

RÉSUMÉ :

Le processus du vieillissement est sous l'influence de multiples facteurs, notamment individuels et sociaux. De ce fait, les effets du vieillissement ne se font pas sentir de la même manière selon les milieux, selon les sexes, selon les cohortes, selon les individus et les événements qui jalonnent leur vie.

Par conséquent, les pathologies rencontrées au cours des âges avancés de la vie peuvent être multiples et diverses, d'origine organique, psychique ou sociale, mais elles ne sont pas forcément inéluctables. Peut-on les guérir ? Peut-on les prévenir ?

MOTS CLÉS :

Vieillesse - Comportement - Personne âgée - Pathologies - Prévention - Thérapies - Psychologie.

Thierry ROUSSEAU
Orthophoniste
Docteur en psychologie
11, avenue Joël-Le-Theule
72300 Sablé-sur-Sarthe

LES PROCESSUS DU VIEILLISSEMENT : de l'heureuse conclusion de la vie au naufrage annoncé par Thierry ROUSSEAU

SUMMARY : The ageing process : a happy ending or a foreseeable drowning

The process of Ageing is under the influence of multiple, individual and social factors. The effects may be felt in a different manner according to social backgrounds, sexes, individuals and events of life.

Therefore disorders encountered during advanced age may be multiple and varied, and be of organic, psychological or social origin, without being inescapable. Can we cure them ? How could we prevent them from happening?

KEY WORDS :

Ageing - Behaviour - the Elderly - Pathology - Prevention - Therapy - Psychology.

INTRODUCTION

« Je comprends d'après les autres ce que la vieillesse implique chez celui qui la regarde du dehors, mais je ne sens pas ma vieillesse » disait Sartre.

« Vieillir, quel naufrage ! » disait de Gaulle.

A travers ces réflexions quasi opposées de deux personnalités hors du commun, on sent bien que vieillir n'est pas vécu de la même manière selon... selon quoi, en fait ?

Cette question en appelle d'autres : qu'est-ce que vieillir ? A quel âge devient-on vieux ?

Il y a plusieurs manières de déterminer un âge : Mishara et Riedel* considèrent le vieillissement de quatre points de vue : chronologique, physico-biologique, psycho-affectif et social.

* 1994

L'ÂGE CHRONOLOGIQUE

C'est la façon la plus simple de déterminer un âge, celle qui consiste à compter le nombre des années écoulées depuis la naissance. Dans ces conditions, l'âge de la vieillesse est souvent fixé à 65 ans, sans doute parce que cet âge correspond fréquemment à un départ en retraite. Mais, rien n'est moins arbitraire et il est évident qu'on ne devient pas vieux du jour au lendemain parce que l'on a atteint 65 ans, même s'il est vrai que pour certains le fait de prendre sa retraite signifie une entrée brutale dans la vieillesse.

D'autres signes peuvent annoncer la vieillesse tels que l'apparition des premiers cheveux blancs, des premières rides ou encore les enfants qui quittent le foyer, des amis qui meurent.

Il est probable que la première fois que l'on s'aperçoit du passage d'un âge à un autre, même si à ce moment on n'a pas conscience de vieillir, c'est à la puberté où les changements corporels et psychologiques sont des marqueurs importants. Certains auteurs parlent d'un second passage important à l'âge de 21 ans, âge auquel, depuis Aristote, on a coutume de situer la début de la maturité.

Les changements de décennies sont souvent aussi considérés comme significatifs pour beaucoup avec des passages plus marquants que d'autres comme le passage de 39 à 40 ans qui correspond à la crise du milieu de vie.

D'autres étapes peuvent être des moments significatifs, faisant prendre conscience à l'individu d'un certain nombre de transformations irréversibles, signes du vieillissement, comme la ménopause chez la femme.

