmiers ne se pose pas dans des termes identiques à celle de la tenue des médecins : il s'agit de déterminer quel type d'uniforme est préféré, et à quelles représentations les différents types d'uniformes sont associés, le port même de l'uniforme n'étant pas questionné par la littérature concernant les infirmiers. Notons également que le sujet a fait l'objet de moins d'études comparativement à la tenue des médecins.

Selon une revue intégrative de littérature incluant 7 études (Hatfield et al., 2013), l'évaluation de la compétence et du professionnalisme des infirmiers est associée à leur tenue vestimentaire, mais les résultats des différentes études sont contradictoires concernant le type d'uniforme qui incarne davantage ces concepts. Selon une étude pilote canadienne (Porr et al. 2014), la plupart des patients, quels que soient leur âge et genre, préféreraient une blouse blanche unie à d'autres types d'uniformes, celle-ci étant associée à davantage de professionnalisme. Une étude d'Albert et al. (2008) incluant 499 participants américains arrive cependant à des résultats différents concernant les préférences en fonction de l'âge : parmi un choix entre huit uniformes différents, une blouse unie blanche est globalement préférée, mais si on analyse les résultats en tenant compte des tranches d'âge, cette préférence est particulièrement marquée chez les participants les plus âgés (*i.e.* 70 ans et plus), alors que les jeunes adultes et les enfants ont tendance à préférer les blouses à imprimés. Les infirmiers portant une blouse blanche sont aussi globalement perçus comme plus professionnels par les adultes, bien qu'à nouveau, cette perception soit marquée chez les participants âgés alors que les jeunes adultes et les enfants semblent ne pas se baser sur l'uniforme pour juger le professionnalisme. Skorupski et Rea (2006) s'intéressent également aux représentations concernant différents types d'uniformes en fonction de la tranche d'âge des patients dans une étude auprès de 180 participants américains. Parmi un choix entre trois uniformes dont un blanc, un bleu roi, et un bleu lavande à imprimés, l'uniforme blanc est celui qui est le plus associé à la confiance, la fiabilité, le professionnalisme et l'efficacité, quelle que soit la tranche d'âge. Par contre, l'uniforme bleu lavande à imprimés est davantage associé à la coopération, l'empathie, le caractère attentionné et approachable dans toutes les tranches d'âge sauf celle des participants les plus âgés (*i.e.* 58 ans et plus) qui associent davantage ces traits à l'uniforme blanc.

En ce qui concerne les enfants hospitalisés en pédiatrie, selon une étude italienne (Festini et al., 2009), tant les enfants que les parents préfèrent que les infirmiers portent un uniforme multicolore. Celui-ci améliore la perception que l'enfant a des infirmiers.

#### 4.2.2 Point de vue des infirmiers

Une étude qualitative canadienne d'Akhtar-Danesh et al. (2013) réalisée auprès d'étudiants infirmiers et de membres de la faculté de sciences infirmières investigate les liens perçus entre différents éléments, dont le style vestimentaire et le professionnalisme dans le cadre de la profession d'infirmier. Quatre types de points de vue émergent de l'analyse, que les auteurs dénomment les *Humanistes*, les *Portraitistes*, les *Faciliteurs* et les *Régulateurs*. Pour les *Humanistes*, les valeurs professionnelles incluent le respect de la dignité humaine, de l'intégrité, et la protection de la vie privée du patient. Ils croient fermement que le professionnalisme signifie être responsable de ses actes. Pour les *Portraitistes*, le professionnalisme est démontré par l'image personnelle de l'infirmier, sa tenue, et une expression appropriée au contexte ou à la situation. Pour les *Faciliteurs* (groupe dans lequel on ne retrouve que des étudiants), le professionnalisme inclut non seulement des standards et des règles (comme l'éthique) mais aussi des valeurs telles que l'ouverture d'esprit, la confiance et la patience. Enfin, les *Régulateurs* croient fermement que le professionnalisme est promu par un environnement de travail dans lequel des croyances et standards appropriés sont communiqués, acceptés et mis en application par le personnel. Pour les *Humanistes* et les *Régulateurs*, le professionnalisme n'inclut pas forcément un code vestimentaire, à l'inverse de ce que pensent les *Portraitistes* et les *Faciliteurs*. Pour les *Portraitistes*, le professionnalisme est même principalement reflété par l'apparence et la tenue. Bien que cette étude comporte des limites, elle est intéressante car elle met en lien le port de l'uniforme avec les représentations que les infirmiers ont des valeurs professionnelles. Ceci permet la génération d'hypothèses quant aux motivations qui sous-tendent les différentes positions des infirmiers quant au port de l'uniforme.

Il ressort de ce qui précède que les résultats des études analysant les préférences et représentations des patients et des soignants concernant la tenue de ces derniers divergent partiellement. Des différences méthodologiques, géographiques et de contexte peuvent en partie expliquer ces résultats. Quelques tendances ressortent néanmoins, telles qu'une préférence plus marquée pour la blouse blanche dans des contextes où l'identification est plus importante, ainsi que chez les patients



plus âgés, un questionnement des médecins quant aux risques de contamination liés au port de la blouse, et une forte association de la blouse blanche au professionnalisme chez certains infirmiers.

## **5 CONSÉQUENCES DU PORT DE LA BLOUSE SUR LE PATIENT : « L'EFFET BLOUSE BLANCHE »**

Si la blouse blanche fait encore souvent partie des préférences consciemment exprimées par les patients, et spécifiquement les plus âgés, nous allons découvrir qu'à un niveau plus inconscient, elle impacte négativement ceux-ci, notamment concernant des aspects physiologiques et cognitifs.

### **5.1 Effet physiologique : augmentation de la pression artérielle**

Le phénomène de l'EBB a été observé pour la première fois en 1896 par Riva-Rocci, un médecin italien à l'origine du prototype des tensiomètres modernes, lequel a noté une augmentation de la pression artérielle des patients durant la visite du médecin. Il n'a cependant été étudié de manière quantitative qu'à partir de 1983 (Cobos et al., 2015). S'il n'existe pas de définition faisant l'unanimité, l'EBB peut néanmoins être décrit comme le phénomène d'augmentation de pression artérielle qui se produit au moment d'une visite clinique et se dissipe ensuite rapidement. Le concept d'EBB diffère légèrement de celui d'hypertension liée à la blouse blanche (HLBB), lequel fait référence à un groupe de patients qui présentent une hypertension dans un contexte clinique alors que leur pression artérielle est normale dans les autres contextes. En effet, l'HLBB est une mesure du niveau de pression artérielle alors que l'EBB mesure le changement de celle-ci (Pickering et al. 2002). La prévalence de l'HLBB varie assez largement selon les études (qui utilisent des mesures légèrement différentes et des seuils différents) mais peut être estimée entre 10 et 50% (Gorostidi et al., 2015). Des mesures ambulatoires de la pression artérielle (à l'aide d'un appareil de mesure automatique porté pendant 24 ou 48 heures) sont aujourd'hui généralement utilisées afin de distinguer l'hypertension persistante de l'HLBB.

L'EBB tend à être plus marqué chez les patients âgés que chez les plus jeunes, et chez les femmes que chez les hommes (Manios et al., 2008. Myers et al., 1995), bien que selon Streitl (2011) l'impact du genre serait un prédicteur significatif mais de faible taille effet, et deviendrait non significatif si on tient compte de l'âge et de l'indice de masse corporelle. Il est généralement plus important quand la pression artérielle est mesurée par un médecin que par un infirmier (La Batide-Alanore et al. 2000 ; Myers et al.), ainsi que lorsqu'elle est mesurée par un médecin expérimenté vs. un jeune médecin (La Batide-Alanore et al.). Ceci suggère que la magnitude de l'EBB dépend

en partie des interactions entre le patient et le soignant prenant la mesure (Pickering et al. 2002). Notons encore que l'EBB semble présent à un certain degré chez presque tous les patients hypertendus. A l'inverse, chez les personnes dont la pression artérielle est dans les normes, l'EBB tend à être absent ou négatif (Pickering et al.).

Bien qu'à l'origine le concept d'EBB ait été introduit pour faire référence à l'augmentation de pression artérielle suite à l'entrée d'un médecin dans la pièce, selon une étude d'Adiyaman et al. (2015) sur 65 patients hypertendus, les variations entre le niveau de pression artérielle mesuré en contexte clinique vs. à la maison peuvent être attribuées tant à l'environnement médical qu'à la présence du médecin et seraient même davantage dues à l'environnement médical. En outre, il semble que ces deux effets (*i.e.* environnement médical et présence du médecin) ne soient pas corrélés et impactent donc la réponse d'augmentation de la pression artérielle de manière indépendante. De manière anecdotique mais intéressante, il semble que les êtres humains ne soient pas les seuls êtres vivants sensibles à un environnement médical. Les lévriers sont connus pour avoir une pression artérielle systémique supérieure à d'autres races de chiens. Cela amena Marino et al. (2011) à se demander si celle-ci pourrait être liée au contexte médical. La pression artérielle de 22 lévriers de course à la retraite et en bonne santé a été testée dans trois conditions différentes : à la clinique vétérinaire par l'investigateur, à la maison par l'investigateur et à la maison par leur propriétaire. Il ressort de l'étude que la pression artérielle mesurée à la maison n'est pas significativement différente selon qu'elle est mesurée par l'investigateur ou par le propriétaire du chien, mais que la pression artérielle est significativement plus élevée quand elle est mesurée à la clinique vétérinaire comparativement aux deux mesures prises à la maison.

Concernant les risques de maladies cardiovasculaires associés à l'HLBB, une étude de Franklin et al. (2016) compare, sur une période de suivi médiane de 10,6 ans, 653 sujets non-traités présentant une HLBB à 653 sujets normotendus appariés selon l'âge et le risque initial. Selon cette étude, il semble qu'il n'y ait pas de différence de risque pour la plupart des sujets non-traités comparativement aux sujets appariés du groupe contrôle. Cependant, dans un sous-groupe spécifique de 92 sujets, ceux de 60 ans et plus avec un risque initial élevé, on retrouve un nombre significativement plus élevé de nouveaux événements cardiovasculaires dans le groupe présentant une HLBB (70 événements) comparativement aux sujets contrôles appariés (48 événements). Une méta-analyse de Cohen et al. (2019) qui inclut 27 études comprenant un total de 25.786 participants

conclut quant à elle à un risque supérieur d'évènements cardiovasculaires, de mortalité cardiovasculaire et de mortalité toutes causes confondues pour les sujets non-traités présentant une HLBB comparativement aux sujets contrôles normotendus.

## **5.2 Mécanismes physiologiques et psychologiques sous-jacents**

Les mécanismes qui sous-tendent l'EBB sont encore mal compris mais les hypothèses à ce sujet privilégient une réaction d'alerte via l'activation du système nerveux sympathique qui entraîne une vasoconstriction (Grassi et al., 1999). L'activité nerveuse sympathique peut être mesurée à l'aide d'une microneurographie du nerf péronier. Cette technique consiste à insérer une microélectrode par voie transcutanée dans le nerf péronier, un nerf superficiel auquel on peut aisément avoir accès à l'arrière du creux poplité. Elle permet d'enregistrer les influx des nerfs qui innervent la peau et les muscles. Avec cette méthode, concomitamment à l'entrée du médecin dans la pièce, on observe une augmentation de l'activité nerveuse au niveau de la peau et une diminution au niveau des muscles (Grassi et al.). Au même moment, une augmentation marquée de la pression artérielle et du rythme cardiaque sont également observées, ce qui amène à poser l'hypothèse d'une vasoconstriction généralisée mais avec une vasodilatation réflexe au niveau des muscles, médiée par les barorécepteurs. Au niveau des neurotransmetteurs, l'adrénaline semble être en grande partie à l'origine de cette réponse (Grassi et al.). Comme mentionné *supra*, il a été démontré que l'EBB augmente avec l'avancée en âge. Cette augmentation pourrait être en partie liée à la rigidification des artères et à la perte de sensibilité des barorécepteurs chez les personnes âgées comparativement aux plus jeunes (Seravalle et al., 2015). Dès lors, face à un événement stressant, l'activation du système nerveux sympathique produirait de plus grandes variations de la pression artérielle et par conséquent un EBB supérieur.

Grassi et al. (1999) indiquent que le type de réponse observé dans l'EBB est similaire aux réactions de défense observées dans les modèles animaux face à des stressors émotionnels. Par conséquent, on peut poser l'hypothèse que des facteurs émotionnels tels que l'anxiété et le stress sont à l'origine de l'EBB (Cobos et al., 2015). Il semble d'après plusieurs études (*e.g.* Coelho et al., 1999) que l'anxiété-trait ne soit pas associée à l'EBB ni à l'HLBB. Par contre, une étude de Spruill et al. (2007) incluant 214 sujets normotendus et légèrement hypertendus (ayant arrêté leur traitement antihypertenseur pendant 8 semaines) indique que les sujets qui se perçoivent hypertendus, qu'ils le soient réellement ou pas, rapportent, de manière significative, une plus grande anxiété-état

(mesurée à l'aide d'une échelle visuelle analogique) au moment où la pression artérielle est mesurée et font l'objet d'un EBB plus important que ceux qui ne se perçoivent pas hypertendus. Dans le modèle des chercheurs, l'anxiété-état explique approximativement 19% de la relation entre la perception d'être hypertendu et l'EBB, et se présente donc comme un mécanisme en vertu duquel le statut perçu concernant d'hypertension contribue à l'EBB. L'importance plus grande du statut perçu d'hypertension comparativement au statut réel d'hypertension apparaît clairement dans les résultats qui indiquent que les sujets normotendus qui avaient reçu dans le passé un diagnostic d'hypertension étaient plus anxieux et davantage sujets à l'EBB que les sujets hypertendus qui ignoraient leur diagnostic, et que les normotendus qui n'avaient jamais reçu de diagnostic d'hypertension. Notons que dans cette étude également, aucune association n'a été trouvée entre l'anxiété-trait et l'EBB. Selon les auteurs, la perception de son statut d'hypertension dépend largement des expériences « d'étiquetage » d'hypertendu par le corps médical, mais aussi de nombreux autres facteurs tels que l'interprétation du diagnostic, les croyances de santé, les processus cognitifs, les symptômes physiques, l'histoire familiale, la relation avec le médecin, etc. Toujours selon les auteurs, en accord avec les théories sur les représentations de la maladie selon lesquelles les individus s'efforcent de trouver de la cohérence entre leurs symptômes et leur diagnostic, recevoir un diagnostic d'hypertension peut amener la personne en question à adopter un « rôle de malade » si elle considère qu'une pression sanguine élevée est une condition médicale sérieuse. Selon le modèle d'autorégulation du comportement de maladie de Leventhal et al. (1983), des processus cognitifs et émotionnels jouent un rôle-clé dans les réponses d'un individu aux menaces de santé. Les auteurs postulent que la menace d'une évaluation clinique d'hypertension (et des conséquences négatives ou dangereuses qui peuvent y être associées) active chez certains individus des processus émotionnels qui génèrent de l'anxiété, laquelle mène aux réactions cardiovasculaires typiques de l'EBB.

Leventhal et al. (2007), dans un article qui commente celui de Spruill et al. (2007), soulignent que les implications de l'étude de Spruill et al. s'étendent bien au-delà de la question de l'hypertension. Ils insistent sur le fait que tenir compte de l'anxiété spécifique à la situation (*i.e.* en l'occurrence le contexte médical, la présence du médecin, et la potentielle évaluation clinique d'hypertension) est nécessaire afin de pouvoir mettre en lien les facteurs psychologiques et le fonctionnement physiologique.

Une étude d'Ogedegbe et al. (2008), réalisée par le même groupe de chercheurs que celle de Spruill et al. (2007), vise à investiguer les mécanismes sous-jacents de l'EBB. L'hypothèse des auteurs est que l'EBB ne serait pas associé à l'anxiété-trait mais serait le résultat d'un conditionnement classique. Ce conditionnement fonctionnerait comme suit : la peur du diagnostic d'hypertension et des répercussions négatives associées à celui-ci serait un stimulus inconditionnel qui engendrerait une réponse inconditionnelle d'anxiété, laquelle amènerait une augmentation de la pression artérielle. Suite à une ou des associations avec le stimulus inconditionnel, des stimuli tels que le cabinet médical et la blouse blanche du médecin deviendraient des stimuli conditionnés engendrant par eux-mêmes une réponse conditionnée d'anxiété, amenant une augmentation de la pression artérielle. Afin de tester cette hypothèse, 238 participants de 18 à 80 ans acceptant d'arrêter leur éventuel traitement antihypertenseur pendant la durée de l'étude ont été recrutés dans une clinique de l'hypertension. Ils ont été classés en 4 catégories diagnostiques en fonction de leur pression artérielle mesurée à la clinique et en ambulatoire:

- Normotendus pour 35% (*i.e.* pression artérielle dans les normes tant à la clinique qu'en ambulatoire) ;
- Hypertension soutenue pour 37% (*i.e.* pression artérielle au-dessus des normes tant à la clinique qu'en ambulatoire) ;
- HLBB pour 9% (*i.e.* pression artérielle au-dessus des normes à la clinique mais dans les normes en ambulatoire) ;
- Hypertension masquée pour 19% (*i.e.* pression artérielle dans les normes à la clinique mais au-dessus des normes en ambulatoire).

Les participants ont pris part à trois évaluations de deux jours chacune, à un mois d'intervalle. Le premier jour de chaque évaluation, le moniteur ambulatoire de pression artérielle était installé sur le participant qui devait le porter jusqu'au lendemain soir. Le lendemain, il revenait à la clinique, portant toujours le moniteur ambulatoire, et une série de mesures de la pression artérielle étaient prises : (1) dans la salle d'attente, après 5 minutes de repos, l'assistant de recherche générait manuellement deux mesures à deux minutes d'intervalle à l'aide du moniteur ambulatoire ; (2) 15 minutes plus tard, après l'entrée dans la salle d'examen, l'assistant de recherche générait à nouveau manuellement deux mesures à deux minutes d'intervalle à l'aide du moniteur ambulatoire ; (3) approximativement 5 minutes après l'entrée dans la salle d'examen, le médecin entrait dans la pièce

et prenait trois mesures à l'aide d'un sphygmomanomètre à colonne de mercure (dont l'équivalence de mesure avec le moniteur ambulatoire avait été validée) ; (4) ensuite le médecin quittait la pièce et l'assistant de recherche générait à nouveau manuellement deux mesures à deux minutes d'intervalle à l'aide du moniteur ambulatoire. Le participant rentrait ensuite chez lui, portant toujours le moniteur ambulatoire. L'anxiété des participants était également mesurée : l'anxiété-trait était évaluée à une seule reprise à l'aide de plusieurs échelles (*i.e.* *Brief Symptom Inventory*, *Spielberger Trait Anxiety Scale*, et la *Taylor Manifest Anxiety Scale*) dans la salle d'attente, avant les premières mesures de pression artérielle par l'assistant de recherche. L'anxiété-état était évaluée à de multiples reprises *i.e.* lors de chacune des phases (1) à (4) ci-dessus, avant et après les mesures de pression artérielle, à l'aide d'un seul item sur une échelle visuelle analogique.

Au niveau des résultats de l'étude, comme dans les études précédentes, aucune association n'a été trouvée entre l'anxiété-trait et la catégorie diagnostique. Par contre, comme attendu par les chercheurs, l'anxiété-état des participants de la catégorie « HLBB » était significativement plus élevée que celle des trois autres catégories, pour chaque temps de mesure. Ce sont aussi les sujets de la catégorie « HLBB » qui connaissaient la plus forte augmentation du niveau d'anxiété-état immédiatement après la prise de mesure de pression artérielle par le médecin. C'est encore la seule catégorie de sujets à voir leur pression artérielle augmenter en présence du médecin. En effet, il y avait peu de changements de pression artérielle observés chez les sujets avec une hypertension soutenue. Chez les normotendus et les sujets de la catégorie hypertension masquée, la pression artérielle tendait même à diminuer quand elle était prise par le médecin. Une analyse de covariance à mesures répétées, en contrôlant l'âge et le sexe, a montré un effet d'interaction entre les circonstances de mesure (*i.e.* salle d'attente, salle d'examen, médecin présent ou absent) et la catégorie diagnostique sur l'anxiété-état.

Ces résultats confortent les auteurs dans leur hypothèse selon laquelle l'anxiété et/ou la pression artérielle sont des réponses conditionnées à un ensemble de stimuli, dont la présence du médecin. Il est intéressant de noter que les normotendus et les sujets de la catégorie hypertension masquée ont un schéma de réponses très similaire tant pour l'anxiété-état dans la salle d'examen (*i.e.* peu de variation) que pour la variation (*i.e.* diminution) de la pression artérielle à l'arrivée du médecin. Cela amène les auteurs à spéculer qu'une source de stimulus inconditionnel est le diagnostic d'hypertension en tant que tel. Par conséquent, en l'absence de diagnostic d'hypertension préalable,

la réponse conditionnée n'apparaît pas. A l'inverse, le simple fait de se voir apposer l'étiquette d'hypertendu prépare le terrain pour le processus de conditionnement présumé. En effet, selon les résultats de l'étude, les deux catégories qui n'ont pas reçu cette étiquette (*i.e.* les normotendus et les sujets de la catégorie hypertension masquée) présentent des niveaux d'anxiété significativement plus faibles comparativement aux deux catégories ayant reçu cette étiquette (*i.e.* les sujets des catégories HLBB et hypertension soutenue).

### **5.3 Effet sur les performances à des tests cognitifs**

Quelques rares études ont investigué l'impact de l'environnement et des conditions dans lesquels des tests cognitifs, et spécifiquement des tests de mémoire, sont réalisés sur les performances des personnes âgées à ces tests. Qu'elles fassent ou non explicitement référence à l'EBB observé au niveau cardiovasculaire, on peut poser l'hypothèse que des processus relativement similaires sont en jeu dans les deux cas.

Une étude de Sindi et al. (2013) vise à comparer les niveaux de cortisol salivaire et les performances mnésiques d'adultes jeunes et âgés testés dans des environnements manipulés pour être stressants (condition défavorable) ou non-stressants (condition favorable) pour chaque groupe d'âge. Le cortisol, hormone du stress, a un impact important sur les processus cognitifs car, étant liposoluble, il peut traverser la barrière hémato-encéphalique et se lier à des récepteurs de l'hippocampe, de l'amygdale et des lobes frontaux, lesquels sont impliqués dans les processus cognitifs. Des échantillons de salive ont été prélevés dans chaque condition pour évaluer les niveaux de cortisol, ainsi qu'à la maison, afin de disposer d'une mesure de base.

Les participants du groupe jeunes adultes (entre 18 et 35 ans) étaient des étudiants de l'Université McGill de Montréal et les participants du groupe adultes âgés (entre 60 et 75 ans) ont été recrutés *via* un journal local. Chaque participant était exposé aux deux conditions de manière contrebalancée. La condition favorable aux sujets jeunes et défavorable aux sujets âgés consistait en une tâche de rappels d'une liste de 18 mots neutres bi-syllabiques (trois rappels immédiats suivi d'un rappel différé de 20 minutes), un type de tâche familière aux étudiants mais pas aux adultes âgés. Elle se déroulait à l'Institut Neurologique de l'Université McGill, un lieu bien connu des étudiants mais pas des adultes âgés. L'épreuve se déroulait l'après-midi, un moment de la journée plus adapté aux jeunes adultes, et l'assistant de recherche qui menait l'expérience était un étudiant

gradués de 24 ans, du même groupe d'âge que les sujets jeunes. Enfin, les instructions mettaient en avant la composante mnésique de la tâche. A l'inverse, la condition favorable aux sujets âgés et défavorable aux sujets jeunes consistait en une tâche mnésique d'association de visages de 18 items, un type d'informations plus pertinentes pour les adultes âgés et qu'ils mémorisent mieux. Elle se déroulait au Douglas Mental Health University Institute, un lieu que les sujets âgés connaissaient car ils y avaient été invités pour une première visite, avant le jour de l'expérience, afin de s'acclimater à l'environnement, alors que les sujets jeunes ne connaissaient pas ce lieu. L'épreuve se déroulait le matin, un moment de la journée plus adapté aux adultes âgés, et l'assistant de recherche qui menait l'expérience était âgé de 72 ans, du même groupe d'âge que les sujets âgés. Enfin, les instructions ne mettaient pas en avant la composante mnésique de la tâche.

Les résultats de l'étude ont mis en avant un effet d'interaction significatif entre le groupe de sujets et la condition, tant pour le niveau de cortisol que pour la performance mnésique. En effet, un niveau plus élevé de cortisol et plus faible de performance mnésique (particulièrement concernant le rappel différé) a été observé chez les adultes âgés dans la condition qui leur était défavorable comparativement à la condition qui leur était favorable, alors que dans le groupe des jeunes adultes, aucune différence significative n'est apparue entre les conditions.

Une étude de Schlemmer et Desrichard (2017) suggère que le concept d'EBB pourrait être étendu au-delà du phénomène d'augmentation de la pression artérielle à des situations de tests (*e.g.* neuropsychologiques) où les personnes âgées produisent de moindres performances dans un environnement médicalisé comparé à un environnement non-médicalisé. Afin de tester leur hypothèse, 27 sujets âgés de 64 à 74 ans ont été recrutés et ont été répartis aléatoirement entre deux conditions expérimentales. Dans la condition contrôle « Recherche universitaire », l'expérimentatrice était habillée normalement et se présentait comme une étudiante en psychologie. Elle remerciait le sujet de s'être porté volontaire pour participer à l'étude et expliquait qu'elle était là pour évaluer sa mémoire. Ils s'asseyaient tous deux sur des chaises similaires, autour d'une table ronde, dans une salle neutre, sans décoration. A l'inverse, dans la condition expérimentale « Examen neuropsychologique », l'expérimentatrice portait une blouse blanche au-dessus de ses vêtements et se présentait comme une étudiante en neuropsychologie. Elle remerciait le sujet de s'être porté volontaire pour un examen neuropsychologique afin d'évaluer sa mémoire, et lui demandait de s'asseoir sur une chaise standard alors qu'elle s'asseyait dans un fauteuil de bureau en



cuir plus confortable et plus imposant, de l'autre côté du bureau. La pièce simulait un bureau médical à l'aide de posters neuropsychologiques accrochés au mur, d'une plaque « Laboratoire neuropsychologique » sur la porte, ainsi que d'une pile de « dossiers de patients » et d'un livre de neuropsychologie clinique sur le bureau.

Chaque sujet a pris part à deux tâches de mémoire : un rappel d'histoire (issue de la batterie d'efficiences mnésiques 144 de Signoret, 1991) et un empan de mots qui consistait en un rappel immédiat d'une liste de mots dans le bon ordre. Après avoir accompli les deux tests de mémoire, l'auto-efficacité mnésique du sujet était mesurée à l'aide d'une version française validée du *Memory Self-Efficacy Questionnaire* (Beaudouin et al., 2008). Il s'agit d'un questionnaire de 6 items qui demande au participant d'évaluer ses propres capacités mnésiques concernant 6 tâches de mémoire (incluant à la fois des tâches de laboratoire et des tâches de la vie quotidienne). Le score obtenu par un participant fournit une mesure de son auto-évaluation de ses capacités mnésiques de base.

Contrairement à l'hypothèse des chercheurs, les résultats de l'étude n'ont pas conclu à un effet principal significatif du type d'environnement (médical ou neutre), ni pour le rappel d'histoire, ni pour l'empan de mots. L'effet principal du niveau d'auto-efficacité mnésique (faible ou élevé) était quant à lui significatif pour l'empan de mots et presque significatif pour le rappel d'histoire. En outre, les résultats mettent en évidence un effet d'interaction entre l'environnement de passation et le sentiment d'auto-efficacité mnésique de la personne âgée : un environnement médical met en péril les performances mnésiques des personnes âgées avec un faible sentiment d'auto-efficacité mnésique alors qu'il booste celles des personnes âgées avec un sentiment d'auto-efficacité mnésique élevé. Cet effet d'interaction est significatif pour le rappel d'histoire, et plus faible et tout juste significatif pour l'empan de mots. Selon les auteurs, ceci suggère que l'EBB pourrait être moins important pour des processus plus automatiques tels que ceux impliqués dans l'empan de mots.

Il résulte de ce qui précède que l'EBB se présente comme un phénomène propre au contexte clinique, influencé tant par des facteurs physiques (*e.g.* liés à l'avancée en âge) que par des facteurs psycho-sociaux (*e.g.* interaction avec le soignant) et socio-environnementaux (*e.g.* environnement médicalisé) qui produisent vraisemblablement leurs effets *via* une réaction d'alerte activant le système nerveux sympathique, cette réaction pouvant être le résultat d'un conditionnement. L'EBB

met en lumière l'impact délétère qu'un environnement physico-social dominé par le soin peut produire sur les individus, particulièrement les plus âgés.

## **6 CONSÉQUENCES DU PORT DE LA BLOUSE SUR LE SOIGNANT: *ENCLOTHED COGNITION***

La blouse blanche ne produit pas ses seuls effets sur les patients. En effet, il ressort d'une littérature encore balbutiante qu'elle pourrait également impacter celui qui la porte. Les études portant sur cette question s'inscrivent dans le champ de recherche de l'*enclothed cognition*, lui-même soutenu par les théories de l'*embodied cognition*.

### **6.1 Cadre théorique de l'*embodied cognition***

Les théories cognitives classiques partent de l'hypothèse que les connaissances sont stockées dans un système de mémoire sémantique séparé des systèmes modaux de perception (*e.g.* vue, audition), d'action (*e.g.* mouvement, proprioception) et d'introspection (*e.g.* état mentaux, affects). Selon ces théories, les représentations des systèmes modaux sont traduites en symboles amodaux (comme des listes de caractéristiques ou des réseaux sémantiques par exemple) qui représentent les connaissances expérientielles en mémoire sémantique, lesquelles, une fois intégrées, sous-tendent l'ensemble des processus cognitifs (Barsalou, 2008). Pour illustrer ces principes, prenons l'exemple d'une pomme. Selon les théories classiques, nous possédons en mémoire sémantique un concept abstrait de « pomme » qui est indépendant et coupé de nos expériences passées avec cet objet, telles que voir une pomme (*e.g.* sa couleur, sa forme, sa taille, etc.), la manipuler (*e.g.* son poids, sa résistance, sa texture, etc.), croquer dedans (*e.g.* son goût, son côté juteux, etc.), dire, entendre, écrire, ou lire le mot « pomme », ou toute autre action ou sensation en lien avec cet objet. Ce concept abstrait de « pomme » sous-tendrait tous nos processus cognitifs.

A l'inverse, les théories qui s'inscrivent dans le cadre théorique de l'*embodied cognition* (que l'on peut traduire par « cognition incarnée ») rejettent l'hypothèse selon laquelle des symboles amodaux représentent les connaissances en mémoire sémantique. Selon ces théories, il est peu probable que le cerveau contienne des connaissances amodales, et même si c'était le cas, elles interagiraient avec des représentations modales pour générer la cognition (Barsalou). Les expériences forment des représentations cognitives multimodales de concepts abstraits et acquièrent une valeur symbolique. Pour reprendre l'exemple précédent, selon les théories de

*l'embodied cognition*, le concept sémantique de « pomme » est intrinsèquement lié à nos expériences sensibles, motrices et émotionnelles avec des pommes, ce qui se reflète par l'activation des aires cérébrales sensorielles, motrices et émotionnelles en lien avec les caractéristiques de la pomme, ceci générant des patterns d'activation particuliers dans les aires cérébrales associatives. Au fur et à mesure de nos expériences avec des pommes différentes, nous développons et renforçons ce que Barsalou nomme le « symbole perceptif » de la pomme, qui correspond au schéma de ses principales caractéristiques et est intrinsèquement lié à nos expériences avec l'objet. L'idée principale de *l'embodied cognition* est que les représentations et opérations cognitives sont fondamentalement ancrées dans leur contexte physique (Niedenthal et al., 2005).

## **6.2 *Enclothed cognition***

### **6.2.1 Concept théorique**

La théorie de *l'enclothed cognition* développée par Adam et Galinsky (2012) trouve ses racines dans le champ de recherche de *l'embodied cognition*. Elle est cependant plus spécifique que cette dernière puisqu'elle se concentre sur l'expérience de porter un vêtement. L'idée centrale de *l'enclothed cognition* est que les vêtements que nous portons influencent non seulement ceux avec qui nous interagissons mais aussi nos propres processus psychologiques. Selon la théorie de *l'enclothed cognition*, l'expérience de porter un vêtement déclenche l'activation de concepts abstraits qui y sont associés et de leur signification. Par exemple, porter un nez rouge de clown va activer des concepts liés au rire et au comique. Le porteur du vêtement incarne en quelque sorte ce vêtement et sa signification. Dès lors, porter un vêtement engendre des conséquences sur les processus psychologiques du porteur, lesquelles s'exercent au travers de cette activation des concepts abstraits qui y sont associés et de leur signification symbolique. Pour reprendre l'exemple précédent, porter un nez rouge de clown peut amener son porteur à se sentir davantage drôle et à être disposé à faire rire, au travers de l'activation des concepts de rire et de comique.

Adam et Galinsky précisent que *l'enclothed cognition* implique la coexistence de deux facteurs indépendants qui sont (i) l'association d'une valeur symbolique au vêtement et (ii) l'expérience physique du port du vêtement. Cette seconde condition distingue *l'enclothed cognition* de l'effet de *priming* matériel qui peut se définir comme le phénomène en vertu duquel la simple

exposition à un objet physique favorise les comportements qui concordent avec la valeur symbolique de cet objet. Selon ces auteurs, le port du vêtement et l'expérience physique qui l'accompagne (*e.g.* le voir sur soi, le sentir sur sa peau) augmentent les probabilités que ce vêtement puisse exercer une influence sur les processus psychologiques du porteur au-delà d'un simple effet de *priming* matériel.

### 6.2.2 L'*enclothed cognition* appliqué à la blouse blanche

Concernant la blouse blanche, ce vêtement a dès le départ été au centre des investigations de l'*enclothed cognition* puisque l'étude susmentionnée d'Adam et Galinsky (2012) qui a introduit le concept même d'*enclothed cognition* portait sur l'effet du port d'une blouse blanche sur les processus attentionnels.

#### *Effet de la blouse blanche sur les processus attentionnels du porteur*

L'étude d'Adam et Galinsky (2012) se compose de trois expériences testant toutes trois l'effet du port d'une blouse blanche de laboratoire sur les processus attentionnels. Cette blouse étant le vêtement prototypique du médecin et du scientifique, les auteurs posaient l'hypothèse qu'elle serait symboliquement associée au fait d'être attentif et prudent. Cette hypothèse a été confirmée par une étude en ligne préalable aux expériences qui a démontré de fortes associations entre la blouse de laboratoire et les construits (*i.e.* conceptions reposant sur des perceptions communes aux membres d'une société) d'attention, de prudence, de responsabilité et de focus scientifique.

La première expérience (n = 58) comparait les résultats au test de Stroop (1935) d'un groupe de sujets portant une blouse blanche présentée comme une blouse de laboratoire à un groupe de sujets contrôles portant leurs propres vêtements. Les sujets de l'étude étaient des étudiants universitaires. Le test de Stroop est considéré comme un test mesurant l'attention sélective. Une version légèrement modifiée du test a été utilisée dans le cadre de l'étude. La tâche consistait en 20 essais avec interférence dans lesquels la signification des lettres interférait avec la dénomination de couleur à effectuer (*e.g.* « ROUGE » écrit à l'encre bleue) et 30 essais sans interférence, dans lesquels la signification des lettres n'interférait pas avec la dénomination de couleur dont 15 essais concordants (*e.g.* « ROUGE » écrit à l'encre rouge) et 15 essais neutres (*e.g.* « XXXX » écrit à l'encre rouge). La latence de réponse et le nombre d'erreurs ont été pris en compte pour évaluer la

performance. Les résultats indiquent un effet principal du type d'essais (avec interférence vs. sans interférence) sur le nombre d'erreurs, c'est-à-dire que, comme généralement observé dans le test de Stroop, les sujets font plus d'erreurs concernant les essais avec interférence que concernant les essais sans interférence. En outre, un effet d'interaction entre le groupe (avec blouse blanche vs. sans blouse blanche) et le type d'essais (avec interférence vs. sans interférence) a été observé concernant le nombre d'erreurs : les sujets portant la blouse blanche ont fait approximativement deux fois moins d'erreurs que les sujets du groupe contrôle pour les essais avec interférence, indiquant selon les auteurs un niveau d'attention sélective plus élevé dans le groupe blouse blanche comparativement au groupe contrôle. Aucun effet principal du groupe (avec blouse blanche vs. sans blouse blanche) n'a par contre été observé. En outre, la latence de réponse variait selon le type d'essais *i.e.* latence plus importante pour les essais avec interférence, mais ne variait pas selon les groupes (avec blouse blanche vs. sans blouse blanche) et n'était pas sujette à un effet d'interaction entre le groupe et le type d'essais.

Les deuxième et troisième expériences ( $n = 74$  ;  $n = 99$ ) visaient à tester de manière distincte l'effet spécifique de chacun des deux facteurs cumulatifs à la base de l'*enclothed cognition* selon la théorie des auteurs, à savoir : (i) le fait de porter le vêtement, et (ii) la valeur symbolique du vêtement. Le facteur « valeur symbolique du vêtement » a été manipulé en présentant celui-ci aux sujets soit comme une blouse de médecin, soit comme celle d'un artiste peintre. En outre, pour confirmer que l'*enclothed cognition* va au-delà d'un simple effet de *priming* matériel et qu'il est essentiel que le vêtement soit porté, une troisième condition a été ajoutée, dans laquelle le sujet était visuellement exposé à la blouse blanche présentée comme une blouse de médecin mais ne la portait pas. La dimension attentionnelle testée était ici celle de l'attention soutenue, au travers d'une épreuve de recherche visuelle comparative (*i.e.* trouver 4 différences entre des paires de photographies détaillées) qui requérait le maintien du focus attentionnel pendant une activité continue. En accord avec les hypothèses des auteurs, les sujets portant une blouse présentée comme une blouse de médecin ont montré un niveau d'attention soutenue supérieur aux sujets des deux autres groupes. En outre, quand le *priming* de la condition « voir une blouse blanche de médecin » est assez fort (*i.e.* la blouse est présente durant toute l'épreuve et le sujet doit s'identifier avec cette blouse), ce qui est le cas dans la troisième expérience à l'inverse de la deuxième, les sujets de cette condition obtiennent des scores d'attention soutenue supérieurs à ceux du groupe « porter une blouse blanche de peintre ».

Une recherche de Burns et al. (2019) a tenté de répliquer les résultats de la première expérience de l'étude d'Adam et Galinsky (2012) concernant l'attention sélective, sans y parvenir. Pour se faire, ils ont recruté 200 étudiants en psychologie qui ont été répartis au hasard dans les conditions « avec blouse blanche » et « sans blouse blanche ». Le test de Stroop a bien évidemment été utilisé, mais le nombre d'essais a été augmenté et balancé : chaque sujet prenait part à 50 essais avec interférence, 50 essais concordants et 50 essais neutres. Comme les chercheurs s'y attendaient, les résultats ont mis en avant un effet principal du type d'essai concernant le nombre d'erreurs *i.e.* plus d'erreurs concernant les essais avec interférence que concernant les essais neutres ou concordants. Comme dans l'étude d'Adam et Galinsky, aucun effet principal du groupe (avec blouse blanche *vs.* sans blouse blanche) n'a été observé sur le nombre d'erreurs. A l'inverse de l'étude d'Adam et Galinsky, aucun effet d'interaction entre le groupe et le type d'essai n'a été observé concernant le nombre d'erreurs. Des résultats similaires à ceux d'Adam et Galinsky ont été observés concernant la latence de réponse *i.e.* elle variait selon le type d'essais (latence plus importante pour les essais avec interférence), mais ne variait pas selon les groupes (avec blouse blanche *vs.* sans blouse blanche) et n'était pas sujette à un effet d'interaction entre le groupe et le type d'essais. Ces résultats questionnent les effets de l'*enclothed cognition* sur l'attention sélective puisque la blouse blanche n'a eu dans cette étude ni effet principal ni effet d'interaction significatif, tant du point de vue du temps de réponse que du nombre d'erreurs. Burns et al. ne prétendent cependant pas que les vêtements n'ont pas d'impact sur leur porteur. Ils citent d'ailleurs certaines des études mentionnées *infra* dont ils ne remettent pas les résultats en question. Dans un article de commentaires sur l'étude de Burns et al., Adam et Galinsky (2019) reconnaissent que la tentative de répllication été menée avec sérieux et qu'elle remet en effet en question les résultats de leur étude concernant les effets de l'*enclothed cognition* sur une tâche telle que le test de Stroop. Ils soulignent cependant que les résultats de plusieurs études (voir *infra*) se basant sur les concepts de l'*enclothed cognition* en soutiennent la perspective. L'idée centrale de l'*enclothed cognition* (*i.e.* les vêtements que nous portons influencent non seulement ceux avec qui nous interagissons mais aussi nos propres processus psychologiques) n'est pour Adam et Galinsky pas remise en cause.

Toujours en lien avec les processus cognitifs, Van Stockum et DeCaro (2014) ont étudié l'impact du port d'une blouse blanche sur les capacités de résolution de problèmes requérant l'engagement dans des processus cognitifs flexibles, créatifs, et associatifs. A cette fin, ils ont soumis 96 étudiants en psychologie répartis aléatoirement en deux groupes (avec blouse blanche *vs.* sans blouse

blanche) à une tâche d'arithmétique avec des bâtons d'allumettes. Les résultats n'ont mis en avant aucun effet principal significatif de la condition (avec blouse blanche *vs.* sans blouse blanche) sur les capacités créatives de résolution de problèmes. Par contre, un effet d'interaction significatif a été trouvé entre la condition (avec blouse blanche *vs.* sans blouse blanche) et les capacités de mémoire de travail (mesurées en fin de protocole, après le retrait de la blouse blanche le cas échéant) sur les capacités créatives de résolution de problèmes : les sujets avec une mémoire de travail faible portant une blouse blanche ont réalisé de moins bonnes performances en capacités créatives de résolution de problèmes que ceux avec une mémoire de travail faible ne portant pas de blouse blanche, et à l'inverse, les sujets avec une mémoire de travail élevée portant une blouse blanche ont réalisé de meilleures performances que ceux avec une mémoire de travail élevée ne portant pas de blouse blanche. Compte tenu d'une série de spécificités liées à la méthodologie de l'étude, ces résultats sont néanmoins difficiles à interpréter.

#### *Effets de la blouse blanche sur la perception de soi*

Une étude de Jones et al. (2019) avait pour objectif de tester si, en application des principes de l'*encloded cognition*, porter une blouse blanche identifiée comme une blouse de scientifique, pourrait impacter la perception de soi de jeunes élèves et leur intérêt pour les matières scientifiques. A cette fin, 216 élèves de 5<sup>ème</sup> grade (*i.e.* dernière année de l'école élémentaire aux Etats-Unis, élèves âgés de 10-11 ans sauf en cas de redoublement) ont été répartis aléatoirement entre deux groupes, un portant une blouse blanche et l'autre n'en portant pas, pendant 10 cours de science. Le concept fondamental qui intéressait les chercheurs était celui de l'identité scientifique, pour lequel ils retiennent la définition de Hazari et al. (2010), qui décrit l'identité scientifique d'un individu comme le résultat de l'intérêt, la reconnaissance des autres, ainsi que les perceptions de performance et de compétence. Selon Hazari et al., l'identité scientifique aide à développer des aspirations de carrière scientifique chez les étudiants. Dans cette optique, une enquête de 23 items de type Likert a été développée afin de mesurer différentes variables avant et après les 10 cours de science : intérêt de l'élève pour la science (questions du type « J'aime réfléchir à comment des objets tels que les téléphones ou les ordinateurs fonctionnent »), perception d'être reconnu par les autres comme un élève scientifique (questions du type « Mes amis pensent que je suis doué en sciences »), auto-efficacité relative aux sciences *i.e.* perception de la performance et de la compétence en sciences (questions du type « Je sais que je peux avoir de bons résultats en

sciences »), et aspirations de carrière scientifique (questions du type « Quand je serai plus grand, j'aurai besoin de la science dans mon travail »). Les résultats de l'étude n'ont pas montré de changement concernant l'intérêt des élèves pour les matières scientifiques. Par contre, une augmentation significative de la perception d'être reconnu par les autres comme un élève scientifique, de la performance et de la compétence, ainsi que des aspirations de carrière scientifiques ont été observées dans un sous-groupe d'élèves portant la blouse blanche : ceux qui avaient une faible auto-efficacité relative aux sciences en début du protocole. A l'inverse, il n'y a pas eu de changements observés à ces égards dans le sous-groupe d'élèves portant la blouse blanche qui avaient une auto-efficacité élevée en début du protocole. Cette étude suggère donc un effet différentiel de la blouse blanche selon le niveau d'auto-efficacité scientifique de départ.

#### *Effet de la blouse blanche sur les réponses empathiques et les comportements d'aide*

Si la blouse blanche semble influencer les processus cognitifs de son porteur, qu'en est-il de ses émotions et de ses comportements ? Une recherche de López-Pérez et al. (2016), composée de deux études expérimentales, s'intéresse à cette question, et spécifiquement aux réponses empathiques et aux comportements pro-sociaux. Elle utilise une blouse d'infirmier bleu ciel dont une étude pilote a démontré qu'elle était fortement associée aux concepts de compassion, de soin, et d'aide.

La première étude (n = 150) comprenait trois conditions : (i) porter une blouse décrite comme une blouse d'infirmier, (ii) porter une blouse décrite comme une blouse de technicien de surface, et (iii) s'identifier avec une blouse d'infirmier sans la porter (la blouse étant présente sur le bureau en face du sujet pendant tout le temps de l'épreuve). Conformément au protocole de l'étude, suite à la rédaction par le sujet d'une dissertation qui faisait partie du leurre de l'étude, l'*Empathic Response Scale* (Batson et al., 1987) a été utilisée pour mesurer sa réponse empathique concernant un autre participant de l'étude soi-disant en détresse (toujours en vertu du leurre utilisé). Cette échelle comprend une dimension de préoccupation empathique et une dimension de détresse personnelle. Ensuite, les sujets prenaient part au *Zurich Prosocial Game* (Leiberg et al., 2011) qui constitue une mesure indirecte du comportement pro-social.