Cet âge chronologique permet certes de donner des points de repères et il est évidemment en rapport avec les événements de la vie mais tous les seuils fixés, notamment pour dire à quel âge on devient vieux, sont arbitraires et trompeurs car il existe des différences individuelles fréquentes et importantes. La ménopause, par exemple, peut apparaître avec un écart de dix ans selon les femmes, l'âge de la retraite n'est pas le même selon les catégories professionnelles et n'a pas la même signification pour tous, l'apparition des cheveux blancs n'est pas ressentie de la même manière selon que l'on est un homme ou une femme. L'état de santé, la classe socio-économique sont aussi des facteurs créant des différences individuelles.

L'ÂGE PHYSIQUE ET BIOLOGIQUE

Les changements physiques et biologiques peuvent indéniablement servir à définir le vieillissement : c'est en d'autres termes « l'âge de nos artères ». Ce vieillissement physique est, sauf événement exceptionnel, graduel et il est donc difficile de préciser à partir de quel moment l'on devient physiquement vieux. Là encore, de nombreux facteurs individuels vont intervenir, chacun vieillissant à son rythme, mais interviendra aussi, l'utilisation que l'on fait, quotidiennement, de son physique : il est certain qu'un sportif

de haut niveau sentira beaucoup plus tôt que monsieur tout le monde le déclin de ses forces physiques, et sans doute de manière plus sensible. La plupart des auteurs s'accorde à dire que les mécanismes physiques débutent très tôt leur processus de vieillissement mais que la plupart des gens n'en prennent conscience que lorsque cet affaiblissement est ressenti dans des activités de la vie de tous les jours, même si l'on considère que c'est à partir de 30-35 ans que beaucoup s'aperçoivent que leurs performances physiques commencent à décliner.

Des facteurs de conditions de vie agissent sur ce vieillissement physico-biologique (activités physiques, nutrition, consommation d'alcool, de tabac, stress,...) mais aussi des facteurs génétiques : Jeanne Calment appartenait à une famille dans laquelle les presque centenaires étaient incroyablement nombreux.

A ces modifications physiques s'associe inévitablement une modification de l'image de soi : les rides, les cheveux grisonnants, l'augmentation du poids, etc. sont autant de stigmates du vieillissement qui seront ressentis de façon plus ou moins angoissante par les uns et les autres avec bien entendu des différences, notamment liées au sexe. Ces angoisses font, d'un autre côté, le bonheur des marchands de jeunesse de tous poils : vendeurs de crèmes antirides, stations de thalassothérapie, chirurgiens esthétiques et bien d'autres.

Il convient d'ajouter, malgré tout et peut-être simplement pour se rassurer, que ce vieillissement physique n'apporte pas que des désagréments puisqu'il s'accompagne de la diminution voire de la disparition de certaines maladies (le rhume, les allergies, les maux de tête chroniques...), que certaines personnes âgées sont en bien meilleure forme que d'autres plus jeunes et puis, par exemple, ne reconnaît-on pas souvent le charme de l'homme mûr... !

L'ÂGE PSYCHOLOGIQUE

Cet âge psychologique peut être vu sous différents aspects, tout d'abord sous celui de la maturité. Il sera cependant bien difficile de définir la maturité et encore plus de dire à quel âge on devient mature. On a coutume de lier la maturité à l'expérience, et de dire que plus on avance en âge plus on a d'expérience et donc plus on gagne en maturité. Mais il est certain que, là encore, d'autres facteurs vont intervenir, individuels bien sûr, mais aussi socioculturels et de ce fait liés aux générations et à l'effet de cohortes. En effet, on peut considérer que l'instruction est une forme d'expérience condensée et que les cohortes des jeunes d'aujourd'hui sont plus instruites que les cohortes des jeunes d'hier et donc des vieux d'aujourd'hui. Ce qui peut vouloir dire, si l'on suit le raisonnement précédent, que les jeunes d'aujourd'hui ont plus d'expérience que les vieux, même si cette expérience est livresque, audiovisuelle mais aussi issue de leur plus grande aptitude aux voyages.