Concernant la réponse empathique, les résultats de cette expérience ont montré une préoccupation empathique supérieure chez les sujets qui portaient une blouse d'infirmier comparativement aux sujets s'identifiant avec la blouse d'infirmier, la préoccupation empathique de ces derniers étant



elle-même supérieure à celle des sujets portant une blouse de technicien de surface. Aucun effet de la condition expérimentale n'apparaît par contre au niveau de la dimension de détresse personnelle. Concernant le comportement pro-social, la condition dans laquelle le plus de sujets accordent de l'aide, et où cette aide est accordée le plus rapidement, est celle du port de la blouse d'infirmier, suivie par celle de l'identification à cette blouse, et enfin du port de la blouse de technicien de surface, des différences significatives apparaissant entre les trois conditions.

La seconde étude (n=100) se démarque de la première par trois différences méthodologiques. Tout d'abord, une quatrième condition a été ajoutée à celles de la première étude : s'identifier avec une blouse décrite comme une blouse de technicien de surface. Ensuite, le comportement pro-social était ici évalué à l'aide d'une mesure directe et non plus indirecte : dans le cadre d'un leurre impliquant un étudiant en détresse ayant perdu ses parents dans un accident de voiture, le sujet pouvait choisir de s'engager à apporter, après l'étude, une aide administrative bénévole (allant de une à cinq heures) à cet étudiant pour lui permettre d'obtenir une aide financière afin de terminer ses études au plus vite, de décrocher un emploi, et d'obtenir la garde de ses frères et sœurs. Enfin, les motivations qui sous-tendent le comportement d'aide ont ici été évaluées, à l'aide d'une tâche de Stroop émotionnelle (Batson et al. 1988).

En matière de réaction émotionnelle, les résultats à la dimension de préoccupation empathique sont cohérents avec ceux de la première étude : on observe ici également un effet principal de la condition expérimentale, avec par ordre décroissant de préoccupation empathique les sujets portant une blouse d'infirmier, ceux s'identifiant à cette blouse d'infirmier, ceux portant une blouse de technicien de surface, et finalement ceux s'identifiant à cette blouse de technicien de surface. Comme dans la première étude, la condition expérimentale n'a pas d'effet sur la détresse personnelle. Concernant le comportement pro-social, ici également, les résultats concordent avec ceux de la première étude : la condition dans laquelle le plus de sujets accordent de l'aide et où davantage d'heures d'aide sont accordées est celle du port de la blouse d'infirmier, suivie par celle de l'identification à cette blouse, du port de la blouse de technicien de surface, et enfin de l'identification à la blouse de technicien de surface. Finalement, concernant les motivations qui sous-tendent le comportement pro-social, les résultats à la tâche de Stroop émotionnel indiquent que les sujets portant une blouse d'infirmier ont une latence de réponse plus importante pour les mots en lien avec une motivation altruiste (*i.e.* qui vise le bien d'autrui) comparativement aux

autres conditions. Cette différence ne se retrouve pas pour les mots neutres ou en lien avec une motivation égoïste (*i.e.* qui vise son propre bien ou avantage). Ceci suggère que les sujets portant une blouse d'infirmier ont proposé leur aide pour des raisons principalement altruistes.

Il ressort de cette recherche qu'en accord avec les hypothèses de l'*encloded cognition*, le port d'une blouse identifiée à une blouse de soignant semble influencer les réponses émotionnelles et les comportements de son porteur. Cette influence s'exerce dans un sens concordant avec la signification symbolique de soin historiquement attachée à ce vêtement : davantage de préoccupation empathique et de comportements pro-sociaux vraisemblablement sous-tendus par des motivations altruistes sont observés en cas de port d'une blouse.

Considérant le nombre restreint d'études dans le champ de l'*encloded cognition* portant spécifiquement sur la blouse blanche, et afin d'étayer le raisonnement, nous présentons dans les sections qui suivent des études de ce champ de recherche qui portent sur un autre type d'uniforme, celui des policiers, ainsi que sur d'autres vêtements et accessoires portés.

### 6.2.3 L'*encloded cognition* appliqué à l'uniforme de police

#### *Processus attentionnels*

Dans une étude expérimentale, Civile et Obhi (2017) ont investigué la question de l'impact du port d'un uniforme de police sur les processus attentionnels du porteur, et plus spécifiquement sur les biais attentionnels liés à la détection de la menace. Sur base de la littérature, l'uniforme de police peut raisonnablement être considéré comme symbolisant l'autorité et le pouvoir (Bickman, 1974 ; Haney et al., 1973 ; Zimbardo, 2004) et les individus à haut niveau de pouvoir ont davantage tendance à surutiliser les stéréotypes comparativement aux individus à bas niveau de pouvoir (Dépret & Fiske, 1993 ; Fiske, 1993). En outre, il est soutenu que la perception du danger fait partie de l'identité groupale des officiers de police et leur sert de barrière entre eux-mêmes -endogroupe- et la source perçue du danger qui est le public -exogroupe- (Kappeler et al., 1998, cités par Civile et Obhi, 2017). Être suspicieux envers le public peut par conséquent être considéré comme faisant partie de l'identité policière. Dans l'étude de Civile et Obhi, en vertu du contexte (*i.e.* étude canadienne) et des stéréotypes qui y sont associés, les auteurs s'attendaient à ce que les personnes à faible statut économique et social symbolisent davantage cette menace et attirent davantage

l'attention des personnes portant un uniforme de policier que des personnes avec un statut socio-économique plus élevé.

Selon le protocole de l'étude, les participants ont pris part à 64 essais d'une tâche attentionnelle qui consistait à fixer une croix qui apparaissait au centre d'un écran d'ordinateur, puis de catégoriser la forme qui apparaissait ensuite dans un des quatre coins de l'écran comme « cercle » ou « carré » en pressant une touche du clavier correspondant à cette forme en vertu des instructions. En même temps que la cible (*i.e.* le cercle ou le carré), un distracteur apparaissait à l'écran, soit dans le même coin de l'écran que la cible, soit dans le coin opposé de la diagonale de l'écran. Ce distracteur était soit le visage d'une personne noire, soit le visage d'une personne blanche, soit un individu à bas statut socio-économique (portant un sweat à capuche), soit un individu à haut statut socio-économique (portant un costume). Le temps de réponse pour détecter la cible était mesuré, un temps de réponse plus important indiquant que le distracteur attirait davantage l'attention du participant.

Concernant la couleur du visage des distracteurs, l'étude n'a pas démontré de biais attentionnel envers les visages noirs comparativement aux visages blancs. Les auteurs expliquent cela par le contexte canadien : l'origine de la présence au Canada de la plupart des Afro-Canadiens est liée à une migration volontaire, à l'inverse des Afro-Américains dont la majorité ont leurs racines aux Etats-Unis liées à l'histoire esclavagiste. Par contre, en accord avec la théorie de l'*enclothed cognition* et les hypothèses des auteurs, les sujets du groupe expérimental de l'étude, auxquels il était demandé de porter un uniforme de police pendant la passation de l'épreuve, ont montré un biais attentionnel significatif envers les distracteurs représentant des individus à faible statut socio-économique comparativement aux distracteurs représentant des individus à statut socio-économique élevé. A l'inverse, aucune différence significative n'a été observée dans le groupe contrôle, à qui il était demandé de porter une salopette de mécanicien. En outre, ce biais apparaît seulement quand l'uniforme de police est porté par le participant et non quand le participant est simplement exposé à l'uniforme qui est placé sur le bureau face à lui. Ce dernier élément conforte l'hypothèse selon laquelle porter le vêtement auquel une signification symbolique est associée peut avoir un impact qui va au-delà du simple effet de *priming* matériel.

## *Comportements*

Mendoza et Parks-Stamm (2019) s'intéressent également à l'impact du port d'un uniforme de policier, mais cette fois-ci sur les réponses de tir face à des cibles potentielles dans une simulation de jeu vidéo à la première personne connue sous le nom de « Tâche du tireur ». Cette tâche requiert des participants qu'ils tirent ou ne tirent pas sur des cibles qui portent une arme à feu ou un objet. Elle génère souvent des schémas de réponse stéréotypés *e.g.* plus de tirs non-justifiés envers les cibles « personnes noires » non-armées que les cibles « personnes blanches » non-armées et plus de tirs justifiés envers les cibles « personnes noires » armées que les cibles « personnes blanches » armées. L'hypothèse des chercheurs était que, considérant la symbolique de pouvoir associée à l'uniforme de police, ainsi que les liens entre pouvoir et action *i.e.* plus de pouvoir engendre une plus grande tendance à l'action (Anderson & Galinsky, 2006), les personnes portant un uniforme de police auraient davantage tendance à commettre des erreurs de tir, particulièrement des « fausses alarmes » que les personnes ne portant pas d'uniforme de police. Cette hypothèse a été testée sur 191 étudiants du Collège de Providence aux Etats-Unis, lesquels ont été répartis aléatoirement entre le groupe expérimental (*i.e.* port de l'uniforme de police) et le groupe contrôle (*i.e.* pas de port de l'uniforme). Les attitudes des participants à l'égard de la police et de son utilisation du pouvoir avaient été préalablement mesurées. En accord avec les hypothèses des auteurs, les participants en uniforme de policier ont eu davantage tendance à tirer sur des cibles non-armées, quelle que soit leur origine raciale, comparativement aux participants ne portant pas d'uniforme. En outre, ce schéma de réponse était partiellement modéré par les attitudes des participants à l'égard de la police et de son utilisation du pouvoir : les participants en uniforme qui justifiaient l'utilisation du pouvoir par la police avaient davantage tendance à tirer sur des cibles innocentes que ceux qui s'en méfiaient.

### 6.2.4 L'*enclothed cognition* appliqué à d'autres types de vêtements et accessoires

#### *Tenue formelle exigée ?*

Dans une série de 5 études, Slepian et al. (2015) analysent l'impact du port d'une tenue formelle sur l'utilisation des processus cognitifs de traitement abstrait et de traitement concret. Les vêtements formels sont associés aux perceptions de professionnalisme, de compétence et de distance sociale. Le traitement abstrait consiste en des représentations mentales larges et

holistiques. Il est souvent utilisé concernant les événements psychologiquement éloignés et facilite la poursuite des objectifs à long terme. A l'inverse, le traitement concret implique des représentations mentales étroites et se prête davantage aux événements psychologiquement proches et aux objectifs à court terme. Les 5 études semblent globalement indiquer que le fait de porter une tenue formelle est associé à davantage de traitement abstrait comparativement à une tenue informelle. Cet effet serait médié par une perception de davantage de pouvoir, celui-ci étant associé à une plus grande distance sociale, laquelle prèdirait l'utilisation du traitement abstrait. Il est à noter que dans les deux premières études, les vêtements n'étaient pas attribués de manière aléatoire *i.e.* les participants portaient leurs propres vêtements dont le caractère plus ou moins formel était analysé. Dès lors, des différences préexistantes concernant les tendances des sujets habillés plus ou moins formellement à utiliser le traitement abstrait *vs.* concret ne sont pas à exclure.

### *Le syndrome du pyjama bleu*

Une étude de Delmas et al. (2017) dans une unité française pour patients internes présentant des troubles de l'humeur a introduit le concept de « syndrome du pyjama bleu ». Dans le cadre de l'étude, deux vidéos de 5 minutes de chacun des 26 patients (présentant un épisode dépressif majeur) participant à l'étude furent enregistrées au Jour 1 et au Jour 5 de l'étude. Selon la condition, ces patients portaient soit un pyjama bleu au Jour 1 et leurs vêtements habituels au Jour 5, soit l'inverse. Dix psychiatres n'étant pas au courant des objectifs de l'étude devaient donner leurs impressions cliniques sur les patients apparaissant dans les vidéos. Les résultats de l'étude indiquent que le port du pyjama bleu par les patients augmente de manière significative l'évaluation de la sévérité du trouble par les psychiatres, du même ordre de grandeur que les différences généralement observées après une semaine d'hospitalisation, phénomène auquel ils ont donné le nom de « syndrome du pyjama bleu ». Cet effet est du type de ceux observés dans l'EBB : il concerne l'impact du port d'un vêtement spécifique, et dont la symbolique est imprégnée de médicalisation, sur les personnes qui sont en interaction avec le porteur du vêtement. Cependant, à l'inverse des études du champ de l'EBB, l'effet est ici produit chez le soignant et non chez le patient. Par contre, en matière d'*enclothed cognition*, l'étude n'a pas relevé de différences chez les patients dans les scores d'auto-évaluation de leurs symptômes dépressifs à l'aide du *Beck Depression Inventory* (BDI) selon qu'ils portaient un pyjama bleu ou leurs vêtements habituels lors de l'évaluation. Ces résultats ne soutiennent dès lors pas la théorie de l'*enclothed cognition*

concernant l'évaluation de ses propres symptômes dépressifs. Il serait néanmoins intéressant de tester si les résultats sur les patients seraient différents si les pyjamas étaient portés plus longtemps. En effet, concernant des adultes présentant une maladie chronique, une étude qualitative récente (Morton et al., 2020) suggère que le fait de porter lors des hospitalisations une chemise d'hôpital ouverte dans le dos est associé chez les patients à l'incarnation physique du rôle de malade, à l'abandon de son contrôle aux professionnels de la santé et à un sentiment de vulnérabilité émotionnelle et physique.

### *L'effet Batman*

Dans une étude de 2017, White et al. s'intéressent à l'effet de l'auto-distanciation sur la persévérance chez l'enfant. L'auto-distanciation consiste pour un individu à prendre de la distance par rapport à son propre point de vue dans l'évaluation des expériences et émotions qu'il vit. Dans le cadre de l'étude, 180 enfants, dont la moitié âgés de 4 ans et l'autre moitié de 6 ans, ont été recrutés et répartis aléatoirement entre trois conditions. Dans la condition auto-immersive, on demandait aux enfants de penser à leurs propres pensées et sentiments et de se poser la question « Est-ce que *je* travaille dur ? ». Dans la condition de troisième personne, les enfants devaient utiliser leur propre prénom et se poser la question « Est-ce que [*prénom de l'enfant*] travaille dur ? ». Enfin, dans la condition exemplaire, les enfants pouvaient choisir parmi quatre personnages héroïques bien connus de leur tranche d'âge - Batman, Bob le Bricoleur, Raiponce, et Dora l'Exploratrice - et une fois le choix effectué, un accessoire correspondant au personnage (*e.g.* la cape de Batman) leur était remis afin qu'ils s'habillent avec. Ils devaient alors se poser la question : « Est-ce que [*nom du personnage*] travaille dur ? ». Dans toutes les conditions, il était demandé aux enfants de participer à une activité de travail sur ordinateur qui consistait en une tâche de type *go - no go* modifiée pour être longue et rébarbative. L'expérimentateur insistait auprès de l'enfant sur le fait qu'il s'agissait d'une activité importante et que cela l'aiderait vraiment si l'enfant pouvait travailler dur sur cette tâche aussi longtemps que possible. L'expérimentateur expliquait aussi à l'enfant qu'il avait cependant la possibilité de faire des pauses pendant lesquelles il pouvait jouer à un jeu très attirant sur un iPad situé à côté de lui. Dans chaque condition des autocollants (*i.e.* « Je », le nom de l'enfant, ou une image du personnage selon la condition) étaient placés sur l'ordinateur et sur l'iPad afin de rappeler les consignes. Cette phase de test durait 10 minutes, et la persévérance était évaluée en fonction du temps total passé par l'enfant sur la tâche de travail.

Outre un effet attendu de l'âge *i.e.* plus de persévérance chez les enfants de 6 ans que chez les enfants de 4 ans, les résultats de l'étude ont aussi mis en évidence un effet du type de condition, et ce quel que soit l'âge: les enfants de la condition exemplaire se sont montrés significativement plus persévérants que les enfants de la conditions de troisième personne qui se sont eux-mêmes montrés plus persévérants que ceux de la condition auto-immersive. Ces résultats semblent soutenir la théorie de l'*enclothed cognition i.e.* la persévérance accrue serait due à une identification de l'enfant aux caractéristiques du personnage. Cependant, les chercheurs mentionnent d'autres explications plausibles, dont un effet d'auto-distanciation, car en vertu des théories de l'auto-distanciation, prendre le point de vue d'une autre personne permettrait de se désengager des tentations immédiates. Il pourrait néanmoins être envisagé que ces différents mécanismes soient à l'œuvre de manière complémentaire. Notons encore qu'à l'inverse de la plupart des études dans le champ de l'*enclothed cognition*, les sujets étaient de jeunes enfants et qu'il leur était spécifiquement demandé et rappelé de penser au personnage que le vêtement symbolise. Il n'est dès lors pas impossible que l'aspect « jeu de rôle » soit plus marqué dans cette expérience que dans d'autres.

#### *En retard ?*

Selon les résultats d'une série de trois études d'Ellis et Jenkins (2015), des niveaux supérieurs de conscienciosité et de ponctualité sont observés chez des sujets portant une montre comparativement à des sujets n'en portant pas. Cependant, comme cette étude n'était pas de type expérimental *i.e.* il a simplement été observé que les sujets portaient ou non une montre plutôt que de les répartir aléatoirement entre un groupe portant une montre et un autre n'en portant pas, cette association peut être interprétée de différentes manières. Elle pourrait signifier qu'en accord avec la théorie de l'*enclothed cognition*, le fait de porter un montre, considérant la symbolique qui y est associée, amène les individus à être plus consciencieux, ou bien que les individus plus consciencieux ont davantage tendance à porter une montre.

#### *Sortir couvert ?*

Selon les résultats d'une étude de Gamble et Walker (2016), porter un casque de vélo amènerait plus de prise de risque et de recherche de sensations comparativement à porter une casquette, suggérant que le port du casque pourrait activer inconsciemment des concepts en lien avec la

sécurité et influencer la propension au risque. Il est à noter que les individus ont davantage tendance à prendre des risques quand ils se sentent en sécurité, notamment quand ils utilisent des équipements de protection (Adams & Hillman, 2001). Ce qui est particulièrement intéressant dans l'étude de Gamble et Walker, c'est que l'étude contenait un leurre élaboré en vertu duquel le casque de vélo, ou la casquette selon la condition, était censé être utilisé comme support pour du matériel *d'eye-tracking* (que l'expérimentateur prenait fallacieusement le temps d'installer et de calibrer) et non comme un équipement de protection. En outre, le casque de vélo n'altérait en rien le niveau de risque encouru dans les tâches expérimentales qui mesuraient la prise de risque et la recherche de sensations.

#### 6.2.5 L'enclothed cognition appliqué aux couleurs des vêtements

Concernant l'impact potentiel de la couleur d'un uniforme sur le comportement, il existe une série d'études américaines portant sur l'influence de la couleur de l'équipement des joueurs de hockey sur glace professionnels sur le comportement de ces joueurs, et plus spécifiquement sur leur niveau d'agressivité. Les résultats de ces études sont mitigés et peuvent sembler contradictoires, mais les différences de résultats entre études pourraient être en partie expliquées par des différences méthodologiques et de taille d'échantillon. Par exemple, une étude de 2010 de Caldwell et Burger n'a pas pu démontrer qu'un équipement rouge ou noir, couleurs généralement associées à l'agressivité, engendraient des niveaux d'agressivité plus importants chez les joueurs. A l'inverse, une étude de Webster et al. (2012) sur un plus large échantillon (données concernant 52.098 matchs) suggère qu'un équipement noir est associé à davantage d'agressivité, et qu'un équipement blanc est associé à moins d'agressivité comparativement à un équipement de couleur.

Une étude d'Ishii et al. (2019) sur un petit échantillon d'étudiants japonais s'intéresse quant à elle à l'impact de la couleur du vêtement (rose vs. bleu) sur l'auto-cognition liée au genre (*i.e.* l'attribution à soi-même de traits que les stéréotypes associent typiquement aux hommes ou aux femmes) et sur les attitudes des hommes. Concernant l'auto-cognition liée au genre, les résultats suggèrent la présence d'un effet d'interaction entre la couleur du vêtement et le niveau d'auto-appréciation : les sujets portant du rose et ayant un bas niveau d'auto-appréciation s'identifient davantage à des traits féminins, et ceux avec un haut niveau d'auto-appréciation à des traits masculins comparativement aux sujets portant du bleu. En outre, les sujets portant du rose



expriment davantage d'attitudes égalitaires en matière de rôle lié au genre et moins de sexisme bienveillant comparativement à ceux portant du bleu.

Sur base de la littérature en développement testant les hypothèses de *l'enclothed cognition*, il semble donc que, conformément à ces hypothèses, le port d'un vêtement spécifique /d'une couleur spécifique, puisse influencer la cognition, les attitudes et comportements du porteur de ce vêtement dans un sens concordant avec la signification symbolique associée au vêtement et/ou à sa couleur. Les conditions spécifiques dans lesquelles cet effet se produit, les processus en jeu, ainsi que les éventuels modérateurs restent à étudier plus en détail.

#### Note concernant la transformation de ce mémoire en mémoire théorique

Ce mémoire devait initialement être un mémoire pratique et tester les hypothèses de *l'enclothed cognition* sur l'aide apportée par des adultes en interaction avec des personnes âgées par le biais d'une étude de type expérimental. Des adultes tout-venant avaient été recrutés et répartis entre une condition expérimentale et une condition contrôle. En vertu d'un leurre, il était demandé aux participants du groupe expérimental de porter une blouse blanche sur leurs vêtements pendant la passation de l'épreuve. Celle-ci consistait principalement à visionner une vidéo d'une personne âgée en situation de détresse ambiguë au cours d'une activité de la vie quotidienne (*i.e.* un repas) et d'indiquer quand ils souhaitaient apporter de l'aide à cette personne. A titre principal, les attitudes d'aide des participants vis-à-vis de la personne âgée de la vidéo devaient être mesurées afin de déterminer si les participants portant une blouse blanche avaient davantage tendance à apporter leur aide à cette personne comparativement aux participants ne portant pas de blouse blanche. Malheureusement, les mesures de confinement liées à la crise sanitaire du COVID 19 n'ont pas permis de réaliser les passations avec présence physique des participants et, considérant le dispositif de l'étude, il n'était pas envisageable de les poursuivre sans présence physique du participant et de l'expérimentateur dans la même pièce. A l'heure où les mesures de confinement ont été annoncées, seuls 7 participants avaient déjà pris part à l'étude. Nous avons dès lors opté pour une réorientation de ce mémoire vers une revue de questions, en conservant la thématique de la blouse blanche en lien avec les personnes âgées. Les détails concernant les objectifs et hypothèses de l'étude initialement prévue, sa méthodologie, et sa procédure sont inclus en Annexes 1, 2, et 3, respectivement.

## 7 LA BLOUSE BLANCHE EN MAISON DE REPOS

Cette section vise à passer en revue les études qui traitent du sujet du port de la blouse blanche dans le contexte spécifique des maisons de repos, que ce soit du point de vue des représentations, des effets sur les résidents ou sur le personnel. Malheureusement, très peu de littérature scientifique existe à ce jour à ce sujet. Nous proposons de parcourir les quelques rares études qui portent sur ces questions, lesquelles sont toutes spécifiques aux unités ou établissements accueillant des personnes présentant une démence.