Cette notion de maturité se prolonge avec celle de sagesse qu'il est cependant bien difficile de définir précisément. Si on l'associe aux concepts de circonspection, de retenue, de maîtrise de soi, il faut vraisemblablement penser qu'elle est l'apanage de l'avancée en âge mais qu'elle dépend moins des expériences vécues que de la capacité de l'individu à en tirer profit. Certains pourront vivre plusieurs expériences identiques sans jamais être capable d'en tirer une leçon leur permettant d'affronter efficacement une expérience similaire, d'autres auront besoin de beaucoup moins d'essais pour « comprendre ». Les uns et les autres ne tireront pas la même sagesse de leurs expériences de la vie ou en tout cas ne l'auront pas au même moment, au même âge.

On peut également voir cet âge psychologique sous l'aspect des changements cognitifs qui, inévitablement, accompagneront le processus du vieillissement et qu'il convient de ne pas regarder seulement sous la forme d'une involution mais sous la forme d'une modification des capacités avec notamment le développement de stratégies de compensation qui, jusqu'à un âge très avancé, vont souvent permettre de faire en sorte que la baisse de certaines performances cognitives n'ait pas de retentissement dans les activi-

tés quotidiennes. Le développement de ces stratégies de compensation est principalement à mettre en relation avec le développement de la métacognition.

Enfin, l'âge psychologique doit être vu sous l'aspect des changements qui concernent l'affectivité et la personnalité, changements qui seront en rapport avec les expériences et les événements de la vie.

L'ÂGE SOCIAL

Il est marqué par tous les rôles que l'individu joue dans la société tout au long de sa vie : rôles familiaux, professionnels, associatifs et sous l'influence de facteurs individuels et des événements de la vie tels que le mariage, les naissances, le divorce, le départ des enfants du foyer familial, les décès des proches, le chômage, la retraite etc...

Viellir n'est donc pas si simple qu'il y paraît et il semble difficile de dire à partir de quel moment l'on devient vieux car si le vieillissement peut être considéré comme un processus graduel et évolutif (involatif diront certains) si on se réfère par exemple à certaines des modifications physiques et cognitives, il peut aussi être considéré comme une succession de stades correspondant à des événements ou des crises qui feront, d'un point de vue social ou affectif par exemple, vieillir un individu.

On le voit aisément, le vieillissement est sous l'influence de très nombreux facteurs liés à l'individu lui-même, à sa génétique, mais aussi à des facteurs liés à tous les événements de sa vie ainsi qu'à sa façon et sa capacité de réagir à toutes ces expériences sociales, à sa façon de s'adapter, à ce que l'on appelle maintenant le "coping"*.

Ceci pose du même coup la difficulté de l'étude du vieillissement car une étude longitudinale est difficile, compte tenu de la durée de vie d'un individu et une étude transversale soulève le problème des cohortes : les personnes âgées aujourd'hui de 80 ans n'ont pas eu la même vie que celles qui avaient 80 ans en 1900, n'ont pas connu les mêmes problèmes, les mêmes évolutions technologiques, n'ont pas eu la même alimentation, etc... et celles qui auront 80 ans en 2030 auront connu des choses différentes, on peut espérer par exemple qu'il s'agira d'une génération n'ayant pas connu la guerre. Les comparaisons sont donc très difficiles tant les artefacts méthodologiques risquent d'être importants.

La gérontologie est une discipline récente et les références théoriques encore insuffisantes même si l'ampleur du phénomène du vieillissement et ses conséquences font que les études se multiplient.