### 7.1 Porter un uniforme ou ne pas en porter...telle est la question

Le port de l'uniforme en maison de repos fait l'objet de débats, notamment auprès des soignants. Dans un article de 2018, Mitchell présente une étude de cas du dilemme éthique concernant le port de l'uniforme dans une maison de soin d'Irlande du Nord où résident une trentaine de personnes atteintes de démence, réparties en deux unités de 15 personnes. Suite à la diffusion télévisée au Royaume-Uni d'un documentaire intitulé « *Dementiaville* » (i.e. résidences démedicalisées, sans blouse blanche), un groupe de soignants a demandé au directeur de la maison de soin s'ils ne devraient pas considérer d'abandonner leur uniforme. Le programme « *Dementiaville* » est soutenu par la théorie de Sheard (2008, cité par Mitchell) selon laquelle l'uniforme crée une barrière entre les professionnels et les résidents. Il est dès lors proposé que les professionnels portent soit leurs propres vêtements, soit des vêtements d'une autre époque (i.e. celle des résidents) pour faciliter la réminiscence. Suite à une réunion initiale des professionnels de la maison de soin, deux groupes ont émergé, un en faveur de l'abandon de l'uniforme, et l'autre en faveur de son maintien.

Les arguments du groupe en faveur de l'abandon de l'uniforme mettaient en avant que les personnes présentant une démence font l'expérience de davantage de bien-être et moins d'épisodes de détresse quand elles sont engagées dans des activités qui ont du sens ou dans leur environnement. Deux propositions quant à la tenue vestimentaire du personnel ont été émises dans cette optique : le personnel de nuit devrait travailler en pyjama afin d'aider les personnes à s'orienter dans le temps et comprendre que c'est la nuit, et le personnel de jour devrait quant à lui porter des vêtements des années 50-60 afin d'aider à la réminiscence, i.e. stimuler la communication à propos des souvenirs du passé qui restent généralement accessibles plus longtemps que les souvenirs récents.

Les arguments avancés par le groupe en défaveur de l'abandon de l'uniforme étaient que le port de pyjamas et de vêtements des années 50-60 allait amener détresse et confusion chez les résidents puisque ces pratiques sont nouvelles et non familières, et que de plus, cela pourrait accroître encore la stigmatisation de la démence en donnant l'impression que les personnes qui présentent une démence ne vivent que dans un monde de fiction et de fantaisie. En outre, les professionnels de ce groupe craignaient que le port de pyjamas augmente les réponses sexuelles inappropriées des résidents et donc les risques de dangers physiques pour le personnel. Enfin, ils craignaient aussi des problèmes liés au contrôle des infections et à l'identification du personnel de soin par les résidents.

Mitchell conclut que le débat est difficile à arbitrer car, s'il existe un soutien empirique en faveur de l'abandon de l'uniforme, il est probable que ce changement amène de la désorientation et de la stigmatisation, et que des modifications dans les niveaux d'inhibition des comportements sexuels ne sont pas à exclure si le personnel portait un pyjama la nuit, ce qui pourrait mettre le personnel en danger. Nous voulons noter qu'en effet, bien que la mode soit un éternel recommencement, le port de vêtements d'une autre époque par le personnel ne nous paraît pas nécessairement une bonne idée, pour les raisons mentionnées *supra*. D'une part parce cela pourrait désorienter les résidents qui verraient les familles, le public (*e.g.* lors des sorties, à la télévision, dans le journal, etc.) porter d'autres types de vêtements, et nombre de résidents ne sont eux-mêmes pas habillés en vêtements d'époque. D'autre part, cela pourrait en effet accroître la stigmatisation. Nous pensons qu'il existe bien d'autres manières de favoriser la réminiscence que les vêtements (*e.g.* sur base de l'histoire de vie, la cuisine, la musique, etc.). Concernant le port de pyjamas par le personnel de nuit, nous pensons que les bénéfices de cette pratique sur l'orientation temporelle justifient son usage. Des modifications dans les niveaux d'inhibition des comportements sexuels ne sont pas en effet pas à exclure, mais des solutions adéquates devraient pouvoir être développées au cas par cas. Des formations concernant cette thématique pourraient être dispensées le cas échéant.

## **7.2 Et tombe la blouse...**

Quelques rares études françaises analysent les conséquences d'expériences d'abandon de l'uniforme dans des unités d'EHPAD pour personnes atteintes de démence.

### *Viens manger à la maison*

Une étude de Charras et Frémontier (2010) a pour thème le partage des repas entre les résidents et le personnel. Cette étude a été réalisée dans deux unités d'EHPAD pour personnes atteintes de démence, dans le cadre d'une étude exploratoire plus large qui associait un programme de formation pour le personnel des établissements à une intervention de *design* environnemental. Le programme de formation incluait des groupes de travail, et dans l'un de ceux-ci, le personnel d'une des unités a choisi de se concentrer sur les temps de repas et de partager les repas de midi avec les résidents. C'est dans ce contexte que l'expérience a été mise sur pied, cette unité constituant le groupe expérimental. Une unité comparable en matière de résidents et de caractéristiques a été choisie pour constituer le groupe contrôle (où les repas se déroulaient comme à l'accoutumée). L'objectif initial de l'intervention n'était donc pas pour le personnel d'abandonner son uniforme, mais l'idée s'est imposée à eux dans le cadre du projet car porter un uniforme ne leur semblait pas en accord avec l'idée d'atmosphère « comme à la maison » qu'ils essayaient d'établir. Ils décidèrent donc de ne pas porter d'uniforme pendant les repas. Ils notèrent par la suite que porter un uniforme à la fois pour les soins et pour les repas ne leur paraissait pas hygiénique.

L'intervention consistait donc en des repas de midi partagés entre le personnel et les résidents. Le personnel du groupe expérimental a testé plusieurs arrangements de l'espace avant le début de l'intervention, afin de s'assurer d'être assis à proximité des personnes qui pourraient avoir besoin d'aide. La disposition finalement retenue consistait en deux grandes tables de 8 ou 9 personnes. A la place de servir la nourriture directement dans les assiettes, celle-ci était servie collectivement dans des plats afin que les résidents et le personnel puissent se servir ainsi que leurs voisins.

Le *Mini Mental Status Examination* (MMSE; Folstein et al., 1975) a été utilisé pour décrire le niveau de troubles cognitifs des participants. Le poids des participants a été mesuré avant le début de l'intervention et 6 mois plus tard. En outre, des observations du personnel ont été récoltées lors des séances de formation hebdomadaires et d'un groupe de travail qui s'est tenu à la fin de l'étude. L'hypothèse des chercheurs était que le partage des repas mènerait à une majoration du poids des résidents.

Dix-huit résidents présentant une démence de type maladie d'Alzheimer ont pris part à l'étude, dont 8 dans le groupe expérimental et 10 dans le groupe contrôle. L'âge moyen était de 85 ans (SD

= 6,48), la durée moyenne d'institutionnalisation de 4 années (SD = 4,64), et le score moyen au MMSE était de 7 (SD = 5,62), suggérant des troubles cognitifs sévères.

Concernant la variable principale de l'étude *i.e.* le poids des résidents, conformément à l'hypothèse des chercheurs, un gain de poids significatif a été observé entre la première et la seconde pesée chez les résidents du groupe expérimental, cette augmentation s'élevant à 3,37 kilos en moyenne. A l'inverse, une perte de poids significative a été observée chez les résidents du groupe contrôle, lesquels ont perdu en moyenne 2,22 kilos sur la durée de 6 mois entre les deux mesures.

En outre, les observations du personnel nous apprennent que:

- En matière d'**autonomie**, certains résidents qui ne mangeaient généralement pas seuls étaient plus enclins à le faire (*i.e.* ils attrapaient leurs couverts pour essayer de le faire) et certains commençaient même à le faire ; mettre et débarrasser la table et balayer après le repas ont commencé à faire partie de la routine des repas, les résidents semblant apprécier de pouvoir apporter leur aide à cet égard ; autant que possible, les résidents se servaient eux-mêmes de la quantité de nourriture désirée, et plusieurs résidents se servaient une seconde fois ou demandaient à être servis une seconde fois pendant le repas.
- Concernant la **qualité des interactions**, tant les interactions entre résidents qu'entre résidents et personnel ont augmenté ; le personnel est devenu au courant des goûts des résidents et en a appris beaucoup sur leur histoire ; certains résidents évoquaient des souvenirs du passé pendant le repas et étaient plus enclins à partager des épisodes de leur vie privée ; et les résidents s'entraidaient pour le service ou passaient les plats à la table voisine.
- Au sujet des **attitudes pendant les repas**, alors qu'avant, certains résidents demandaient l'addition ou refusaient de manger ou de boire en expliquant qu'ils n'avaient pas d'argent pour payer, ils n'ont plus manifesté cette attitude depuis le début de l'expérience ; et les résidents qui avaient auparavant l'habitude de se lever et marcher pendant les repas sont restés assis plus longtemps, parfois pendant la durée entière du repas.
- Concernant le **burnout**, le personnel du groupe expérimental a exprimé de la satisfaction, celle-ci se reflétant aussi dans leurs comportements (*e.g.* rester un peu plus longtemps que ce que

prévoit leur horaire de travail, saluer systématiquement chaque résident avant de partir, etc.) ; les professionnels exprimaient des sentiments positifs à la fin de leur journée de travail (*e.g.* impression d'avoir été utile et d'avoir passé un bon moment avec les résidents) et ont fait part de leur satisfaction de ne pas uniquement apporter du soin physique aux résidents.

- A propos des **questions organisationnelles**, le personnel a énoncé un besoin de bénéficier d'une pause après le repas pour remplacer leur pause de midi habituelle, ce qui fut mis en place en assurant la présence continue d'un certain nombre de membre du personnel dans l'unité ; les repas ont été offerts à un prix compétitif au personnel ; et les membres du personnel se sont coordonnés directement avec le chef de cuisine pour que la nourriture soit présentée dans des plats pouvant être servis à table.
- Au sujet de la **qualité de la nourriture**, le partage des repas a permis au personnel de vérifier la qualité de la nourriture et de donner du *feedback* au chef cuisinier plus fréquemment, lequel était pris en compte plus rapidement ; d'après le personnel, la qualité de la nourriture a eu tendance à s'améliorer avec le temps ; et le personnel semblait mieux comprendre pourquoi certains résidents ne mangeaient pas lors de certains repas.
- Concernant les **limites** de l'intervention, la durée des repas (entre une heure et une heure et demi en moyenne), bien qu'elle ait semblé diminuer avec le temps, était une limite majeure car elle empiétait sur le temps alloué à d'autres activités ; la disposition des personnes en fonction de leur degré d'autonomie pour les repas n'était pas aisée et requérait souvent des membres du personnel qu'ils se déplacent en cours de repas ; et cette organisation des repas prend du temps et pourrait nécessiter le *feedback* d'un observateur externe. Notons que ces limites ne devraient pas nécessairement être considérées comme des problèmes. Par exemple, allouer plus de temps au repas et décaler l'horaire des activités de l'après-midi ou raccourcir la durée de ces dernières semble tout à fait envisageable.

Compte tenu de la très petite taille de l'échantillon (*i.e.* une seule unité de 8 résidents), il convient d'être prudent à l'égard de ces résultats. En outre, il faut garder à l'esprit que le retrait de l'uniforme n'était qu'un élément de l'intervention et qu'il n'est donc pas possible d'évaluer l'impact spécifiquement attribuable à ce retrait. Ces résultats sont néanmoins encourageants et source d'information quant à l'instauration d'une atmosphère « comme à la maison » durant les repas.

« *Soignant, mon beau miroir...* »

Une étude de Charras et Gzil (2013) traite de l'impact de l'uniforme sur la qualité de vie de résidents d'unités spéciales pour personnes présentant une démence. Il est à noter qu'elle fait partie de la même étude exploratoire plus large mentionnée dans l'article de Charras et Frémontier (2010). Une expérience a été menée dans 4 unités spéciales de soin françaises, dont deux composaient le groupe expérimental *i.e.* les soignants portaient une tenue civile sauf pour les soins physiques, et les deux autres composaient le groupe contrôle *i.e.* les soignants portaient leur uniforme habituel. Les deux unités du groupe expérimental ont été sélectionnées sur base du choix du personnel de ne pas porter l'uniforme, exprimé lors des groupes de travail. Spécifiquement, les soignants portaient leur uniforme le matin pour les soins et portaient ensuite leur tenue civile. S'ils devaient effectuer des soins physiques par la suite, ils enfilaient une sur-blouse au-dessus de leurs vêtements. Cette décision avait pour objectif d'aligner l'environnement social sur l'environnement physique qui se voulait avoir un caractère « comme à la maison ». Dans le contexte de l'étude exploratoire plus large susmentionnée, le personnel de ces 4 unités avait participé à 12 séances de formation concernant la démence, et une intervention de *design* environnemental avait été mise en place dans chaque unité afin d'améliorer l'orientation des résidents. Cette intervention, homogène entre les unités et avec un budget limité à 7000 euros, consistait principalement en des changements concernant l'utilisation de l'espace (*e.g.* agencement de l'espace, mobilier, décoration, tissus, etc.).

Le MMSE a été utilisé pour décrire le niveau de troubles cognitifs des participants. La version française de la *Quality of Life-AD* (QoL-AD, Wolak, 2009) a été utilisée pour évaluer la qualité de vie des résidents. Il s'agit d'une brève échelle de 13 items de type Likert qui permet une évaluation tant par le patient que par le soignant. En outre, des observations du personnel des unités du groupe expérimental ont été récoltées. Des évaluateurs externes ont été recrutés pour collecter des données quantitatives sans être au courant des objectifs de l'étude. Deux jeux de mesures ont été pris : un premier avant la formation du personnel et l'intervention de *design* environnemental, et un deuxième 3 mois plus tard.

Au total, 27 résidents ont participé à l'entièreté de l'étude, dont 13 dans le groupe expérimental (1 homme et 12 femmes) et 14 (toutes des femmes) dans le groupe contrôle. La plupart des

participants avaient des capacités langagières qui leur permettaient de communiquer avec les soignants pour exprimer leurs besoins de base et leurs émotions.

Les résultats témoignent d'une amélioration significative des scores de qualité de vie chez les résidents du groupe expérimental (*i.e.* soignants en tenue civile) comparativement au groupe contrôle. Cette amélioration est spécifiquement notée sur les items suivants de l'échelle : relations avec les amis, sentiment d'être un tout unifié, et capacité à effectuer des tâches domestiques et des activités de la vie de tous les jours. En outre, les données qualitatives collectées dans le groupe expérimental mettent en avant les observations suivantes :

- Les résidents **reconnaissent** les soignants et les **complimentent** sur leur tenue, ce qui génère des conversations au sujet des tenues.
- Les résidents **ajustent leur comportement** en fonction du contexte social : les résidents avaient davantage tendance à communiquer pour discuter et moins pour demander quelque chose. Les soignants en tenue civile ont globalement perçu les résidents comme moins en demande et plus autonomes, et ont noté que les résidents s'engageaient plus facilement dans des activités du quotidien comme balayer, débarrasser la table, etc.
- Les **familles ont besoin de temps** pour s'habituer : au début, certains proches des résidents ne reconnaissaient pas les soignants et par conséquent allaient se plaindre aux responsables de l'établissement de l'absence de personnel dans l'unité. Il a par conséquent été décidé que les soignants porteraient des badges. Les familles, qui n'étaient initialement pas favorables à l'initiative du port de la tenue civile, ont par la suite exprimé leur satisfaction concernant la pratique, et les soignants ont rapporté davantage de contact avec les familles, et des contacts plus cordiaux et plaisants.
- Les **soignants se sentent plus à l'aise** et engagent davantage la conversation avec les résidents : ils se sentaient plus proches des résidents et se sentaient plus à l'aise d'engager la conversation concernant des sujets intimes. Ils se sentaient également plus à l'aise d'encourager les résidents à participer à des activités de loisir ou de la vie quotidienne.



- Cette pratique est **plus hygiénique** : porter le même uniforme toute la journée n'était pas hygiénique, et mettre une sur-blouse l'après-midi quand des soins physiques doivent être effectués n'a pas été considéré comme ennuyant ou prenant beaucoup de temps.

Pour expliquer les résultats observés chez les résidents, les chercheurs font référence au phénomène de perception d'image en miroir décrit par Bronfenbrenner (1961), selon lequel les membres de groupes sociaux ont tendance à attribuer à leur endogroupe des caractéristiques opposées à celles d'un exogroupe avec lequel ils sont en interaction, en accentuant parfois des différences minimes. Ce phénomène peut être plus ou moins activé selon les circonstances. Par exemple, des caractéristiques intrapersonnelles distinguant l'exogroupe de l'endogroupe, telles que les vêtements portés, amplifieraient ce phénomène. En outre, comme l'uniforme peut être perçu comme un symbole d'autorité et de pouvoir, ou comme un symbole de service, il accentue aussi le caractère déséquilibré de la relation.

A l'inverse, quand les soignants sont habillés en tenue civile, les différences de caractéristiques intrapersonnelles entre les deux groupes sont atténuées, et des intérêts et attitudes communs peuvent alors se dégager. Ceci pourrait expliquer que les résidents ont eu tendance à davantage engager la conversation pour discuter avec les soignants, et moins pour demander quelque chose, et qu'ils se soient davantage engagés dans les tâches domestiques. Les soignants ne seraient dans ce contexte plus considérés comme du personnel leur devant des services mais comme des personnes qui peuvent les aider au besoin et leur permettre de gagner en contrôle sur leur environnement. C'est aussi une explication potentielle de l'amélioration du score de qualité de vie concernant l'item « relations avec les amis » car les membres du personnel pourraient être considérés comme des amis, et non plus simplement comme du personnel, quand les différences intrapersonnelles sont atténuées.

A l'égard de l'amélioration du score de qualité de vie concernant l'item « sentiment d'être un tout unifié », les chercheurs posent l'hypothèse qu'elle pourrait refléter une plus grande cohérence du sens de soi des résidents avec l'environnement social dans lequel ils vivent.

### *Enlève ta blouse et je parlerai de moi*

Une étude de Bailly et al. (2020) porte sur l'impact du port d'une tenue civile par les soignants sur des résidents d'unités spéciales d'EHPAD présentant une démence. L'étude est de nature observationnelle et visait à comparer les échanges communicationnels des résidents avec d'autres résidents et avec les soignants, selon que les soignants portaient l'uniforme ou étaient habillés en tenue civile.

Les observations ont eu lieu dans un temps identifié, celui du goûter, et ciblaient les attitudes et comportements, le contenu des conversations et les contacts. Dans la situation sans blouse, celle-ci était enlevée pendant tout l'après-midi *i.e.* de 14h00 à 18h00. Les observations ont été filmées à l'aide de trois caméras minimum, posées aux différents endroits du lieu du goûter.

L'étude a duré 6 mois et s'est déroulée dans 2 EHPAD (EHPAD 1 et EHPAD 2). Pendant les trois premiers mois, les soignants de l'EHPAD 1 portaient une blouse l'après-midi tandis que ceux de l'EHPAD 2 portaient une tenue civile, et vice versa pendant les trois derniers mois. Les participants ont été observés 2 fois par semaine chaque mois pendant 6 mois. Il y a donc eu 12 observations filmées par EHPAD, soit 24 observations filmées en tout.

L'enregistrement des observations a été analysé et codé par 4 psychologues cliniciens spécialisés en gérontologie à l'aide d'une grille d'observations selon la technique du double codage. Le nombre de résidents ayant participé à l'étude était de 24 au total, dont 11 dans l'EHPAD 1, et 13 dans l'EHPAD 2.

Les observations récoltées apportent les informations suivantes au sujet de la condition où les soignants ne portaient pas de blouse, comparativement à celle où ils portaient la blouse :

- Concernant l'**attitude générale** des résidents, ils semblaient plus attentifs, souriaient davantage et étaient moins anxieux. Au niveau des comportements, il y avait davantage d'accrochage visuel, d'approbation émotionnelle et moins de comportements d'autostimulation, de stress et d'anxiété.
- Au sujet du **contenu des conversations**, il y avait davantage de conversations personnelles entre les résidents, et entre les résidents et les soignants, et moins de conversation concernant la santé entre les résidents.

- A propos des **contacts intimes** (avec ou sans toucher), il y avait davantage de contacts entre soignants et résidents.

Malgré la prudence requise dans l'interprétation compte tenu de la petite taille de l'échantillon, cette étude semble donc suggérer que le port d'une tenue civile par les soignants pourrait améliorer le bien-être des résidents et les relations entre résidents et soignants. Une explication des résultats avancée par les chercheurs est que le fait que les soignants portent une tenue civile rend l'environnement social plus proche de celui d'une maison et moins de celui d'une institution.

Cette étude commandée par la Fondation Korian pour le Bien Vieillir était couplée avec une seconde étude, qualitative, dont l'objectif était d'investiguer le point de vue des soignants en charge de résidents présentant une démence sur le port d'une tenue civile l'après-midi (Bailly et al., 2018). Le point de vue de 6 aides-soignantes, dont les établissements n'avaient pas participé à l'expérience du port de tenues civiles l'après-midi, a été obtenu *via* des groupes de discussion.

Il en ressort que les aides-soignantes interrogées sont d'avis que le port d'une tenue civile l'après-midi peut favoriser la communication entre résidents et personnel. De leur point de vue, le port de la tenue civile ne changerait pas leur regard sur les résidents, car elles sont des professionnelles, mais il changerait le regard des résidents sur elles. Il aurait donc un impact sur la distance relationnelle, mais uniquement du point de vue des résidents.

Parmi les freins au port d'une tenue civile, pour les aides-soignantes, la blouse blanche est associée à l'hygiène et est indissociable des soins du matin. Etant donné qu'elles font des soins toute la journée, elles trouveraient contraignant de devoir enlever et remettre la blouse chaque fois qu'elles effectuent un soin physique l'après-midi. En outre, la blouse leur sert aussi de protection psychique en régulant la distance soignant-soigné et les aide à contenir leurs émotions et angoisses. Il semble donc que le port d'une tenue civile changerait quelque chose à la nature des relations entre soignants et résidents. Il est intéressant de souligner que les aides-soignantes interrogées déclarent que le port d'une tenue civile ne changerait pas leurs représentations des résidents, ce qui va en quelque sorte à l'encontre des prédictions de la théorie de l'*encloded cognition*, et que le fait d'évoquer la protection psychique que la blouse amène semble bien indiquer que le port d'une blouse ou d'une tenue civile modifierait quelque chose dans la relation, de manière bidirectionnelle, et pas uniquement du côté des résidents.

Cette revue de questions a mis en évidence que la blouse blanche est vectrice d'une symbolique puissante et de représentations ancrées qui influencent les soignants, les personnes âgées en relation avec eux, mais avant tout, la nature de la relation qu'ils entretiennent et leurs interactions réciproques. Le port de la blouse n'est cependant qu'un élément du cadre plus large de la médicalisation du vieillissement.

Dans la réflexion sur les implications cliniques de cette revue de questions, nous souhaitons par conséquent élargir l'angle de vue à cette problématique de la médicalisation du vieillissement, considérée dans le contexte spécifique des maisons de repos. Cette réflexion sera effectuée en tenant compte des interactions réciproques de l'environnement physique et social.

L'objectif sera orienté vers les alternatives au modèle médical. Spécifiquement, le mouvement de *culture change* sera brièvement passé en revue : ses principes seront décrits, les apports de la littérature scientifique concernant ses effets seront abordés, ainsi que les processus pour amener le changement, les freins et leviers seront évoqués, et enfin nous soulignerons quelques points d'attention concernant la mise en place d'un processus de changement de culture.

### III. MÉTHODOLOGIE

La méthodologie de recherche employée tant pour la revue de questions qui précède que pour la réflexion sur les implications cliniques qui suit a consisté en une recherche par mots-clés sur les bases de données Psycinfo, Medline, et Sociological Abstracts. Les mots-clés relatifs à chaque thématique sont présentés dans le tableau ci-dessous. Ils ont été combinés avec des mots-liens « OR » entre les mots-clés de la même colonne et des mots-liens « AND » entre les mots-clés des colonnes « concept principal » et « public/spécification ».

Thématique	Concept principal	Public/spécification
Âgisme	<i>agism</i> <i>stereotypes</i> <i>stereotyped attitudes</i> <i>stereotyped behaviors</i>	<i>aging</i> <i>elderly</i> <i>older adults</i>
Médicalisation du vieillissement	<i>medicalization</i> <i>medical model</i> <i>biomedical model</i>	<i>aging</i> <i>elderly</i> <i>older adults</i>
Blouse blanche : historique, représentations et préférences	<i>white coat</i> <i>uniform</i> <i>clothing</i>	<i>doctor</i> <i>nurse</i>
EBB : physiologique	<i>white coat effect</i> <i>white coat hypertension</i>	
EBB : cognitif	<i>white coat effect</i> <i>testing environment</i>	<i>memory</i> <i>aging</i>
<i>Enclothed cognition</i>	<i>enclothed cognition</i>	
Blouse blanche : maison de repos	<i>white coat</i> <i>uniform</i> <i>clothing</i>	<i>nursing homes</i> <i>residential-care institutions</i> <i>long-term care</i>
<i>Culture change</i>	<i>culture change</i> <i>person-centered care</i> <i>resident-centered care</i>	<i>nursing homes</i> <i>residential-care institutions</i> <i>long-term care</i>

## IV. MAISONS DE REPOS : UN VENT DE CHANGEMENT?

Les maisons de repos traditionnelles jouissent d'une piètre image. La médicalisation de celles-ci y est pour beaucoup. En effet, tout y rappelle le soin : présence en nombre de soignants en uniforme, lieux de vie aseptisés, longs couloirs aux portes identiques avec pour décoration principale des chariots de soins, distribution des médicaments systématisée, etc. Il s'agit bel et bien de lieux de soins calqués sur le modèle hospitalier avant d'être des lieux de vie. Comme l'indiquent Harrison & Frampton (2016), « les maisons de repos ont longtemps été considérées comme des institutions au sein desquelles les vies des résidents sont médicalisées, l'âgisme est omniprésent, et les résidents abandonnent leur pouvoir et leur contrôle à l'institution ». Cette description correspond à ce que Goffman (1961) nomme des « institutions totales », dans lesquelles les routines du quotidien - comme manger, dormir, se laver ou se divertir - sont gérées par une autorité centrale. Il en résulte pour le résident une perte de l'identité antérieure et une quasi-impossibilité de prendre des décisions concernant sa propre vie, *i.e.* une perte d'autodétermination.

### 1 ALTERNATIVES AU MODÈLE MÉDICAL

C'est face à ce constat que le mouvement de *culture change* est né aux Etats-Unis. Suite à la promulgation d'une loi de réforme des maisons de repos en 1987, différentes initiatives de terrain ont vu le jour, avec pour objectif commun de mettre la personne au centre des soins (« *person-centered care* »). En 1997, le *Pioneer network*, réseau réunissant les leaders de ces différentes initiatives, a été créé et a articulé les principes communs à celles-ci. Il est généralement considéré que la naissance du mouvement de *culture change* remonte à cette date.

Le *culture change* est décrit comme un processus de transformation profonde qui questionne les attitudes et comportements, et crée des communautés où tant les résidents que le personnel sont responsabilisés, et où la qualité de vie des résidents est primordiale (Rahman & Schnelle, 2008). Il implique un changement de philosophie et de pratiques, qui s'éloignent d'une focalisation excessive sur la sécurité, l'uniformité, et les questions médicales, pour aller vers une approche centrée sur le résident et sa qualité de vie (White-Chu et al., 2009).

Le mouvement de *culture change* n'établit pas de prescriptions détaillées mais plutôt des principes. Ceux-ci ont trait aux pratiques de soin mais aussi à l'environnement physique, aux aspects organisationnels et aux ressources humaines. Ils peuvent être résumés comme suit (Koren, 2010) :

- **Soins et activités centrés sur la personne** : les résidents disposent de choix, ils sont encouragés à prendre leurs propres décisions (*e.g.* concernant l'heure du coucher, quels vêtements porter).
- **Atmosphère « comme à la maison »** : unités organisationnelles de petits foyers de 10 à 15 résidents, repas préparés dans ces unités, accès aux réfrigérateurs pour les résidents.
- **Relations proches** : relations proches entre les résidents, les membres des familles, le personnel et la communauté. Ceci implique notamment que ce sont toujours les mêmes membres du personnel qui s'occupent des mêmes résidents.
- **Responsabilisation du personnel**: le personnel est responsabilisé pour répondre aux besoins et souhaits des résidents, le travail d'équipe est encouragé.
- **Processus de décision collaboratif** : la prise de décision est décentralisée en « aplatissant » la hiérarchie décisionnelle habituelle et en encourageant le management participatif.
- **Processus d'amélioration de la qualité** : des processus d'amélioration continue sont mis en place et des mesures des résultats sont régulièrement effectuées.

Aux Etats-Unis, plusieurs initiatives s'inscrivant dans le champ du mouvement de *culture change* existent, avec des points de focalisation et des résultats variables. On peut notamment citer Wellspring, Eden Alternative, Green House, etc. En dehors des Etats-Unis, il existe également quelques initiatives de ce type avec leurs spécificités propres, qu'elles se revendiquent ou non du mouvement, telles que Carpe Diem au Québec, le *Tubbemoddel* en Suède, le village Alzheimer d'Hogewey aux Pays-Bas, et le village landais Alzheimer en France (projet en cours), etc.

## 2 LE CULTURE CHANGE, QU'EST-CE QUE ÇA CHANGE ?

Sans viser l'exhaustivité, quelques illustrations des effets de la mise en œuvre de principes de *culture change* sont présentées dans cette section.

## 2.1 Soins et activités centrés sur la personne

Le concept de « soins centrés sur la personne », ou « soins centrés sur le résident » dans le contexte des maisons de repos, reconnaît que l'individualité du patient ou du résident doit guider la relation et les pratiques de soin. Il est à noter qu'il n'existe aucune définition de ce concept faisant consensus, et que sa mise en œuvre varie largement d'une structure à l'autre (Coulourides Kogan et al., 2016). Selon la description qu'en font des personnes présentant une démence, leurs familles et leurs soignants, les soins centrés sur la personne visent avant tout à promouvoir la continuité du soi du résident et la normalité. Pour ce qui est du contenu, cela implique la connaissance du résident, l'accueil de sa famille, des activités signifiantes, un environnement personnalisé, et des routines flexibles et qui s'inscrivent dans la continuité (Edvardsson, 2010).

Les résultats d'une étude qualitative au sein de 10 maisons de repos américaines qui ont mis en place des soins basés sur les résidents (Harrison & Frampton, 2016) confirment que les perceptions de ceux-ci sont globalement conformes aux intentions du mouvement de *culture change*. Les résidents expriment que pour eux des soins centrés sur la personne signifient que la maison de repos est leur maison plutôt qu'un lieu « commercial ». Par exemple, on frappe avant d'entrer, on ne les force pas à faire quoi que ce soit, on leur laisse le choix concernant leur rythme de vie et ils sont considérés comme la priorité. Les changements qu'ils ont observés depuis la mise en œuvre des soins centrés sur la personne incluent le choix de l'heure du lever et du coucher, le fait d'être entendu et de pouvoir exprimer leur opinion, ainsi qu'une allocation cohérente du personnel (*i.e.* toujours les mêmes personnes). Parmi les points qui restent à améliorer, ils citent le temps de réponse du personnel, l'accès à la nature, et la transparence concernant la maladie et la mort.

Dans le contexte de résidents présentant une démence, les soins basés sur la personne semblent associées à une réduction de l'agitation, des symptômes neuropsychiatriques et de la dépression, à une amélioration de la qualité de vie (Kim & Park, 2017), ainsi qu'à la capacité d'accomplir des activités de la vie quotidienne (Sjögren et al., 2013). Au niveau des professionnels, ils permettraient de réduire le stress et le burnout et d'augmenter le niveau de satisfaction professionnelle (Barbosa et al., 2015 ; Edvardsson et al., 2011). Il est important de souligner que la responsabilisation du personnel semble constituer un prérequis aux soins basés sur la personne : le personnel doit bénéficier d'un support organisationnel qui l'autorise à poser des actes en ce sens et qui reconnaisse



ces actes (Vassbø et al., 2019). Cela illustre les interconnexions étroites existant entre les principes du *culture change*.

## **2.2 Caractère « comme à la maison »**

La littérature scientifique étaye largement l'influence de la taille des unités, de l'organisation de l'espace, et du caractère « comme à la maison » sur les comportements et le bien-être des résidents présentant une démence (Chaudhury et al., 2018). Il est notamment important de noter que de petites unités de vie (*i.e.* 5-15 résidents) semblent plus favorables au bien-être des résidents que de plus grosses unités (*e.g.* Kane et al., 2007). Un caractère « comme à la maison » est associé à une amélioration du fonctionnement émotionnel et intellectuel, et davantage d'autonomie (*e.g.* McAllister & Silverman, 1999), moins d'agitation, d'agressivité et d'anxiété (*e.g.* Wilkes et al. 2005), et plus d'engagement dans les activités et d'interactions sociales informelles (*e.g.* Campo & Chaudhury, 2012). Ce caractère « comme à la maison » se traduit matériellement dans le mobilier, la décoration, le linge de maison, la vaisselle, etc. Cependant, il est important de garder à l'esprit que pour qu'un environnement physique adapté puisse produire les effets escomptés, il est capital que les politiques institutionnelles et les pratiques du personnel soient cohérentes par rapport aux objectifs. Par exemple, s'il y a une cuisine dans un espace collectif, son accès ne devrait pas être restreint (Chaudhury et al., 2018). En outre, le caractère « comme à la maison » englobe également des schémas d'activités et d'interactions concernant, par exemple, la façon dont les repas sont préparés et servis, et les opportunités d'autonomie et de respect de la vie privée (Calkins, 2001). Une approche holistique est par conséquent nécessaire afin de créer ce type d'ambiance.

## **2.3 Responsabilisation du personnel**

D'après une enquête réalisée aux Etats-Unis auprès de 2034 gérants de maisons de repos (Berridge et al., 2018), une responsabilisation du personnel serait associée à une probabilité de 44 à 64% plus élevée de rétention des aides-soignants à 12 mois comparativement aux établissements où le personnel est peu ou pas responsabilisé.

## **2.4 Le *Tubbe* en Belgique**

Le *Tubbemodellen* est un modèle de gestion et d'organisation qui a vu le jour dans une maison de repos située à Tjörn, une commune rurale de Suède occidentale. Ce modèle bouleverse notre vision

de l'organisation classique d'une maison de repos. Il ne s'agit plus ici d'un système hiérarchique descendant traditionnel (« *top-down* »). La pyramide s'inverse, ou plus précisément, laisse place à un modèle où le résident est au centre. Concrètement, la maison de repos est cogérée par les résidents et les professionnels, et la direction assure un rôle de coordination et de coaching (Fondation Roi Baudouin, 2019). Ce modèle responsabilise donc tant les résidents que le personnel. Il reconnaît les résidents en tant qu'acteurs de leur propre vie. Les soins sont axés sur le relationnel et l'environnement est agréable et attrayant, avant tout un lieu de vie et accessoirement seulement un lieu de soin (Fondation Roi Baudouin).

En Belgique, suite à un appel à projet de la Fondation Roi Baudouin, six établissements pilotes (dont 3 en Wallonie) ont commencé à instaurer le *Tubbemodellen*, chacun à son rythme et plus ou moins en profondeur. Un rapport de la Fondation Roi Baudouin (2019) évalue les résultats intermédiaires du projet après 18 mois de mise en œuvre. De manière générale, ces résultats indiquent une satisfaction accrue des résidents. Ceux-ci nouent davantage de liens entre eux et avec les professionnels et leur sentiment d'utilité s'est accru comparativement à la situation avant la mise en œuvre du modèle. Une majorité des membres du personnel estiment que la qualité des soins s'est améliorée et pratiquement aucun d'entre eux n'estime qu'elle s'est détériorée.

### **3 LE CULTURE CHANGE, MODE D'EMPLOI?**

Il n'existe pas de consensus concernant la manière d'amener un changement de culture dans une maison de repos. Chaque établissement qui se lance dans cette aventure le fait selon ses spécificités propres et à son propre rythme. Deux exemples issus de la littérature sont présentés ci-dessous à titre d'illustrations.

#### **3.1 Mise en œuvre de *guidelines* : l'exemple suédois**

Vikström et al. (2015) illustrent comment un établissement suédois a mis en œuvre des *guidelines* nationales publiées en 2010 par le Conseil National de la Santé et de la Sécurité Sociale concernant le soin des personnes présentant une démence. Cet établissement était composé de 24 unités à petite échelle (8 ou 9 résidents). Il est important de noter que cet établissement était déjà loin du modèle médical traditionnel de par son architecture et son environnement physique entre autres, et qu'il a été recommandé pour le projet par les autorités locales parce qu'il était généralement intéressé par

les développements et innovations. Les *guidelines* contenaient des recommandations prioritaires concernant des domaines tels que les soins centrés sur la personne, des environnements à petite échelle, l'environnement physique, le climat de soin, la continuité de la personne, l'activité et le repos, la formation, et le soutien des aidants informels. L'idée maitresse du projet était que le personnel puisse prendre connaissance du processus, l'initier, le mettre en œuvre, et mener une réflexion quant à cette mise en œuvre *via* des discussions. Ce processus s'est basé sur les étapes de la recherche-action participative développées par Taylor et al. (2004). Une étape préliminaire consistait à s'assurer que le personnel des 24 unités connaissait le contenu des *guidelines*. Ce contenu a donc été présenté lors d'un séminaire introductif. Ensuite, le personnel de chaque unité a effectué une analyse « SWOT » afin de mettre en lumière les forces, faiblesses, opportunités et menaces (Humphrey, 2005) de leurs pratiques de soin au regard des *guidelines*. Ensuite, chaque unité s'est réunie pendant 2 heures à 10 occasions pendant une période de 8 mois. Un groupe de 7 facilitateurs membres d'universités locales et issus de différentes professions participait également aux réunions. Les 6 étapes décrites par Taylor et al. se sont déroulées comme suit :

- Etape 1 : Identification des problèmes et défis

Sur base de l'analyse SWOT, les problèmes et défis les plus courants ont été identifiés et catégorisés sur base de leur relation avec l'organisation des soins, les résidents, les familles, ou le personnel lui-même. Par exemple, certaines unités ont relevé des problèmes concernant la fourniture de repas nutritifs, ou le soutien des proches des résidents.

- Etape 2 : Choix des domaines à améliorer

Cette étape s'est réalisée plus ou moins facilement selon les unités. Les domaines les plus fréquemment choisis étaient la mise en place d'activités intéressantes, le soutien et l'information des familles, et les ajustements de l'environnement physique.

- Etape 3 : Conception et évaluation

Lors de cette étape, les participants devaient chercher et identifier les meilleures sources de connaissances disponibles afin de développer un plan d'action. Des différences notables ont été observées entre les différentes unités : certaines se sont basées sur les *guidelines*, certaines ont cherché des publications scientifiques, certaines ont fait appel à des spécialistes ou lu des livres, et

quelques-unes ont fait confiance à leur seule expérience pratique. Les participants devaient également développer une méthode d'évaluation des changements à mettre en place. Dans la plupart des cas, il s'agissait de données qualitatives simples (*e.g.* observations non structurées ou entretiens informels) et parfois de données quantitatives.

- Etape 4 : Engagement dans l'action

Les actions les plus communément choisies concernaient l'échange d'information avec les familles et l'environnement physique, ces actions prenant en compte tant les aspects physiques que psychosociaux. Les routines ont largement été modifiées dans plusieurs unités. Par exemple, des unités ont décidé de prendre les repas avec les résidents.

- Etape 5 : Récolte de données

Les données qualitatives ou quantitatives ont été récoltées tel que planifié lors de l'étape 3.

- Etape 6 : Nouveau choix de domaines à améliorer

Suite à la mise en place des changements initiaux et à une réflexion quant à ceux-ci, 14 des 24 unités ont exprimé leur souhait de continuer à utiliser le modèle afin d'amener d'autres changements dans leur unité. Il est important de noter que les membres du personnel ont découvert que leurs actions amenaient parfois des résultats immédiats, ce qui les a encouragés à réfléchir à de nouveaux domaines à améliorer : un cercle vertueux s'est installé.

Il ressort des témoignages des participants que de se concentrer sur un seul changement à la fois semble la stratégie adéquate à utiliser. Cette expérience a permis aux participants de voir leur travail autrement, avec un sentiment accru de participation. Le partage de témoignages entre unités différentes était un autre élément important pour les participants. Ils ont aussi noté des interactions sociales enrichies avec les résidents.

### **3.2 Un cerisier dans un champ de tulipes: l'exemple néerlandais**

Snoeren et al. (2016) présentent une étude de cas concernant le développement d'un changement de culture dans une unité d'une maison de repos néerlandaise dédiée aux personnes présentant une démence. Cette étude remet en question la croyance selon laquelle le changement se produit de

manière linéaire, selon un plan préétabli dont la mise en place est contrôlée. Selon les auteurs, cette manière d'envisager le changement résulte de la vision hiérarchique prédominante de type « *top-down* ». Leur analyse de cas met en avant les interactions et réponses spontanées des participants comme moteurs de changement, plutôt que des interventions planifiées. Ils soutiennent l'hypothèse selon laquelle ce sont des changements concrets résultant d'actions concrètes qui ont amené un changement des valeurs et des normes, et non l'inverse. Ils décrivent ce processus désordonné en utilisant une métaphore, celle du cerisier, de la semence au fruit :

- Processus de germination

Pour que la semence puisse se développer, il faut un terreau fertile. Autrement dit, des conditions favorables sont nécessaires au changement, telles que, par exemple, un consensus sur une plus grande implication des résidents dans les activités, un but commun au sein du personnel, un sentiment de solidarité, etc. Ce terreau fertile peut contrer des facteurs moins favorables comme une tendance à l'absence de remise en question et au *statu quo* ou l'absence de prise d'initiative. La présence de facilitateurs est aussi utile lors de ce stade initial car elle aide les participants à donner forme au processus. Dans l'étude de cas, lors des réunions régulières organisées entre les membres du personnel, les partages spontanés d'expériences ont généré une prise de conscience de l'importance d'impliquer les résidents dans les activités quotidiennes.

- Du semis à l'arbre

Au fur et à mesure, les participants se sont investis de manière croissante dans le projet, et ont appris en essayant de nouvelles choses dans les situations quotidiennes, en observant leurs collègues et partageant leurs expériences. Ce processus non-planifié d'apprentissage a permis de renforcer les racines de l'arbre. Cela leur a permis de gagner en confiance et de développer la conscience de faire partie d'un tout. Les activités des résidents sont devenues un objectif partagé par tous, et le sens des termes « activités significantes » a été compris de manière plus large que des activités de groupe, pour inclure également l'implication des résidents dans les activités du quotidien. L'exploration des intérêts et besoins des résidents a gagné en importance. Ce processus a amené le personnel à découvrir les résidents et à se forger une image plus holistique de ceux-ci, en tenant compte de leur potentiel et non seulement de leurs limites, et par-là à être plus à même de répondre à leurs actions et expressions. Le personnel est également devenu plus conscient de l'influence de ses propres actions sur les expressions et réponses des résidents. Le personnel a petit

à petit commencé à voir les résultats des nouvelles pratiques, ce qui a enthousiasmé et énergisé le groupe. La norme n'était plus alors d'accomplir un certain nombre de toilettes, ou les tâches de la journée, mais bien que les résidents soient satisfaits. En outre, davantage de valeur a été accordée aux relations avec les résidents, les familles et les collègues. Les professionnels ont commencé à évaluer les résultats de leurs actions à la lumière de ces nouvelles normes et valeurs.

- La récolte des cerises

Les résultats du projet incluent une collaboration accrue des professionnels, une vision plus large des activités, une approche du soin davantage centrée sur la personne, ancrée dans de nouvelles valeurs et normes. Les participants sont également devenus conscients d'autres aspects qui pourraient être améliorés, tels que l'ambiance lors des repas et l'implication des familles, ce qui a donné lieu à de nouveaux projets. Il semble donc qu'ici aussi, le projet ait permis de mettre en route une dynamique de changement de culture, alors même que l'intention de départ des participants n'était pas de s'engager dans une telle dynamique, mais simplement de faire davantage avec les résidents.

Une remarque importante tient au fait que dans les deux exemples ci-dessus, les résidents n'étaient pas directement impliqués dans les discussions, à l'inverse de ce que prévoit par exemple le *Tubbemodellen*. Dans l'exemple néerlandais, ni les professionnels ni les facilitateurs ne se sentaient prêts à les intégrer dans le projet initial, considérant les limitations que leur stade plus ou moins avancé de démence généraient quant à leur pleine participation. Ceci étant dit, les changements de perspectives, de normes et de valeurs opérés par les professionnels au cours du projet, rendent plus probable l'implication des résidents et des familles dans les projets futurs.

#### **4 FREINS ET LEVIERS AU CHANGEMENT**

A l'heure actuelle, la mise en œuvre du *culture change* dans les maisons de repos reste relativement limitée, tant pour ce qui est du nombre d'établissements que du degré de changement (Shier et al., 2014). Une des difficultés tient au fait que le terme de *culture change* a été interprété et mis en œuvre de multiples manières. Les établissements développent leur propre définition du *culture change*, parfois biaisée par rapport aux principes fondateurs du mouvement (Doll et al., 2017). En outre, c'est un processus exigeant qui requiert des efforts interdisciplinaires coordonnés et un haut

niveau de soutien de la direction des établissements, et des consortiums le cas échéant (Klein & Knight, 2005).

Les défis principaux concernent les réticences au changement et la motivation des professionnels, leurs relations entre eux ainsi qu'avec les résidents et familles, le travail d'équipe, et la responsabilisation du personnel (Snoeren et al., 2016). On peut aussi mentionner le turnover important au sein du personnel et des directions (Scalzi et al., 2006 cité par Bowers et al., 2016). En outre, les barrières généralement évoquées par les professionnels incluent le manque de temps, le manque de personnel (surtout le week-end), des difficultés à trouver des sources de connaissances fiables pour étayer la réflexion, des discordances entre différents objectifs, et/ou normes règlementaires applicables aux maisons de repos, et l'architecture de l'établissement (Vikström et al., 2015).

Les facilitateurs de changement incluent quant à eux une masse critique de « champions du changement », un style de leadership participatif, une communication efficace au sein du personnel, des valeurs et des objectifs communs, l'implication des résidents et des familles, et un niveau élevé de responsabilisation du personnel (Scalzi et al., 2006 cité par Bowers et al., 2016). En matière de compétences, il semble essentiel de développer les compétences de résolution collaborative de problèmes au sein des équipes autogérées, et les compétences de coaching des directeurs ou autres leaders qui soutiennent ces équipes (Bowers et al.).