Nos grands théoriciens de la psychologie ont peu étudié le vieillissement, Freud prétendait que la personnalité était fixée à l'âge de 5 ans, Piaget n'a pas étudié les évolutions des capacités cognitives au-delà de l'âge scolaire. Il faut cependant citer Maslow* qui est un théoricien de la personnalité et qui a élaboré la théorie de la hiérarchie des besoins, théorie qui tend à dire que les besoins se manifestent selon un ordre donné et que les besoins supérieurs n'apparaissent pas tant que les besoins inférieurs ne sont pas satisfaits. Par exemple, selon cet auteur, l'adolescence est caractérisée par un très fort besoin de s'assurer une image de soi positive et le respect des autres et l'âge adulte se caractérise par le besoin de créativité, d'épanouissement et de réalisation. Il faut surtout citer Erik Erikson* qui a réellement proposé une approche globale du développement à travers les différents stades de la vie : les stades épigénétiques : pour lui chaque stade de la vie (stades de l'enfance, puberté, adulte, maturité,...) est marqué par une crise, un conflit que l'individu doit résoudre pour passer au stade suivant.

Ces études sont anciennes, la gérontologie et la psychogérontologie nous apportent aujourd'hui de nouvelles données en distinguant notamment les concepts de vieillissement et de vieillesse, en évitant l'assimilation de ces concepts à l'affection et à la maladie, en réfutant la notion de déclin systématique avec l'âge, en réfutant le passage progressif d'un état normal (ou de sénescence) à un état pathologique (ou de sénilité), en réfutant la notion que tout changement est impossible après un certain âge.

* To cope = se débrouiller (NDLR)

* 1954

* 1963

Il convient donc de distinguer clairement le normal et le pathologique : ils ne sont pas de la même essence et il ne peut y avoir de passage progressif de l'un à l'autre. Par contre, l'avancée en âge s'accompagne d'une augmentation de la morbidité et comme nous avons déterminé différents types de vieillissement, nous pourrions distinguer différents types de pathologies correspondantes. Nous pourrions ainsi parler de pathologies physiques, de pathologies psychiques ou mentales et de pathologies sociales mais aussi, par voie de conséquence, de mort physique, psychique et sociale.

Nous ne nous étendons pas sur la pathologie physique (n'intégrant pas les maladies mentales organiques), si ce n'est pour dire que la vieillesse ne fait pas apparaître de maladies nouvelles, que la maladie n'est pas une caractéristique de la vieillesse, mais que la plupart des pathologies rencontrées chez les plus jeunes se retrouvent avec une prévalence plus grande à un âge avancé et que la notion de handicap et de dépendance va souvent être en rapport avec la polymorbidité, surtout importante après 80 ans.

* 1993

Une étude de Noack et Weiss* montre une relation claire entre état de santé et niveau socio-économique et entre niveau d'instruction et maladies chroniques (plus le niveau est bas plus les individus consultent pour maladies chroniques). Le sexe est un facteur d'inégalité, notamment pour l'évaluation subjective de l'état de santé, les hommes ayant tendance à minimiser voire à occulter la sévérité de leur maladie ainsi que le degré de gêne éprouvée dans la vie quotidienne. C'est aussi un facteur objectif puisque l'espérance de vie des femmes dépasse de loin celle des hommes.

La mort physique, tout comme l'âge chronologique, est d'une fausse simplicité. Les critères qui la définissent ne sont pas si évidents, la preuve en est qu'ils ont évolué au fil du temps, en même temps que les techniques médicales. Un des premiers critères fut l'absence de réaction à une morsure du gros orteil de la part, d'où le nom, du croquemort. Aujourd'hui, l'arrêt de la respiration, l'absence de battements cardiaques ou l'absence du réflexe pupillaire ne suffisent plus, il faut un EEG plat mais rien ne dit que ce critère sera toujours universellement reconnu.

Dans le cadre des pathologies mentales, on distinguera les pathologies cérébrales organiques et les troubles psychiques, en accordant, comme le font Mishara et Riedel, une place particulière aux pathologies sociales.