Le rôle de levier que les psychologues peuvent jouer dans le processus de changement est souligné par la littérature. Ils peuvent contribuer au changement de culture au travers de pratiques qui promeuvent les soins basés sur la personne (*e.g.* en soutenant les choix des résidents et en les responsabilisant), ainsi qu'au travers du développement de programmes, d'évaluations, et d'initiatives de recherche (Doll et al., 2017). Ils peuvent également jouer un rôle de facilitateur au sein des groupes en aidant à évaluer les forces de chacun et à créer une dynamique de groupe, à comprendre des points de vue divergents dans les interactions complexes, ainsi qu'à intégrer les contributions des différents corps de métier (Engle et al., 2017). En outre, ils peuvent aider à résoudre les dissonances cognitives des professionnels qui ne sont pas pleinement convaincus du bienfondé des initiatives de *culture change* (Cornelison et al., 2015, cités par Doll et al., 2017).

## 5 POINTS D'ATTENTION CONCERNANT LA MISE EN PLACE DU *CULTURE CHANGE*

Sans viser l'exhaustivité, cette section rassemble quelques points d'attention et de réflexion concernant les différents acteurs concernés par le processus de changement afin de permettre et faciliter celui-ci.

Concernant les directions des maisons de repos (et des consortiums auxquelles elles appartiennent éventuellement), celles-ci devraient établir les conditions nécessaires ou propices au changement, telle qu'une responsabilisation du personnel et un processus de décision collectif. En effet, il semble que certains changements, comme abandonner l'uniforme, soient plus faciles à mettre en place quand l'initiative vient des professionnels plutôt que de la direction. Les directions pourraient cependant susciter l'intérêt et initier la réflexion concernant certaines thématiques. Elles devraient également faciliter l'accès des professionnels aux informations et formations nécessaires ou utiles aux changements à mettre en place (*e.g.* concernant les soins centrés sur la personne).

Les résidents devraient être encouragés à exprimer leur avis et à participer au processus de décision collectif (*e.g. via* des groupes de travail) s'ils le souhaitent. Compte-tenu des craintes que le changement peut générer chez les aînés, une communication préalable est essentielle afin de rassurer ceux-ci, notamment en soulignant l'objectif d'autodétermination *i.e.* on ne va pas leur imposer quoi que ce soit mais au contraire les écouter davantage et leur permettre d'effectuer plus de choix. Les familles gagneraient également à être impliquées dans le processus. A tout le moins, une communication claire à leur égard est nécessaire concernant le processus et les changements envisagés. Elles sont en outre des alliées de choix concernant la mise en place de soins basés sur la personne.

Il serait également souhaitable que les autorités en charge du secteur des maisons de repos (*i.e.* principalement l'AVIQ en Région wallonne) repensent certains aspects des réglementations afin de les aligner sur les principes fondamentaux du *culture change*, tel qu'un financement des établissements moins axé sur les soins et la dépendance pour ne citer qu'un exemple.

Les chercheurs pourraient de leur côté faciliter le processus en mettant en place des études rigoureuses (ne se limitant pas aux unités pour personnes présentant des troubles cognitifs) qui permettent d'évaluer l'impact du *culture change* et de mieux comprendre les processus en jeu. Ces études permettraient de guider les maisons de repos dans le processus.



## V. DISCUSSION

*Un voyage de mille lieues commence par un premier pas. Lao Tseu*

### 1 CLIMAT ÂGISTE ET MÉDICALISÉ

La vision actuelle du vieillissement, négative et pathologique, est le fruit de constructions sociales qui font des aînés des personnes non seulement incompetentes et inutiles, mais également fragiles et malades. Âgisme et médicalisation du vieillissement sont en interaction permanente. Ils s'auto-entretiennent et se renforcent l'un l'autre.

La médicalisation du vieillissement stigmatise les aînés. Cette perspective pathologisante a fait naître l'idée que la vieillesse est égale à la maladie. En faisant des aînés des objets de soin, elle les fait se sentir à la fois impuissants et coupables. Ils sont considérés comme coupables d'être un fardeau pour la société et de menacer la pérennité financière des systèmes de sécurité sociale, tout en étant incapables de prendre soin d'eux-mêmes et de décider pour eux-mêmes. La crise sanitaire actuelle en offre de nouveaux exemples criants et alarmants, notamment sous forme de prises de décisions paternalistes, justifiées par le besoin impérieux de protéger les aînés, mais sans leur donner droit au chapitre. Ceci illustre à merveille la facilitation active du *Stereotype Content Model* de Fiske et al. : agir pour eux, mais sans eux. Tel que souligné par un texte collectif d'experts en gérontologie (Lagacé et al., 2020), la pandémie braque également le projecteur sur le manque de valeur accordée par le public et les politiques aux aînés et le mépris à leur égard. L'exemple des autorités françaises n'ayant pas comptabilisé le nombre de décès résultant du COVID-19 dans les maisons de repos est éloquent. Ils sont l'exogroupe, la masse informe et insignifiante des vieux, du « eux ».

Par nos stéréotypes, préjugés et comportements âgistes, nous participons au développement et au renforcement de la dépendance des personnes âgées, ce à quoi nous répondons par de la médicalisation, qui engendre chez les aînés de l'impuissance acquise et encore plus de dépendance. En outre, nous, l'endogroupe, ne sommes pas immunisés contre nos attitudes âgistes : celles-ci peuvent dissoner avec l'image que nous avons de nous-même, en tant que personne et professionnel. Un sentiment d'inefficacité, du burnout ou des affects dépressifs peuvent s'en suivre.

## 2 LA BLOUSE

La blouse des soignants est gorgée de symboles. La blouse du médecin symbolise le soin mais aussi le pouvoir et l'autorité de celui-ci sur son patient. Jusqu'il y a peu, ce rapport paternaliste était largement accepté et justifié dû au fait que le médecin détient un savoir et une expertise que le patient ne possède pas. Récemment, avec l'augmentation du niveau d'instruction et de l'accès à l'information, ainsi que le développement des maladies chroniques, la relation médecin-patient a évolué vers des rapports plus égalitaires et davantage de négociation, le patient étant considéré comme un expert profane de son propre cas (Scodellaro, 2014). Cette optique de relation plus égalitaire et démocratique est d'ailleurs un des arguments des médecins, anglais notamment, qui ont abandonné la blouse. Cependant, l'érosion progressive et la renégociation de l'autorité du médecin font face à des tentatives de résurgence de pouvoir en certains endroits. Selon Russell (2002), ce contexte explique l'émergence d'un rituel médical contemporain : la cérémonie de la blouse blanche. Depuis son lancement par l'Université de Columbia en 1993, cette cérémonie s'est reproduite dans des centaines d'universités américaines et européennes. Lors de ce véritable rituel d'initiation organisé en début d'année académique, le doyen de la faculté de médecine enfle une blouse blanche sur chaque nouvel étudiant de la faculté (Huber, 2003). Si la cérémonie est officiellement justifiée par le vœu de promouvoir des valeurs d'humanisme et d'excellence, elle est aussi interprétée par certains comme véhiculant un programme caché de paternalisme et de pouvoir (Wear, 1998).

La blouse de l'infirmier est également un symbole de soin et de pouvoir. Elle différencie les infirmiers des patients et établit une distance sociale. Elle identifie et individualise les infirmiers, c'est d'ailleurs un argument souvent avancé pour justifier son maintien. Si l'identification rapide des professionnels *via* leur uniforme se justifie dans certains contextes comme des situations d'urgence ou de court-terme, elle apparaît moins justifiée dans des situations non-urgentes et prolongées. La préférence des patients pour la blouse blanche est d'ailleurs moins marquée, voire absente, dans ces situations (*e.g.* Long et al., 2017). Dans le contexte du vieillissement, cette individualisation des soignants contraste avec l'homogénéisation du groupe des personnes âgées, cette « masse informe ». Ce contraste entre le « nous » et le « eux » renforcé par la blouse blanche appuie donc la perspective âgiste qui minimise les différences et nie les richesses individuelles. Comme le note Richardson (1999), pour des personnes dévaluées comme les personnes âgées, la

blouse est subtilement et insidieusement intimidante. Ceci a pour conséquence d'accentuer la dépendance et le rôle de malade.

Même si les risques de contamination bactérienne liés au port de la blouse sont aujourd'hui largement étayés par la littérature scientifique, la blouse blanche reste associée à l'hygiène et au professionnalisme des soignants, preuve que les symboles ont la vie dure. La fonction de protection psychique de la blouse est également fréquemment évoquée pour justifier son maintien (Pearson et al., 2001). La blouse permet de créer une distance relationnelle. Il semble que certains soignants ressentent le besoin de disposer de cette distance afin de réguler leurs émotions au travail. Cependant, cette distance amenée par la blouse amplifie encore la distanciation qui découle des préjugés âgistes de pitié et compassion. En outre, notre hypothèse est que, loin de protéger le soignant, cette distance accroît les risques de faible satisfaction au travail et de burnout.

Il ressort de plusieurs études que, plus que les autres catégories d'âge, les personnes âgées affichent une préférence marquée pour le port de la blouse blanche par les soignants (*e.g.* Albert et al., 2008). Une des hypothèses avancées consiste à expliquer cette préférence différente de celle des autres groupes d'âge par un effet de cohorte : les personnes âgées ont grandi dans un environnement où la blouse blanche était omniprésente, ainsi que dans un contexte où l'autodétermination du patient n'était pas la règle. Tout en reconnaissant la pertinence de cette hypothèse, il semble qu'une hypothèse complémentaire puisse également expliquer en partie cette préférence explicite. Celle-ci a trait aux représentations intrinsèques du vieillissement que les personnes âgées se sont forgées au cours de leur vie. Nombre d'entre elles ont intégré l'idée qu'être vieux équivaut à être malade et dépendant, être un objet de soin et non plus un sujet autodéterminé. Dès lors, il n'est pas étonnant que le vêtement qui symbolise le mieux la médicalisation et le pouvoir des soignants soit explicitement préféré.

Quelles que soient les préférences déclarées, les études sur l'EBB illustrent abondamment les effets délétères inconscients de la blouse, et de l'environnement médical au sens large, sur les personnes âgées. Les processus en jeu ne sont pas encore parfaitement compris mais il est avancé que l'environnement médicalisé, suite à un apprentissage de type conditionnement classique, joue le rôle de stimulus conditionné et donne lieu à une réponse anxieuse conditionnée, laquelle peut produire une augmentation de la pression artérielle (Ogedegbe et al., 2008), ainsi que de moins

bonnes performances mnésiques, spécifiquement chez les personnes âgées avec un faible sentiment d'auto-efficacité mnésique (Schlemmer & Desrichard, 2017). Quand on considère que le diagnostic de trouble neurocognitif léger, comme de trouble neurocognitif majeur, peut notamment être posé sur base des préoccupations du sujet et d'un bilan neuropsychologique le plus souvent réalisé dans un environnement médicalisé, cela pose évidemment question. Outre la question de la pertinence de poser un tel diagnostic, celle de sa fiabilité est également ouverte.

Il est important de noter que les personnes âgées ne sont pas toutes égales face à l'EBB, tant au niveau physiologique que cognitif. La perception qu'un individu âgé a de son statut d'hypertendu, ou de ses capacités mnésiques, joue un rôle capital dans sa susceptibilité à l'EBB, bien plus que son statut ou ses capacités réelles. Or, cette perception est largement influencée par les « étiquettes » que la personne âgée reçoit du corps soignant et du public en général, ainsi que des interactions avec ceux-ci et de l'environnement physique dans lequel elle évolue.

Cette littérature sur l'EBB fait émerger une question essentielle : comment les personnes âgées qui vivent continuellement dans un environnement physico-social médicalisé et donc anxiogène, tel que celui des maisons de repos, sont-elles impactées par cet environnement, tant au niveau de leur santé physique, psychique et cognitive qu'au niveau de leur bien-être et leur qualité de vie ? Les études portant sur la blouse blanche en maison de repos et sur le *culture change* apportent quelques éléments de réponse mais cette question mériterait de faire l'objet de davantage de recherche.

Concernant les soignants, le champ de recherche de l'*encloded cognition* suggère que les vêtements qu'ils portent, typiquement la blouse, influencent leurs processus cognitifs, leur perception d'eux-mêmes et leurs comportements. Au sujet des processus attentionnels, les résultats des différentes études semblent indiquer que certains types de processus seraient davantage susceptibles d'être influencés par le port d'un uniforme ou d'un vêtement en général. En effet, l'étude d'Adam et Galinsky (2012) n'a pas mis en évidence d'effet principal de la condition (avec blouse blanche vs. sans blouse blanche) sur la performance d'attention sélective au test de Stroop, et l'effet d'interaction entre la condition et le type d'essai (avec interférence vs. sans interférence) mis en avant par cette étude n'a pas été répliqué dans l'étude de Burns et al. (2019). A l'inverse, dans l'étude de Civile et Obhi (2017) investiguant la question de l'impact du port d'un uniforme de police sur les biais attentionnels liés à la détection de la menace, il semble que le port d'un

uniforme de police engendre un biais attentionnel significatif envers les distracteurs pouvant symboliser une menace en vertu des stéréotypes communs (*i.e.* des individus à faible statut socio-économique), ce biais ne se retrouvant pas chez les personnes portant une salopette de mécanicien. Ces études sont loin d'être comparables en tous points : elles comportent de nombreuses différences méthodologiques, et il est question d'un côté d'une blouse de scientifique et de l'autre d'un uniforme de police. Néanmoins, nous posons l'hypothèse que les différences de résultats entre ces études pourraient être liées en partie au moins aux types de processus attentionnels qu'elles visent. Dans l'étude d'Adam et Galinsky et la tentative de réplique de Burns et al., il est question de processus attentionnels de résistance à l'interférence (*i.e.* inhibition de la lecture, un processus hautement automatisé). Même si on considère que la blouse blanche est symboliquement associée au fait d'être attentif et prudent, cette association pourrait se révéler insuffisante ou non pertinente pour influencer des processus tel que ceux impliqués dans le test de Stroop, qui plus est dans une tâche dont le lien avec la profession de médecin ou de scientifique est assez ténu. Par contre, dans l'étude de Civile et Obhi, il est question de détection de la menace, un processus attentionnel complexe (*i.e.* il faut tenir compte d'une série de caractéristiques) faisant partie de l'ADN du policier. Il serait par conséquent intéressant de tenter de répliquer l'étude de Civile et Obhi avec une blouse blanche de soignant à la place de l'uniforme de policier et des distracteurs qui symboliseraient non pas une menace mais par exemple des personnes en plus ou moins grande détresse et nécessitant des soins ou de l'aide. Ce type d'étude permettrait de découvrir si des processus attentionnels complexes et intrinsèquement liés à la mission des soignants sont impactés par le port d'une blouse blanche.

La blouse blanche, tout comme la couleur des vêtements portés (Ishii et al., 2019), semble également influencer la perception que celui qui la porte a de lui-même, tant comment il pense que les autres le perçoivent que sa propre perception de sa compétence. Dans l'étude de Jones et al. (2019) qui met en avant cet effet de la blouse, il ne se retrouvait que chez les élèves avec un faible niveau d'auto-efficacité scientifique au début du protocole. Si on extrapole les résultats de cette étude au monde professionnel des soignants, et qu'on les combine avec ceux de l'étude qualitative canadienne d'Akhtar-Danesh et al. (2013) réalisée auprès d'étudiants infirmiers et de membres de la faculté de sciences infirmières, on peut poser l'hypothèse suivante : des soignants avec un faible sentiment d'auto-efficacité professionnelle, lesquels correspondraient hypothétiquement aux *Portraitistes* de l'étude d'Akhtar-Danesh et al., pourraient avoir tendance à vouloir porter une

blouse blanche, car celle-ci leur permettrait de se sentir davantage reconnus professionnellement par autrui et se considérer eux-mêmes comme plus compétents. A l'inverse, le port de la blouse blanche serait moins considéré comme une nécessité pour les soignants avec un sentiment d'auto-efficacité professionnelle élevé.

Les études du champ de l'*encloded cognition* semblent également confirmer que les vêtements portés impactent nos comportements dans un sens convergeant avec la symbolique associée à ceux-ci : davantage d'aide dans le cas de la blouse blanche (López-Pérez et al., 2016), et davantage de tendance à tirer sur des cibles non-armées dans le cas d'un uniforme de police (Mendoza & Parks-Stamm, 2019). Cela nous amène à poser l'hypothèse que des soignants portant une blouse blanche vont avoir davantage tendance à aider des personnes âgées dans des situations ambiguës où l'aide n'est pas nécessairement ni la seule ni la meilleure option. Cette aide excessive pourrait engendrer davantage de perte de confiance, de sentiment de solitude et de dépendance chez la personne aidée (Avorn & Langer, 1982 ; Coudin & Alexopoulos, 2010).

Concernant les études ayant trait à la blouse blanche en maison de repos, même s'il est regrettable que si peu d'études (et avec de petits échantillons) traitent du sujet, les résultats de celles-ci sont plus qu'encourageants. Soulignons en particulier l'augmentation des interactions et l'amélioration des relations, avec un impact évident sur la qualité de vie (Charras et Gzil, 2013). Il semble que quand les soignants sont habillés en civil, et quand de manière plus large on promeut une atmosphère « comme à la maison », les résidents se comportent « comme à la maison » : ils s'impliquent davantage dans les activités du quotidien, ils discutent davantage de sujets personnels et moins de leur santé, ils abordent les professionnels pour entrer en relation, etc. (Charras et Gzil).

Il est intéressant de noter que plusieurs arguments fréquemment invoqués par les professionnels pour justifier le port de la blouse ne semblent pas tenir face aux observations et ressentis des soignants qui ont abandonné la blouse et aux résultats des études en général. Par exemple, l'argument de l'hygiène et du contrôle des infections facilité par le port de la blouse est contré par les nombreuses études qui démontrent que les blouses des soignants sont fréquemment contaminées (*e.g.* Treacle et al., 2009). En outre, les soignants qui ont abandonné la blouse se rendent compte qu'il est plus hygiénique de ne porter celle-ci que pour les actes de soin plutôt que de la porter toute la journée. Ils indiquent également qu'enfiler momentanément une sur-blouse sur leurs vêtements

n'est pas contraignant, alors que les soignants qui n'en ont pas fait l'expérience ont l'impression que cette pratique serait contraignante.

L'argument justifiant le port de la blouse par la nécessité de pouvoir identifier les soignants ne tient pas non plus : il ressort de l'étude de Charras et Gzil (2013) que les résidents (présentant une démence en l'espèce) reconnaissaient les soignants habillés en civil. Dans cette étude, un badge avait été réintroduit pour faciliter l'identification des soignants par les familles. Bien que plus discret que la blouse, il s'agit à nouveau d'un élément qui va identifier et individualiser les soignants et creuser le fossé entre eux et les résidents qui ne sont quant à eux pas individualisés mais considérés comme une masse insignifiante. En outre, si l'idée est de favoriser un environnement « comme à la maison », on peut douter de la pertinence du port d'un badge pour créer cette atmosphère.

Au sujet de l'argument de la protection psychique que la blouse amènerait selon les soignants qui la portent, notons que les soignant qui ont fait l'expérience de ne pas la porter n'évoquent pas de difficultés à ce sujet. Au contraire, ils se sentent plus à l'aise avec les résidents, y compris concernant les sujets intimes, et leur satisfaction au travail est accrue.

Il semble donc que de manière générale, pouvoir faire l'expérience de tomber la blouse permette aux soignants de lever des craintes et des *a priori*. Même si cela est contre-intuitif pour certains soignants, faire l'expérience de relations authentiques avec les résidents se révèle plus confortable que de veiller à maintenir une distance relationnelle pour se protéger au niveau émotionnel. Si certains soignants éprouvaient malgré tout des difficultés dans la gestion de leurs émotions une fois la blouse abandonnée, des formations de gestion et acceptation des émotions pourraient être envisagées. Le psychologue de l'établissement, quand il en existe un, pourrait également jouer un rôle dans le soutien des professionnels concernant ces aspects émotionnels.

### **3 LE CULTURE CHANGE**

Les soins et activités centrés sur la personne sont une composante centrale du *culture change*. Dans son essence, ce concept vise à promouvoir la continuité de l'individualité du résident (*i.e.* ce qui fait qu'il est qui il est) et son autodétermination. Les études concernant le port de la blouse blanche en maison de repos indiquent que quand les professionnels sont habillés en civil, et

partagent des activités telles que les repas avec les résidents, ils apprennent à mieux connaître les résidents, leur goûts et leur histoire (Charras et Frémontier, 2010). Les relations plus équilibrées et moins empreintes de pouvoir qui se développent quand les soignants tombent la blouse facilitent donc cette prise de connaissance des professionnels de l'histoire et de la personnalité des résidents. Cette connaissance et cette écoute constante des résidents est essentielle aux soins et activités centrés sur la personne. Elles peuvent permettre le développement d'activités réellement significatives et sources de plaisir pour le résident, ainsi qu'une meilleure compréhension de ses expressions et comportements. L'histoire de vie est un autre élément incontournable dans un contexte de soins et activités basés sur la personne et devrait être collectée suffisamment tôt, avant que l'accompagnement ne commence, pour faciliter autant que possible la transition vécue par le résident.

Il est important de souligner que le *culture change* est une approche holistique. Par exemple, la mise en œuvre de soins et activités centrés sur la personne requiert une responsabilisation du personnel et un support organisationnel de la direction ; une ambiance « comme à la maison » se dégage d'un ensemble d'éléments physiques, psycho-sociaux et organisationnels cohérents les uns par rapport aux autres. Cela ne veut pas nécessairement dire que tout doit changer en même temps, mais bien que la philosophie globale du changement de culture devrait guider les réflexions.

Les résultats de la mise en place du *culture change* ne sont pas faciles à évaluer car il n'existe pas de définition standardisée du *culture change* ni de processus établi pour amener le changement (Doll et al., 2017). Le développement d'études rigoureuses pourrait permettre de guider les maisons de repos qui souhaitent mettre en marche le changement. Il semble cependant qu'il ne soit pas nécessaire d'attendre des conditions idéales ni de révolutionner le fonctionnement d'une maison de repos en un court laps de temps. A l'inverse, il semble opportun de commencer quelque part, et d'avancer pas à pas, changement après changement, à son rythme et en tenant compte des spécificités de son établissement. Au début du processus, des facilitateurs externes peuvent être utilisés comme leviers pour donner forme au processus. Les psychologues sont, de par leur formation, particulièrement bien outillés pour jouer ce rôle. Une fois la dynamique lancée, les professionnels se rendent compte des retombées positives du changement sur toutes les composantes du système *i.e.* les résidents, les familles, eux-mêmes, etc., ce qui les motive à



envisager de nouveaux changements. Les premiers changements semblent donc initier un cercle vertueux du changement.

#### **4 ALORS ON CHANGE ?**

L'entrée en maison de repos est fréquemment vécue comme un échec, échec à l'injonction de « bien vieillir », trop souvent entendue dans le sens de « ne pas vieillir ». Alors on culpabilise ces aînés « défaillants » en tentant de juguler par la même occasion nos craintes quant à notre propre vieillissement à venir. Alors on leur retire leur droit à l'autodétermination et on décide pour eux. Alors on les médicalise plus qu'ils ne l'étaient déjà.

Mais le mouvement du *culture change* nous montre qu'une autre approche du vieillissement en maison de repos est possible. Une approche qui fasse la part belle à l'autodétermination des résidents et du personnel, ainsi qu'aux relations humaines authentiques et au plaisir dans les activités du quotidien. Une approche qui propose un accompagnement diversifié et individualisé.