Parmi les maladies mentales organiques, la démence occupe une place de choix, en particulier la démence de type Alzheimer (DTA) qui représente 50 % des formes de démence. Sa prévalence est importante puisque certaines études estiment qu'elle atteint 5 % des plus de 65 ans et 20 % des plus de 80 ans, sans que l'on ne connaisse son étiologie (même s'il en existe plusieurs formes dont une rarissime d'origine génétique). La forme sporadique de cette maladie peut toucher n'importe qui, quels que soient l'âge, le sexe, le milieu socio-culturel (même si un haut niveau d'instruction permet de compenser plus longtemps les difficultés). Parmi les autres formes de démences, on retiendra les démences d'origine vasculaire ou mixte, d'origines carencielle, toxique (alcoolique,...), traumatique, infectieuse (maladie de Creutzfeld-Jacob,...).

Il faut aussi noter dans le cadre de ces pathologies qui vont toucher la sphère cérébrale les accidents vasculaires cérébraux responsables de désordres cognitifs plus ou moins importants et réversibles : aphasies, apraxies, agnosies, etc., ainsi que des syndromes telle la maladie de Parkinson.

Les pathologies psychiques, que nous dirons du domaine de la psychopathologie ou de la psychiatrie, ne sont, pour certaines en tous cas, pas plus fréquentes chez les personnes âgées que dans le reste de la population mais, en revanche, elles conduisent fréquemment à l'institutionnalisation de la personne âgée. Citons : l'hypochondrie, la paranoïa, la schizophrénie et surtout la dépression. La dépression est extrêmement fréquente chez le sujet âgé, le recensement effectué par Magnusson* montre une prévalence chez les plus de 75 ans de l'ordre de 15,7 % à 17,5 % chez les hommes contre 26 % chez les femmes. La dépression est donc beaucoup plus fréquente chez les femmes, plus fréquente chez les personnes institutionnalisées et étroitement associée à la maladie physique. La dépression est un trouble de l'humeur qui peut se présenter chez le sujet âgé sous la forme d'un syndrome dépressif majeur dont les symptômes peuvent faire évoquer une démen-

* 1989

ce, le diagnostic différentiel est difficile à réaliser entre cette pseudo-démence et une DTA en particulier.

La dépression est souvent liée à la notion de pertes que l'individu connaîtra au cours du vieillissement et qui vont s'accumuler au cours de la vieillesse : perte de fonctions physiques et intellectuelles, perte d'autonomie, d'indépendance, perte de proches, perte de la possibilité de faire des projets à long terme, etc. La dépression est aussi liée à la présence proche de la mort que le vieillard apercevra régulièrement dans son miroir sous la forme de la dégradation physique mais aussi dans le comportement d'évitement voire de rejet de certains. Cette angoisse de la mort peut être à l'origine de mécanismes de défense chez la personne âgée qu'ont décrits Butler et Lewis* tels que, parmi d'autres, la rationalisation du sentiment d'immortalité, la fixation ou l'arrêt de l'évolution personnelle dans un domaine quelconque, la régression ou encore l'idéalisation du passé perdu.

Ces pathologies psychiques ou mentales peuvent, comme toutes les pathologies conduire à la mort, à une mort psychologique qui peut revêtir plusieurs formes : celle qui ressemble à cette pseudo-mort que connaissent les survivants de catastrophes qui ont vu mourir de nombreuses personnes autour d'eux et qui ont cette culpabilité des survivants ; certains vieillards qui ont vu disparaître tous leurs proches, parfois même leurs enfants, connaissent cette forme de mort psychologique. Une autre forme de mort psychologique est celle des déments et des psychotiques qui sont physiquement présents mais totalement absents psychiquement ou intellectuellement. Enfin, une dernière forme provient de l'aliénation complète du Soi, chez les vieillards qui vivent comme dans un rêve : les mécanismes de défense mis en place, à cause de l'angoisse de mort ou à cause de la solitude, font qu'ils vivent « ailleurs », dans leur passé, dans leurs souvenirs mais ils ne sont déjà plus là.

La dépression est sans aucun doute la forme la plus fréquente de ce que Mishara et Riedel appellent les pathologies sociales. Elles sont, selon ces auteurs, liées à la solitude et à l'isolement qui sont aussi souvent la conséquence de la perte de réseaux sociaux, de la perte de proches. Ces pathologies sociales sont aussi liées à la perte de la plupart des rôles sociaux.