Si la crise sanitaire du COVID-19 a braqué le projecteur sur les dérives âgistes de notre société, elle est aussi une opportunité de repenser notre rapport au vieillissement et aux aînés, d'abandonner notre vision de la vieillesse comme homogène, défaillante et malade, et de mettre en avant les envies et besoins des aînés, ainsi que leurs capacités et leurs richesses.

L'important, c'est d'amorcer un mouvement de convergence entre les politiques, les directions des établissements, les professionnels, les personnes âgées, leurs proches, les chercheurs et le grand public. L'important, c'est de faire un premier pas pour enclencher le cercle vertueux du changement.

Alors, on marche ensemble?

## VI. CONCLUSION

L'objectif de ce travail était de passer en revue une série de questions en lien avec la thématique de la blouse blanche des soignants, d'identifier sur base de cette revue une problématique clinique concernant la population des personnes âgées, et de faire des hypothèses et propositions étayées par la littérature scientifique au sujet de cette problématique.

Il ressort de notre revue de questions que la blouse blanche est un symbole fortement ancré du soin ainsi que du pouvoir du corps médical sur les patients. Concernant les interactions avec les personnes âgées, le port de cette blouse, et plus largement un environnement médicalisé, génèrent de l'anxiété chez les aînés. Celle-ci se répercute notamment aux niveaux physiologique (*i.e.* hausse de la pression artérielle) et cognitif (*i.e.* performances mnésiques plus faibles). La blouse et l'environnement médicalisé amènent également les professionnels à surestimer la dépendance des personnes âgées et à les aider davantage, ce qui accroît leur dépendance. Un cercle vicieux d'accroissement des niveaux de dépendance des aînés et d'aide des professionnels s'installe dès lors généralement dans les maisons de repos médicalisées. A l'inverse, les quelques expériences pilotes qui ont amené des soignants à abandonner la blouse blanche et à travailler en tenue civile ont produit des résultats encourageants concernant l'autonomie, ainsi que la qualité de vie des résidents. En outre, la satisfaction au travail des soignants travaillant en tenue civile était accrue.

Cette revue de question a mené à une réflexion sur la problématique clinique de la médicalisation des maisons de repos. Plus précisément, face aux effets délétères produits par les environnements médicalisés, nous avons souhaité investiguer les alternatives existantes au modèle médical. Le mouvement de *culture change* a servi de référence à cette réflexion. Ses principes fondamentaux incluent notamment une approche centrée sur le résident, une atmosphère « comme à la maison », une responsabilisation du personnel et un processus de décision collaboratif. Les résultats des études qui traitent des effets de la mise en place du *culture change* sont plus qu'encourageants, tant du point de vue des résidents (*e.g.* autonomie, interactions, bien-être, etc.) que du personnel (*e.g.* satisfaction au travail). Davantage d'études rigoureuses seraient néanmoins utiles afin de guider les maisons de repos qui souhaitent s'engager dans un processus de changement. Nous pouvons cependant retenir de la littérature existante que le changement de culture d'une maison de repos est un processus expérientiel, graduel et continu qui ne nécessite pas d'attendre des conditions idéales pour être enclenché mais doit être sous-tendu par une certaine convergence des acteurs impliqués.

## VII. BIBLIOGRAPHIE

- Abrams, D., Crisp, R.J., Marques, S., Fagg, E., Bedford, L., & Provias, D. (2008). Threat inoculation: Experienced and imagined intergenerational contact prevents stereotype threat effects on older people's math performance. *Psychology and Aging, 23*(4), 934–939. <https://doi.org/10.1037/a0014293>
- 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. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.21.4.691>
- Adam, H., & Galinsky, D. (2012). Enclothed cognition. *Journal of Experimental Social Psychology, 48*, 918–925. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2012.02.008>
- Adam, H., & Galinsky, A. (2019). Reflections on enclothed cognition: Commentary on Burns et al. *Journal of Experimental Social Psychology, 83*, 157–159. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2018.12.002>
- Adam, S., Joubert, S., & Missotten, P. (2013). L'âgisme et le jeunisme : Conséquences trop méconnues par les cliniciens et chercheurs ! *Revue de Neuropsychologie, 5*(1), 4-8. <https://doi.org/10.1684/nrp.2013.0248>
- Adam S., Missotten, P., Flamion, A., Marquet, M., Clesse, A. Piccard, S...Schroyen, S. (2017). Vieillir en bonne santé dans une société âgiste..., *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie, 17*, 389- 398. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2017.05.001>
- Adams, J., & Hillman, M. (2001). The risk compensation theory and bicycle helmets. *Injury Prevention, 7*(2), 89–90. <https://doi.org/10.1136/ip.7.2.89>
- Adiyaman, A., Aksoy, I., Deinum, J., Staessen, J. A., & Thien, T. (2015). Influence of the hospital environment and presence of the physician on the white-coat effect. *Journal of Hypertension, 33*(11), 2245–2249. <https://doi.org/10.1097/hjh.0000000000000691>

- Akhtar-Danesh, N., Baumann, A., Kolotylo, C., Lawlor, Y., Tompkins, C., & Lee, R. (2013). Perceptions of professionalism among nursing faculty and nursing students. *Western Journal of Nursing Research*, 35(2), 248–271. <https://doi.org/10.1177/0193945911408623>
- Albert, N. M., Wocial, L., Meyer, K. H., Na, J., & Trochelman, K. (2008). Impact of nurses' uniforms on patient and family perceptions of nurse professionalism. *Applied Nursing Research*, 21(4), 181–190. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2007.04.008>
- Anderson, C., & Galinsky, A. (2006). Power, optimism, and risk-taking. *European Journal of Social Psychology*, 36(4), 511–536. <https://doi.org/10.1002/ejsp.324>
- Anvik, T. (1990). Doctors in a white coat - What do patients think and what do doctors do? *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 8(2), 91–94. <https://doi.org/10.3109/02813439008994937>
- Atasoy, N., Şenormanci, Ö., Saraçlı, Ö., Doğan, V., Kaygisiz, İ., Atık, L., & Örsel, S. (2015). The effect of dressing styles and attitudes of psychiatrists on treatment preferences: Comparison between patients and psychiatrists. *Noropsikiyatri Arsivi*, 52(4), 380–385. <https://doi.org/10.5152/npa.2015.8767>
- Avorn, J., & Langer, E. (1982). Induced Disability in Nursing Home Patients: A Controlled Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 30(6), 397–400. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1982.tb02839.x>
- Bailly, N., Sanchez, S., Ferrand, C., Souesme, G., Giraudeau, C., & Agli, O. (2020). The impact of street clothes among caregivers on residents with dementia in special care units: The STRECLO study. *Journal of Clinical Nursing*, 29(9-10), 1723–1732. <https://doi.org/10.1111/jocn.15210>
- Bailly, N., Chasseigne, G., Ferrand, C., & Giraudeau, C. (2018). *L'absence du port de la blouse blanche chez les soignants : Quels effets ?* Fondation Korian pour le Bien Vieillir, Rapport d'activité (mai 2018).

- Balsis, S., & Carpenter, B.D. (2006). Evaluations of Elderspeak in a caregiving context. *Clinical Gerontologist*, 29(1), 79-96. [https://doi.org/10.1300/J018v29n01\\_07](https://doi.org/10.1300/J018v29n01_07)
- Barbosa, A., Sousa, L., Nolan, M., & Figueiredo, D. (2015). Effects of person-centered care approaches to dementia care on staff. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias.*, 30(8), 713–722. <https://doi.org/10.1177/1533317513520213>
- Barsalou, L. W. (2008). Grounded cognition. *Annual Review of Psychology*, 59, 617-45. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.59.103006.093639>
- Batson, C. D., Fultz, J., & Schoenrade, P. A. (1987). Distress and empathy: Two qualitatively distinct vicarious emotions with different motivational consequences. *Journal of Personality*, 55, 19-39. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1987.tb00426.x>
- Batson, C. D., Dyck, J. L., Brandt, J. R., Batson, J. G., Powell, A. L., McMaster, M. R., & Griffitt, C. (1988). Five studies testing two new egoistic alternatives to the empathy-altruism hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 52-77. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.55.1.52>
- Beaudoin, M., Agrigoroaei, S., Desrichard, O., Fournet, N., & Roulin, J.-L. (2008). Validation of the French version of the memory self-efficacy questionnaire. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 58(3), 165–176. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2007.09.001>
- Becker, E. (1973). *The denial of death*. Free Press.
- Bowers, B., Nolet, K., & Jacobson, N. (2016). Sustaining culture change: experiences in the Green House model. *Health Services Research.*, 51(Suppl. 1), 398–417. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12428>
- Burns, D., Fox, E., Greenstein, M., Olbright, G., & Montgomery, D. (2019). An old task in new clothes: A preregistered direct replication attempt of encloded cognition effects on Stroop

performance. *Journal of Experimental Social Psychology*, 83, 150–156.  
<https://doi.org/10.1016/j.jesp.2018.10.001>

Berridge, C., Tyler, D., & Miller, S. (2018). Staff empowerment practices and CNA retention: Findings from a nationally representative nursing home culture change survey. *Journal of Applied Gerontology*, 37(4), 419–434. <https://doi.org/10.1177/0733464816665204>

Bickman, L. (1974). The social power of the uniform. *Journal of Applied Social Psychology*, 4, 47–61. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1974.tb02599.x>

Blumhagen, D. (1979). The doctor's white coat. The image of the physician in modern America. *Annals of internal medicine*, 91, 111-116. <https://doi.org/10.1059/0003-4819-91-1-111>

Bonsang, E., & Bordone, V. (2013). *The effect of informal care from children on cognitive functioning of older patients*. Netspar Discussion Paper No. 01/2013-008.  
<http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2251784>

Brase, G. L., & Richmond, J. (2004). The white-coat effect: Physician attire and perceived authority, friendliness, and attractiveness. *Journal of Applied Social Psychology*, 34(12), 2469-2481.  
<https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2004.tb01987.x>.

Bronfenbrenner, U. (1961). The mirror-image in Soviet-American relations: A social psychologist's report. *Journal of Social Issues*, 17(3), 45-56.  
<https://doi.org/10.1111/j.15404560.1961.tb01682.x>

Butler, R.N. (1969). Age-ism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9(4), 243-246.  
[https://doi.org/10.1093/geront/9.4\\_Part\\_1.243](https://doi.org/10.1093/geront/9.4_Part_1.243)

Butler, Robert N. (1994). Dispelling ageism: The cross-cutting intervention. D. Shenk, Achenbaum, & W. Andrew (Eds.). *Changing perceptions of aging and the aged* (pp. 137-14). Springer Publishing Co.

<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc3&NEWS=N&AN=1994-97726-012>.

Caldwell, D. F., & Burger, J. M. (2010). On thin ice. *Social Psychological and Personality Science*, 2, 306–310. <https://doi.org/10.1177/1948550610389824>

Calkins, M. P. (2001). The physical and social environment of the person with Alzheimer's disease. *Aging & Mental Health*, 5, 74-78. <https://doi.org/10.1080/713650003>

Campo, M., & Chaudhury, H. (2012). Informal social interaction among residents with dementia in special care units: Exploring the role of the physical and social environments. *Dementia*, 11(3), 401–423. <https://doi.org/10.1177/1471301211421189>

Caspi, E. (2013). Time for change: Persons with dementia and “behavioral expressions”, not “behavior symptoms”. *Journal of the American Medical Directors Association.*, 14(10), 768–769. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.05.019>

Caspi, E. (2015). Aggressive behaviors between residents with dementia in an assisted living residence. *Dementia*, 14(4), 528–546. <https://doi.org/10.1177/1471301213502588>

Chang, E.-S., Kanno, S., Levy, S., Wang, S.-Y., Lee, J.E., Levy, B.R. (2020). Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review. *PLoS ONE* 15(1), Article e0220857. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220857>

Charras, K., & Frémontier, M. (2010). Sharing meals with institutionalized people with dementia: A natural experiment. *Journal of Gerontological Social Work*, 53(5), 436–448. <https://doi.org/10.1080/01634372.2010.489936>

Charras, K., & Gzil, F. (2013). Judging a book by its cover. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 28(5), 450–458. <https://doi.org/10.1177/1533317513488915>

- Chaudhury, H., Cooke, H. A., Cowie, H., & Razaghi, L. (2018). The influence of the physical environment on residents with dementia in long-term care settings: A review of the empirical literature. *The Gerontologist*, *58*(5), 325–337. <https://doi.org/10.1093/geron t/gnw259>
- Civile, C., & Obhi, S. S. (2017). Students wearing police uniforms exhibit biased attention toward individuals wearing hoodies. *Frontiers in Psychology*, *8*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00062>
- Cobos, B., Haskard-Zolnieriek, K., & Howard, K. (2015). White coat hypertension: Improving the patient-health care practitioner relationship. *Psychology Research and Behavior Management*, *8*, 133–141. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S61192>
- Coelho, R., Santos, A., Ribeiro, L., Gama, G., Prata, J., Barros, H., & Polónia, J. (1999). Differences in behavior profile between normotensive subjects and patients with white-coat and sustained hypertension. *Journal of Psychosomatic Research*, *46*(1), 15–27. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(98\)00054-3](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(98)00054-3)
- Cohen, J., Lotito, M., Trivedi, U., Denker, M., Cohen, D., & Townsend, R. (2019). Cardiovascular events and mortality in white coat hypertension: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Internal Medicine*, *170*(12), 853–862. <https://doi.org/10.7326/M19-0223>
- Collin, J., & Suissa, A. (2007). Le phénomène de la médicalisation du social : enjeux et pistes d'intervention. *Nouvelles Pratiques Sociales*, *19*(2), 25-33. <https://doi.org/10.7202/016048>
- Coudin, G., & Alexopoulos, T. (2010). 'Help me! I'm old!' How negative aging stereotypes create dependency among older adults. *Aging & Mental Health*, *14*(5), 516-523. <https://doi.org/10.1080/13607861003713182>
- Conrad, P. (1992). Medicalization and social control, *Annual Review of Sociology*, *18*, 209-232. <https://doi.org/10.1146/annurev.so.18.080192.001233>



- Cornelison, L., Johns-Dansell, N., Poey, J., & Doll, G. A. (2015, November). *Cognitive dissonance: A barrier to implementation of person centered care* [Symposium]. Annual meeting of the Gerontological Society of America, Orlando, FL.
- Coulourides Kogan, A., Wilber, K., & Mosqueda, L. (2016). Moving toward implementation of person-centered care for older adults in community-based medical and social service settings: “You only get things done when working in concert with clients.” *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(1), 8–14. <https://doi.org/10.1111/jgs.13876>
- Cuddy, J.C., Fiske, S. T. Glick, P. (2007). The BIAS map: Behaviors from intergroup affect and stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(4), 631-648. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.92.4.631>
- Delmas, H., Batail, J., Falissard, B., Robert, G., Rangé, M., Brousse, S., Soulabaille, J., Drapier, D., & Naudet, F. (2017). A randomised cross-over study assessing the “blue pyjama syndrome” in major depressive episode. *Scientific Reports*, 7(1), 1–9. <https://doi.org/10.1038/s41598-017-02411-x>
- Dépret, E., & Fiske, S. (1993). Social cognition and power: Some cognitive consequences of social structure as a source of control deprivation. In: G. Weary, F. Gleicher, & K.L. Marsh (Eds.), *Control Motivation and Social Cognition* (pp. 107-202). Springer. [https://doi.org/1007/978-1-4613-8309-3\\_7](https://doi.org/1007/978-1-4613-8309-3_7).
- Doll, G., Cornelison, L., Rath, H., & Syme, M. (2017). Actualizing culture change: The promoting excellent alternatives in kansas nursing homes (PEAK 2.0) program. *Psychological Services*, 14(3), 307–315. <https://doi.org/10.1037/ser0000142>
- Douse, J., Derrett-Smith, E., Dheda, K., & Dilworth, J. P. (2004). Should doctors wear white coats? *Postgraduate Medical Journal*, 80, 284–286. <https://doi.org/10.1136/pgmj.2003.017483>

- Dovidio, J., Gaertner, S., & Abad-Merino, S. (2017). Helping behaviour and subtle discrimination. In E. van Leeuwen & H. Zagefka (Eds.), *Intergroup Helping* (1st ed., pp.3-22). Springer.  
[https://doi.org/10.1007/978-3-319-53026-0\\_1](https://doi.org/10.1007/978-3-319-53026-0_1)
- Edvardsson, D., Fetherstonhaugh, D., McAuliffe, L., Nay, R., & Chenco, C. (2011). Job satisfaction amongst aged care staff: exploring the influence of person-centered care provision. *International Psychogeriatrics*, 23(8), 1205–1212.  
<https://doi.org/10.1017/S1041610211000159>
- Edvardsson, D., Fetherstonhaugh, D., & Nay, R. (2010). Promoting a continuation of self and normality: Person-centred care as described by people with dementia, their family members and aged care staff. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2611–2618.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03143.x>
- Ellis, D., & Jenkins, R. (2015). Watch-wearing as a marker of conscientiousness. *PeerJ*, 3(3), e1210.  
<https://doi.org/10.7717/peerj.1210>
- Engle, R., Tyler, D., Gormley, K., Afable, M., Curyto, K., Adjognon, O., Parker, V., & Sullivan, J. (2017). Identifying barriers to culture change: A qualitative analysis of the obstacles to delivering resident-centered care. *Psychological Services*, 14(3), 316–326.  
<https://doi.org/10.1037/ser0000169>
- Estes, C., & Binney, E. (1989). The biomedicalization of aging: Dangers and dilemmas. *The Gerontologist*, 29(5), 587-596. <https://doi.org/10.1093/geront/29.5.587>
- Festini, F., Occhipinti, V., Cocco, M., Biermann, K., Neri, S., Giannini, C., Galici, V., de Martino, M., & Caprilli, S. (2009). Use of non-conventional nurses' attire in a paediatric hospital: A quasi-experimental study. *Journal of Clinical Nursing*, 18(7), 1018–1026.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02430.x>
- Fiske, S. T. (1993). Controlling other people: The impact of power on stereotyping. *The American Psychologist*, 48(6), 621-628. <https://doi.org/10.1037//0003-066X.48.6.621>

- Fiske, S. (1998). Stereotyping, prejudice, and discrimination. In D. T. Gilbert, S. T. Fiske, & G. Lindzey (Eds.), *The handbook of social psychology*, (4th ed.) (pp. 357-411). McGraw-Hill.
- Fiske, S. T., Cuddy, A. J., Glick, P., & Xu, J. (2002). A model of (often mixed) stereotype content: Competence and warmth respectively follow from perceived status and competition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 878–902. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.6.878>
- Fiske, S. T. (2018). Stereotype content: Warmth and competence endure. *Current Directions in Psychological Science*, 27(2), 67–73. <https://doi.org/10.1177/0963721417738825>
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). “Mini-mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189–198.
- Fondation Roi Baudouin. (2019). *Vers un nouveau modèle de cogestion basé sur le relationnel en maison de repos et de soins. Rapport d'évaluation – Projets pilotes du modèle Tubbe.*
- Franklin, S. S., Thijs, L., Asayama, K., Li, Y., Hansen, T. W., Boggia, J., Jacobs, L., Zhang, Z., Kikuya, M., Björklund-Bodegård, K., Ohkubo, T., Yang W.-Y., Jeppesen, J., Dolan, E., Kuznetsova, T., Stolarz-Skrzypek, K., MD, Tikhonoff, V., MD, Malyutina, S., Casiglia, E.,...Staessen, J. A. (2016). The Cardiovascular Risk of White-Coat Hypertension. *Journal of the American College of Cardiology*, 68(19), 2033–2043. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2016.08.035>
- Gale, C. R., & Cooper, C. (2017). Attitudes to ageing and change in frailty status: The English longitudinal study of ageing. *Gerontology*, 64, 58–66. <https://doi.org/10.1159/000477169>
- Gamble, T., & Walker, I. (2016). Wearing a bicycle helmet can increase risk taking and sensation seeking in adults. *Psychological Science*, 27(2), 289–294. <https://doi.org/10.1177/0956797615620784>

- Gherardi, G., Cameron, J., West, A., & Crossley, M. (2009). Are we dressed to impress? A descriptive survey assessing patients preference of doctors attire in the hospital setting. *Clinical Medicine*, 9(6), 519–524. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.9-6-519>
- Gilleard, C., & Higgs, P. (2013). The fourth age and the concept of a 'social imaginary': A theoretical excursus. *Journal of Aging Studies*, 27, 368-376. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2013.08.004>
- Goffman, E. (1961). *Asylums : essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Anchor Books.
- Gorostidi, M., Vinyoles, E., Banegas, J., & de la Sierra, A. (2015). Prevalence of white-coat and masked hypertension in national and international registries. *Hypertension Research*, 38(1), 1–7. <https://doi.org/10.1038/hr.2014.149>
- Graham, M. (2017). From wandering to wayfaring: Reconsidering movement in people with dementia in long-term care. *Dementia*, 16(6), 732–749. <https://doi.org/10.1177/1471301215614572>
- Grassi, G., Turri, C., Vailati, S., Dell'Oro, R., & Mancina, G. (1999). Muscle and skin sympathetic nerve traffic during the "white-coat" effect. *Circulation*, 100, 222-225. <https://doi.org/10.1161/01.CIR.100.3.222>
- Greenberg, J., Schimel, J., & Mertens, A. (2004). Ageism: Denying the face of the future. In T. D. Nelson (Ed.), *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons* (pp. 27–48). MIT Press.
- Haney, C., Banks, C., & Zimbardo, P. (1973). Interpersonal dynamics in a simulated prison. *International Journal of Criminology & Penology*, 1, 69-97.
- Harrison, J., & Frampton, S. (2016). Resident-centered care in 10 U.S. nursing homes: Residents' perspectives. *Journal of Nursing Scholarship*, 49(1), 6–14. <https://doi.org/10.1111/jnu.12247>

- Hatfield, L., Pearce, M., Guidice, M., Cassidy, C., Samoyan, J., & Polomano, R. (2013). The professional appearance of registered nurses : An integrative review of peer-refereed studies. *The Journal of Nursing Administration*, 43(2), 108-112.  
<https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e31827f2260>.
- Hathorn, I., Ross, S., & Cain, A. (2008). Ties and white coats, to wear or not to wear? Patients attitude to doctors appearance in the otolaryngology outpatient clinic. *Clinical Otolaryngology*, 33(5), 505–506. <https://doi.org/10.1111/j.1749-4486.2008.01717.x>
- Hazari, Z., Sonnert, G., Sadler, P. M., & Shanahan, M. C. (2010). Connecting high school physics experiences, outcome expectations, physics identity, and physics career choice: A gender study. *Journal of Research in Science Teaching*, 47(8), 978–1003.  
<https://doi.org/10.1002/tea.20363>
- Hénaff-Pineau, P. (2014). Le médecin généraliste, promoteur d'activités physiques et sportives pour les personnes âgées ? *Retraite et Société*, 67(1), 131–155. <https://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe1-2014-1-page-131.htm>
- Hochberg, M. (2007). The doctor's white coat - An historical perspective. *American Medical Association Journal of Ethics*, 9(4), 310-314.  
<https://doi.org/10.1001/virtualmentor.2007.9.4.mhst1-0704>.
- Huber, S. (2003). The white coat ceremony: A contemporary medical ritual. *Journal of Medical Ethics*, 29(6), 364-366. <https://doi.org/10.1136/jme.29.6.364>
- Huchet, E. (2019, 2 mai). L'âgisme : un mot "jeune" pour dire le mal qu'on fait aux "vieux". *La Libre*. Consulté sur : <https://www.lalibre.be/debats/opinions/l-agisme-un-mot-jeune-pour-dire-le-mal-qu-on-fait-aux-vieux-5ccaf09e9978e25347cc7881>
- Humphrey, A. (2005). *SWOT analysis for management consulting*. SRI Alumni Newsletter (SRI International). <http://alumni.sri.com/newsletters/Dec-05.pdf>.