En effet, le décès du conjoint, d'amis de toujours, de membres proches de la famille, l'éloignement des enfants, des problèmes physiques, des problèmes financiers vont contribuer à réduire les rapports avec les autres et risquer d'enfoncer la personne âgée dans la solitude et dans l'isolement. Il va s'en suivre fréquemment une diminution de l'estime de soi et de la valeur sociale de l'individu, ce qui peut conduire à l'apparition de troubles psychiques. De la même manière, le départ à la retraite, va impliquer la perte des fonctions psychosociologiques que fournissait le travail et que Jahoda* a dénombré : procurer un revenu, fournir une dépense d'énergie physique et mentale orientée vers un but, donner la possibilité de création et de qualification, être une œuvre sociale en favorisant les relations, nourrir l'identité, donner le sentiment de servir à quelque chose et structurer le temps. La perte de l'estime de soi après un départ à la retraite est fréquente et peut conduire à une dépression, la retraite-paradis est souvent un mythe.

Dans le cadre de ces pathologies sociales, il faut évoquer les troubles secondaires à des problèmes économiques que rencontrent certaines catégories socio-professionnelles (petits paysans, petits commerçants notamment), secondaires au changement de lieu d'habitation rendu parfois nécessaire ou simplement voulu vers un lieu rêvé mais où l'on se retrouve isolé, ou encore secondaires aux nouvelles concessions qu'il faut faire lorsque l'on se retrouve, du jour au lendemain, avec son conjoint 24 h sur 24, aux nouvelles habitudes qu'il faut prendre lorsque l'on a tout son temps et rien à faire ; Frank* parle de névrose de dimanche, notion empruntée à Ferenczi* qui veut que l'on soit angoissé et déprimé le dimanche lorsque l'on n'a rien à faire.

On le voit, il existe manifestement une influence du milieu social sur le vieillissement qui peut aller, comme l'évoquaient Cummings et Henry*, jusqu'au désengagement réciproque de la société et de l'individu : l'individu cesse peu à peu de se mêler à la vie de la société et la société lui offre de moins en moins d'avantages, ce qui peut conduire à

* 1977

* 1988

* 1977

* 1952

* 1961



un état qu'Atchley* appelle l'anomie où l'individu n'a plus ni but ni identité et où il se retrouve réellement en situation de mort sociale.

Cette mort sociale peut entraîner la mort physique comme en témoigne le nombre de décès relativement élevé lors de la première année qui suit le départ en retraite mais aussi le nombre élevé de suicides des personnes âgées, la France détenant d'ailleurs le triste record européen avec environ 112 suicides pour 100 000 hommes de plus de 75 ans (le suicide des hommes est 4 fois plus fréquent que celui des femmes).

Le vieillissement n'est donc pas une notion simple et il apparaît quasiment impossible de fournir une réponse unique aux questions qui ont servi de problématique à cette intervention. Le vieillissement va toucher différents aspects de la personne humaine à des rythmes différents à la fois d'un point de vue intraindividuel et interindividuel parce qu'étant sous l'influence de multiples facteurs : physiques, biologiques, génétiques, psychologiques, affectifs, sociaux, économiques, culturels.

Une seule chose est certaine au jour d'aujourd'hui : vieillir est inéluctable et mourir aussi. Mais pour les uns la vieillesse sera une heureuse conclusion de la vie : ils seront vieux mais en bonne santé physique et intellectuelle, bien dans leur tête, entourés de leurs amis et leur famille, suffisamment à l'aise économiquement, vivant en couple uni dans une maison pleine de souvenirs, ayant trouvé la possibilité d'occuper leur temps et remplissant encore un certain nombre de rôles dans la société. Pour d'autres ce sera vraiment le naufrage : déments, grabataires, seuls, rejetés, perdus définitivement dans un centre long séjour, démunis, socialement inutiles. La majorité, comme toujours, se trouve sans aucun doute entre les deux.

Une question peut, à ce stade, se poser : que peut-on faire pour atteindre le premier cas de figure, ou du moins s'en approcher, et éviter le deuxième ? En d'autres termes : que faire pour vieillir bien ? Ou bien encore : peut-on envisager une prévention du vieillir mal ? Voire même : peut-on soigner le vieillir mal ?

Pour examiner la possibilité de prévenir les effets négatifs du vieillissement, il faudrait reprendre tous les aspects du vieillissement et voir si et comment l'on peut agir sur les (ou du moins certains) facteurs influents.

Il est sans doute inutile de s'appesantir sur la prévention du vieillissement psychobiologique, depuis longtemps les médecins relayés par les médias vantent les bienfaits de l'activité physique, d'une bonne nutrition, d'une vie saine et équilibrée, sans tabac ni trop d'alcool, en attendant d'inventer la pilule anti-vieillesse...

Depuis quelque temps aussi, des psychologues en particulier expliquent la nécessité d'une activité intellectuelle régulière, d'un entraînement de la mémoire pour pallier le vieillissement cognitif. Une discipline nouvelle est apparue : la psychogériagogie qui tend à montrer que l'on peut continuer à apprendre à un âge avancé et qui essaie d'en donner les moyens en fournissant des méthodes d'apprentissage adaptées au fonctionnement cognitif des personnes âgées et en leur expliquant aussi leur propre fonctionnement cognitif. Il est certain qu'enrichir ses connaissances, apprendre et développer sa métacognition est une excellente prévention du vieillissement cognitif.

On a vu que l'avancée en âge se traduisait par des pertes de plus en plus nombreuses nécessitant, à chaque fois, sur le plan psychologique, un travail de deuil. Ce travail de deuil est nécessaire mais il peut mal se faire et déboucher sur un deuil pathologique, notamment dans le cas de la perte du conjoint. La connaissance du processus du deuil, des facteurs déterminants du deuil par les professionnels, par l'entourage mais aussi par les personnes âgées elles-mêmes permet une meilleure résolution du travail de deuil et/ou d'apporter un soutien adéquat.

C'est probablement au niveau de la prévention des pathologies sociales qu'un travail important, d'information en particulier, est à faire. Sans doute la société elle-même devra-t-elle se donner les capacités de fournir de nouveaux rôles sociaux aux personnes âgées car le problème n'est plus, et il le sera de moins en moins, marginal. Les personnes âgées ont longtemps été une minorité mais la population des plus de 60 ans va se multiplier par cinq entre 1950 et 2025 et celle des plus de 80 ans par sept. Parallèlement le pour-

centage des enfants de moins de 14 ans diminuera. Les personnes âgées ne seront plus, bientôt, un groupe minoritaire.

Il existe, sans doute, un certain nombre de rôles que les personnes âgées peuvent remplir au sein des associations, des œuvres caritatives et aussi au sein des familles, voire des lieux d'éducation.

C'est certainement l'image des vieux dans la société qu'il faut faire évoluer. Le culte de la jeunesse, de la beauté, du dynamisme, de la productivité a fait que les valeurs propres à la vieillesse ne sont plus reconnues (voire méconnues) et que du même coup ceux qui les incarnent sont rejetés et se rejettent quelquefois eux-mêmes. Il faut que, d'une part, ces valeurs propres au vieillissement : maturité, sagesse, meilleure connaissance de soi et des autres, incarnation de la mémoire du passé, entre autres, soient réhabilitées et que, d'autre part, le vieillissement ne soit plus confondu avec la sénilité et la dégradation.