- Iecovich, E., & Avivi, M. (2017). Agism and burnout among nurses in long-term care facilities in Israel. *Aging & Mental Health, 21*(3), 327-335.  
<https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1102198>
- Isaacs, B., Livingston, M., & Neville, Y. (1972). *Survival of the unfittest: study of geriatric patients in Glasgow*. Routledge & Kegan Paul.
- Ishii, K., Numazaki, M., & Tado'oka, Y. (2019). The effect of pink/blue clothing on implicit and explicit gender-related self-cognition and attitudes among men. *Japanese Psychological Research, 61*, 123-132. <https://doi.org/10.1111/jpr.12241>
- Jones, M.G., Lee, T., Chesnutt, K., Carrier, S., Ennes, M., Cayton, E., Madden, L., & Huff, P. (2019). Enclothed cognition: putting lab coats to the test. *International Journal of Science Education, 41*(14), 1962–1976. <https://doi.org/10.1080/09500693.2019.1649504>
- Kane, R., Lum, T., Cutler, L., Degenholtz, H., & Yu, T. (2007). Resident outcomes in small-house nursing homes: A longitudinal evaluation of the initial Green House program. *Journal of the American Geriatrics Society, 55*(6), 832–839. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01169.x>
- Kappeler, V., Sluder, R., & Alpert, G. (1998). *Forces of deviance: Understanding the dark side of policing*. Waveland Press.
- Kemper, S. (1994). Elderspeak: Speech accommodations to older adults. *Aging and Cognition, 1*(1), 17-28. <https://doi.org/10.1080/09289919408251447>
- Kemper, S., & Harden, T. (1999). Experimentally disentangling what's beneficial about elderspeak from what's not. *Psychology and Aging, 14*(4), 656–670. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.14.4.656>

- Kim, S., & Park, M. (2017). Effectiveness of person-centered care on people with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Interventions in Aging, 12*, 381–397. <https://doi.org/10.2147/CIA.S117637>
- Klein, K., & Knight, A. (2005). Innovation implementation : Overcoming the challenge. *Current Directions in Psychological Science, 14*(5), 243–246. <https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2005.00373.x>
- Koren, M. (2010). Person-centered care for nursing home residents : The culture-change movement. *Health Affairs, 29*(2), 312–317. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0966>
- Kraft-Todd, G.T., Reiner, D.A., Kelley, J.M., Heberlein, A.S., Baer, L., & Riess, H. (2017). Empathic nonverbal behavior increases ratings of both warmth and competence in a medical context. *PLoS ONE 12*(5), Article e0177758. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0177758>
- La Batide-Alanore, A., Chatellier, G., Bobrie, G., Fofol, I., & Plouin, P.-F. (2000). Comparison of nurse- and physician-determined clinic blood pressure levels in patients referred to a hypertension clinic: Implications for subsequent management. *Journal of Hypertension, 18*, 391-398. <https://doi.org/10.1097/00004872-200018040-00006>
- Lagacé, M., Fraser, S., Bongué, B., Ndeye, N., Guyot, J., Bechard, L., Garcia, L., Taler, V., Adam, S., Beaulieu, M., Bergeron, C. D., Boudjemadi, V., Desmette, D., Donizzetti, A.R., Éthier, S., Garon, S., Gillis, M., Levasseur, M., Lortie-Lussier, M., Marier, P., ... Wittich, W. (2020, 18 avril). Il faut mettre fin à l'âgisme. *Le Devoir*. <https://www.ledevoir.com/opinion/idees/577265/il-faut-mettre-fin-a-l-agisme#>
- Lamb, S. (2009). *Aging and the Indian Diaspora Cosmopolitan Families in India and Abroad*. Indiana University Press.
- Leiberg, S., Klimecki, O., Singer, T. (2011). Short-term compassion training increases prosocial behavior in a newly developed prosocial game. *PLOS ONE, 6*(3), Article e17798. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0017798>

- Leventhal, H., Contrada, R., & Leventhal, E. (2007). Lessons from white coat hypertension: Comment on Spruill et al. "The impact of perceived hypertension status on anxiety and the white coat effect." *Annals of Behavioral Medicine*, *34*(1), 10–13.  
<https://doi.org/10.1007/bf02879916>
- Leventhal, H., Safer, M. A., Panagis, D. M. (1983). The impact of communications on the self-regulation of health beliefs, decisions, and behavior. *Health Education Quarterly*, *10*(1), 3–29.
- Levy, B. (2009). Stereotype embodiment: A psychosocial approach to aging. *Current Directions in Psychological Science*, *18*(6), 332-336. <https://doi.org/10.1111/j.14678721.2009.01662.x>
- Levy B., Ashman, O., & Dror, I. (2000). To be or not to be: The effects of aging stereotypes on the will to live. *Omega*, *40*(3), 409-420.
- Levy, B., Slade, M., Kunkel, S., & Kasl, S. (2002). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, *83*(2), 261–270.  
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.83.2.261>
- Levy, B., Slade, M., & Lampert, R. (2019). Idealization of youthfulness predicts worse recovery among older individuals. *Psychology and Aging*, *34*(2), 202-207. <https://doi.org/10.1037/pag0000330>
- Long, J., Morton, L., & Taylor, E. (2017). What not to wear: An analysis of outpatient resident attire. *Academic Psychiatry*, *41*(3), 411–416. <https://doi.org/10.1007/s40596-016-0611-2>
- López-Pérez, B., Ambrona, T., Wilson, E. L., & Khalil, M. (2016). The effect of enclotted cognition on empathic responses and helping behavior. *Social Psychology*, *47*(4), 223-231.  
<https://doi.org/10.1027/1864-9335/a000273>
- Lovell, M. (2006). Caring for the elderly: Changing perceptions and attitudes. *Journal of Vascular Nursing*, *24*(1), 22–26. <https://doi.org/10.1016/j.jvn.2005.11.001>



- Manios, E., Koroboki, E., Tsivgoulis, G., Spengos, K., Spiliopoulou, I., Brodie, F., Vemmos, K., & Zakopoulos, N. (2008). Factors influencing white-coat effect. *American Journal of Hypertension*, 21(2), 153–158. <https://doi.org/10.1038/ajh.2007.43>
- Marino, C., Cober, R., Iazbik, M., & Couto, C. (2011). White-coat effect on systemic blood pressure in retired racing greyhounds. *Journal of Veterinary Internal Medicine*, 25(4), 861–865. <https://doi.org/10.1111/j.1939-1676.2011.00735.x>
- McAllister, C., & Silverman, M. (1999). Community formation and community roles among persons with Alzheimer’s disease: A comparative study of experiences in a residential Alzheimer’s facility and a traditional nursing home. *Qualitative Health Research*, 9(1), 65–85. <https://doi.org/10.1177/104973299129121703>
- Mendoza, S., & Parks-Stamm, E. (2019). Embodying the police: The effects of encloded cognition on shooting decisions. *Psychological Reports*, 0(0), 1-19. <https://doi.org/10.1177/0033294119860261>
- Missotten, P., Adam, S., & Schroyen, S. (2016). Ageism and youthism: Healthcare professionals disregard the consequences. In: M. Wynants |& G. Nuytens (Eds.), *Age-From the anatomy of life to the architecture of living* (pp. 376-387). VUB Press.
- Mitchell, G. (2018). Uniforms in dementia care: A barrier or a necessity? *Nursing Ethics*, 25(3), 410–412. <https://doi.org/10.1177/0969733015626713>
- Morton, L., Cogan, N., Kornfält, S., Porter, Z., & Georgiadis, E. (2020). Baring all: The impact of the hospital gown on patient well-being. *British Journal of Health Psychology*. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12416>
- Myers, M., Oh, P., Reeves, R., & Joyner, C. (1995). Prevalence of white coat effect in treated hypertensive patients in the community. *American Journal of Hypertension*, 8, 591-597. [https://doi.org/10.1016/0895-7061\(95\)00049-U](https://doi.org/10.1016/0895-7061(95)00049-U)

- Nelson, T. D. (2005). Ageism: Prejudice against our feared future self. *Journal of Social Issues*, 61(2), 207–221. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2005.00402.x>
- Niedenthal, P., Barsalou, L., Winkielman, P., Krauth-Gruber, S., & Ric, F. (2005). Embodiment in attitudes, social perception, and emotion. *Personality and Social Psychology Review*, 9(3), 184-211. [https://doi.org/10.1207/s15327957pspr0903\\_1](https://doi.org/10.1207/s15327957pspr0903_1)
- Ng, R., Allore, H., Trentalange, M., Monin, J., & Levy, B. (2015). Increasing negativity of age stereotypes across 200 Years: Evidence from a database of 400 million words. *PLoS ONE* 10(2), Article e0117086. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0117086>
- Nihalani, N., Kunwar, A., Staller, J., & Lamberti, J. (2006). How should psychiatrists dress? - A survey. *Community Mental Health Journal*, 42(3), 291–302. <https://doi.org/10.1007/s10597-006-9036->
- North, M. S., & Fiske, S. T. (2012). An inconvenienced youth? Ageism and its potential intergenerational Roots. *Psychological Bulletin*, 138(5), 982-997. <https://doi.org/10.1037/a0027843>
- North, M.S., & Fiske, S.T. (2015). Modern attitudes toward older adults in the aging world: A cross-cultural meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 141(5), 993–1021. <https://doi.org/10.1037/a0039469>
- Ogedegbe, G., Pickering, T., Clemow, L., Chaplin, W., Spruill, T., Albanese, G., Eguchi, K., Burg, M., & Gerin, W. (2008). The misdiagnosis of hypertension: The role of patient anxiety. *Archives of Internal Medicine*, 168(22), 2459–2465. <https://doi.org/10.1001/archinte.168.22.2459>
- Olfson, M., King, M., & Schoenbaum, M. (2015). Benzodiazepine use in the United States. *JAMA Psychiatry*, 72(2), 136-42. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.1763>
- Olivier-Amouroux, M. (2004). *Chronique d'un vestiaire hospitalier*. L'Harmattan.

- Palazzo, S., & Hocken, D. (2009). Patients' perspectives on how doctors dress. *Journal of Hospital Infection*, 74(1), 30–34. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2009.08.02>
- Peake, M. D., Thomson, S., Lowe, D., & Pearson M. D. (2003). Ageism in the management of lung cancer. *Age and Ageing*, 32(2), 171–177. <https://doi.org/10.1093/ageing/32.2.171>
- Pearson, A., Baker, H., Walsh, K., & Fitzgerald, M. (2001), Contemporary nurses' uniforms - History and traditions. *Journal of Nursing Management*, 9, 147-152. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2834.2001.00207.x>
- Petrilli, C., Mack, M., Petrilli, J., Hickner, A., Saint, S., & Chopra, V. (2015). Understanding the role of physician attire on patient perceptions: A systematic review of the literature - targeting attire to improve likelihood of rapport (TAILOR) investigators. *BMJ Open*, 5(1), <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006578>
- Pickering, T. G., Gerin, W., & Schwartz, A. R. (2002). What is the white-coat effect and how should it be measured? *Blood Pressure Monitoring*, 7, 293–300. <https://doi.org/10.1097/00126097-200212000-0000>
- Porr, C., Dawe, D., Lewis, N., Meadus, R. J., Snow, N., & Didham, P. (2014). Patient perception of contemporary nurse attire: A pilot study. *International Journal of Nursing Practice*, 20, 149–155. <https://doi.org/10.1111/ijn.12160>
- Rahman, A., & Schnelle, J. (2008). The nursing home culture-change movement: Recent past, present, and future directions for research. *The Gerontologist*, 48(2), 142–148. <https://doi.org/10.1093/geront/48.2.142>
- Richardson, M. (1999). The symbolism and myth surrounding nurses' uniform. *British Journal of Nursing*, 8(3), 169-175. <https://doi.org/10.12968/bjon.1999.8.3.6704>
- Russell, P. (2002). The white coat ceremony: Turning trust into entitlement. *Teaching and Learning in Medicine*, 14(1), 56–59. [https://doi.org/10.1207/S15328015TLM1401\\_13](https://doi.org/10.1207/S15328015TLM1401_13)

- Ryan, E. B., Hummert, M. L., & Boich, L. H. (1995). Communication predicaments of aging: Patronizing behavior toward older adults. *Journal of Language and Social Psychology, 14*(1-2), 144–166. <https://doi.org/10.1177/0261927x95141008>
- Ryden, M., Feldt, K., Oh, H., Brand, K., Warne, M., Weber, E., Nelson, J., & Gross, C. (1999). Relationships between aggressive behavior in cognitively impaired nursing home residents and use of restraints, psychoactive drugs, and secured units. *Archives of Psychiatric Nursing, 13*(4), 170–178. [https://doi.org/10.1016/S0883-9417\(99\)80003-X](https://doi.org/10.1016/S0883-9417(99)80003-X)
- Scalzi, C. C., Evans, L. K., Barstow, A., & Hostvedt K. (2006). Barriers and enablers to changing organizational culture in nursing homes. *Nursing Administration Quarterly, 30*(4), 368–72.
- Schlemmer, M., & Desrichard, O. (2017). Is medical environment detrimental to memory? A test of a white coat effect on older people's memory performance. *Clinical Gerontologist, 41*, 77–81. <https://doi.org/10.1080/07317115.2017.1307891>
- Schroyen, S., Missotten, P., Jerusalem, G., Gilles, C., & Adam, S. (2016). Ageism and caring attitudes among nurses in oncology. *International Psychogeriatrics, 28*(5), 749–757. <https://doi.org/10.1017/s1041610215001970>
- Scodellaro, C. (2014). La santé perçue aux âges élevés : Des critères médicaux aux évaluations pratiques. *Retraite et société, 67*(1), 19-41. <https://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe1-2014-1-page-19.htm>
- Seravalle, G., Lonati, L., Buzzi, S., Cairo, M., Quarti Trevano, F., Dell'Oro, R., Facchetti, R., Mancina, G., & Grassi, G. (2015). Sympathetic nerve traffic and baroreflex function in optimal, normal, and high-normal blood pressure states. *Journal of Hypertension, 33*, 1411-1417. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000000567>
- Sheard D (2008). Less doing – more being person-centred. *Journal of Dementia Care, 16*, 15–17.

- Shelton, C., Raistrick, C., Warburton, K., & Siddiqui, K. (2009). Can changes in clinical attire reduce likelihood of cross-infection without jeopardising the doctor–patient relationship? *Journal of Hospital Infection*, *74*(1), 22–29. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2009.07.031>
- Shier, V., Khodyakov, D., Cohen, L., Zimmerman, S., & Saliba, D. (2014). What does the evidence really say about culture change in nursing homes? *The Gerontologist*, *54*(1), 6-16. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt147>
- Siebert, J. S., Wahl H.-W., Degen, C., & Schröder, J. (2018). Attitude toward own aging as a risk factor for cognitive disorder in old age: 12-year evidence from the ILSE study. *Psychology and Aging*, *33*(3), 461-472. <https://doi.org/10.1037/pag0000252>
- Signoret, J.-L. (1991). Batterie d'efficence mnésique: BEM 144. Elsevier.
- Sindi, S., Fiocco, A., Juster, R., Pruessner, J., & Lupien, S. (2013). When we test, do we stress? Impact of the testing environment on cortisol secretion and memory performance in older adults. *Psychoneuroendocrinology*, *38*(8), 1388–1396. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2012.12.004>
- Sjögren, K., Lindkvist, M., Sandman, P., Zingmark, K., & Edvardsson, D. (2013). Person-centredness and its association with resident well-being in dementia care units. *Journal of Advanced Nursing*, *69*(10), 2196–2206. <https://doi.org/10.1111/jan.12085>
- Skorupski, V., & Rea, R. (2006). Patients' perceptions of today's nursing attire. *The Journal of Nursing Administration*, *36*(9), 393-401. <https://doi.org/10.1097/00005110-200609000-00005>.
- Slepian, M., Ferber, S., Gold, J., & Rutchick, A. (2015). The cognitive consequences of formal clothing. *Social Psychological and Personality Science*, *6*(6), 661–668. <https://doi.org/10.1177/1948550615579462>

- Snoeren, M., Janssen, B., Niessen, T., & Abma, T. (2016). Nurturing cultural change in care for older people: Seeing the cherry tree blossom. *Health Care Analysis, 24*(4), 349–373. <https://doi.org/10.1007/s10728-014-0280-9>
- Spruill, T., Pickering, T., Schwartz, J., Mostofsky, E., Ogedegbe, G., Clemow, L., & Gerin, W. (2007). The impact of perceived hypertension status on anxiety and the white coat effect. *Annals of Behavioral Medicine, 34*(1), 1–9. <https://doi.org/10.1007/bf02879915>
- Steele, C. (1997). A threat in the air: How stereotypes shape intellectual identity and performance. *American Psychologist, 52*(6), 613–629. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.52.6.613>
- Streitel, K., Graham, J., Pickering, T., & Gerin, W. (2011). Explaining gender differences in the white coat effect. *Blood Pressure Monitoring, 16*(1), 1–6. <https://doi.org/10.1097/MBP.0b013e32833f56c2>
- Stroop, J. R. (1935). Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology, 18*, 643–662.
- Tajfel, H., Billig, M. G., Bundy, R. P., & Flament, C. (1971). Social categorization and intergroup behaviour. *European Journal of Social Psychology, 1*(2), 149–178. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2420010202>
- Taylor, R., Braveman, B., & Hammel, J. (2004). Developing and evaluating community-based services through participatory action research: Two case examples. *American Journal of Occupational Therapy, 58*(1), 73–82. <https://doi.org/10.5014/ajot.58.1.73>
- Tiang, K., Razack, A., & Ng, K. (2017). The “auxiliary” white coat effect in hospitals: Perceptions of patients and doctors. *Singapore Medical Journal, 58*, 574–575. <https://doi.org/10.11622/smedj.2017023>

- TNS opinion & social. (2015). *Special Eurobarometer 437: discrimination in the EU in 2015* (Report no. 978-92-79-50342-9). European Commission.  
[https://data.europa.eu/euodp/en/data/dataset/S2077\\_83\\_4\\_437\\_ENG](https://data.europa.eu/euodp/en/data/dataset/S2077_83_4_437_ENG).
- Treakle, A.M, Thom, K.A., Furuno, J.P., Strauss, S.M., Harris, A.D., & Perencevich, E.N. (2009). Bacterial contamination of health care workers' white coats. *American Journal Infection Control*, 37, 101–105. <https://doi.org/10.2309/1552-8855-14.3.128b>
- Trépiéd, V. (2014). La médicalisation pour souffrance psychique des comportements déviants: Étude de cas entre deux Ehpad, public et privé. *Retraite et société*, 67(1), 93-110.  
<https://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe1-2014-1-page-93.htm>
- Tulle, E. (2007). Running to run: Embodiment, structure and agency amongst veteran elite runners. *Sociology*, 41(2), 329–346. <https://doi.org/10.1177/0038038507074978>
- Turner, R., Leach, J., & Robinson, D. (2007). First impressions in complementary practice: The importance of environment, dress and address to the therapeutic relationship. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 13(2), 102–109. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2006.10.00>
- Van der Linden, M., & Juillerat, A. (2014). *Penser autrement le vieillissement*. Mardaga.
- Van Stockum, C. A., & DeCaro, M. S. (2014). Enclothed cognition and controlled attention during insight problem-solving. *The Journal of Problem Solving*, 7, 73-83.  
<https://doi.org/10.7771/1932-6246.1164>
- Vassbø, T., Kirkevold, M., Edvardsson, D., Sjögren, K., Lood, Q., Sandman, P., & Bergland, Å. (2019). Associations between job satisfaction, person-centredness, and ethically difficult situations in nursing homes—A cross-sectional study. *Journal of Advanced Nursing*, 75(5), 979–988. <https://doi.org/10.1111/jan.13890>
- Vikström, S., Sandman, P., Stenwall, E., Boström, A., Saarnio, L., Kindblom, K., Edvardsson, D., & Borell, L. (2015). A model for implementing guidelines for person-centered care in a nursing

home setting. *International Psychogeriatrics*, 27(1), 49–59.  
<https://doi.org/10.1017/S1041610214001598>

Warmoth, K., Tarrant, M., Abraham, C., & Lang, I. (2018). Relationship between perceptions of ageing and frailty in English older adults. *Psychology, Health & Medicine*, 23(4), 465-474.  
<https://doi.org/10.1080/13548506.2017.1349325>

Wear, D. (1998). On white coats and professional development: The formal and the hidden curricula. *Annals of Internal Medicine*, 129(9), 734-737. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-129-9-199811010-00010>

Webster, G. D., Umland, G. R., & Correll, J. (2012). Can uniform color color aggression? Quasi-experimental evidence from professional ice hockey. *Social Psychological and Personality Science*, 3(3), 274–281. <https://doi.org/10.1177/1948550611418535>

Whall, A., & Kolanowski, A. (2004). The need-driven dementia-compromised behavior model - A framework for understanding the behavioral symptoms of dementia. *Aging & Mental Health*, 8(2), 106-108. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14982714>

White, R., Prager, E., Schaefer, C., Kross, E., Duckworth, A., & Carlson, S. (2017). The “Batman effect”: Improving perseverance in young children. *Child Development*, 88(5), 1563–1571.  
<https://doi.org/10.1111/cdev.12695>

White-Chu, E., Graves, W., Godfrey, S., Bonner, A., & Sloane, P. (2009). Beyond the medical model: The culture change revolution in long-term care. *Journal of the American Medical Directors Association*, 10(6), 370–378. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2009.04.004>

Wilkes, L., Fleming, A., Wilkes, B., Cioffi, J., & Le Miere, J. (2005). Environmental approach to reducing agitation in older persons with dementia in a nursing home. *Australasian Journal on Ageing*, 24(3), 141–145. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6612.2005.00105.x>



- Williams, K. N., Herman, R., Gajewski, B., & Wilson, K. (2009). Elderspeak communication: Impact on dementia care. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 24(1), 11–20. <https://doi.org/10.1177/1533317508318472>
- Williams, K. N., Perkhounkova, Y., Herman, R., & Bossen, A. (2017). A communication intervention to reduce resistiveness in dementia care: A cluster randomized controlled trial. *The Gerontologist*, 57(4), 707-718. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw047>.
- Wolak, A., Novella, J.L., Drame, M., Guillemin, F., Di Pollina, L., Ankri, J., Aquino, J.-P., Morrone, I., Blanchard, F., & Jolly, D. (2009) Transcultural adaptation and psychometric validation of a French-language version of the QoL-AD, *Aging & Mental Health*, 13(4), 593-600, <https://doi.org/10.1080/13607860902774386>.
- Zapf, D. (2002). Emotion work and psychological well-being. *Human Resource Management Review*, 12(2), 237–268. <https://doi.org/10.1016/S1053-4822%2802%2900048-7>
- Zimbardo, P. G. (2004). A situationist perspective on the psychology of evil: Understanding how good people are transformed into perpetrators. In A. G. Miller (Ed.), *The social psychology of good and evil* (pp. 21-50). The Guilford Press.