Il sera sans doute difficile, par contre, d'empêcher que l'image du vieillard ne soit assimilée à celle de la mort. C'est sûrement alors l'image de la mort qu'il faut faire évoluer : dans la société d'aujourd'hui la mort est niée, refoulée, refusée, cachée, aseptisée. On ne meurt plus chez soi mais à l'hôpital, les rites funéraires disparaissent, les cadavres sont cachés à la vue de tous, des professionnels s'occupent de tout ce qui concerne les cérémonies d'enterrement et les progrès énormes, spectaculaires et médiatisés des techniques médicales ont fait en sorte que désormais, on finit par penser que l'immortalité est à portée de main et qu'il est injuste et anormal de mourir autrement que de vieillesse. Il n'y a donc plus que les vieux qui, dans une certaine mesure, rappellent à l'individu en pleine force de l'âge qu'un jour il devra mourir en lui renvoyant l'image de quelqu'un proche de la mort et surtout l'image de ce qu'il deviendra : c'est insupportable, d'où le rejet des uns et d'où le combat acharné des autres pour retarder, nier ou dissimuler les signes du vieillissement. S'acharner à refuser l'évidence, à ne jamais vouloir envisager la mort, n'en jamais parler, cacher tout ce qui peut la rappeler et surtout rappeler à chacun d'entre nous sa condition de mortel n'est sûrement pas le meilleur moyen de diminuer l'angoisse, au demeurant légitime, qu'elle provoque et contribue au rejet des vieux qui la symbolisent.

CONCLUSION

La prévention n'empêchera évidemment pas l'apparition de toutes les pathologies. Les professionnels de santé auront forcément à intervenir. L'objectif des thérapeutes dans les pathologies des 3ème et 4ème âges ne doit pas être une intervention fondée uniquement sur la fonction déficiente mais elle doit inclure la dimension situationnelle du trouble, en prenant en compte tous les facteurs qui agissent et interagissent sur la pathologie et qui font qu'elle représente un handicap.

L'objectif des thérapeutes ne doit pas être, non plus, de donner obligatoirement de la quantité à la vie mais plutôt de la qualité.

Prendre en charge les problèmes du vieillissement, ce n'est pas empêcher le vieillissement, c'est en empêcher ou en diminuer les aspects négatifs et pathologiques, c'est surtout reconnaître le vieillissement comme un âge de la vie qui n'est pas fait que de régression mais qui a aussi des valeurs propres. C'est faire en sorte que la personne qui entre dans cette période conserve et accepte son identité et puisse s'approprier sa vieillesse, la vivre, l'habiter, qu'elle ne la subisse pas et qu'elle ne soit pas obligée de tout faire pour en cacher les stigmates et essayer de ressembler au modèle unique de la jeunesse car c'est de toutes manières, une entreprise perdue d'avance. « Vieillir ou mourir jeune », c'est en fait le seul véritable choix !

BIBLIOGRAPHIE

- ATCHLEY R.C. (1977). The leisure of the ederyly. *The Humanist*, 14-19.
- BUTLER R.N., LEWIS M.I. (1977). *Aging and mental health*. Saint-Louis, The C.V. Mosby Company.
- CUMMINGS E., HENRY W.E. (1961). *Growing old : The process of disengagement*. New-York, Basic Books.
- ERIKSON E.H. (1963). *Childhood and society*. New-York, W. W. Norton.
- FERENCZI S. (1952). *Further contributions to the theory and technique of psychoanalysis*. New-York, Basic Books Inc..
- FRANK H. (1977). Retirement : an ego alien view. *International Journal of Family Counseling*, 5, 44-47.
- JAHODA G. (1988). Critical notes and reflexions on social representations. *European Journal of Social Psychology*, 18, 195-209.
- MAGNUSSON H. (1989). Mental health of actogenarians. *Acta psychiatrica scandinavica*, 349, 79.
- MASLOW A.H. (1954). *Motivation and personality*. New-York, Harper.
- MISHARA B.L., RIEDEL R.G. (1994). *Le vieillissement*. Paris, PUF.
- NOACK H., WEISS W. (1993). Santé et bien-être. In : W. WEISS (Ed) : *La santé en Suisse*. Lausanne, Payot, 97-109.