

INTRODUCTION

Les données retenues ici ont été choisies de façon à couvrir le large champ de la gérontologie, dans lequel se situe le savoir acquis et se poursuivent les recherches présentes. Elles sont spécialement destinées non seulement à l'initiation universitaire d'une discipline qui se complexifie chaque jour, mais encore au soutien, à l'échange et aux progrès des praticiens plus expérimentés et de ceux qui œuvrent à leurs frontières.

La *gérontologie* ou *gérontie*, dont le terme apparaît au tout début du *xx*^e siècle, désigne toutes les disciplines qui traitent de la *vieillesse* et du *vieillissement* des êtres vivants, plus spécialement humains. De ce dernier point de vue, leur histoire, qui s'inscrit dans celle des *âges de la vie* et de l'*échelle des âges*, montre, comme l'ont bien précisé G. MINOIS (1987), J.-P. GUTTON (1988), J.-P. BOIS (1994) et G. E. BERRIOS (1999), que c'est à partir de ces notions essentielles que s'est développé et enrichi tout un vocabulaire de plus en plus spécialisé identifiant ce champ scientifique en vue de l'approfondissement de compétences qui servent l'homme et sa meilleure adaptation possible à un milieu à maîtriser.

Quelles que soient les sources auxquelles on se réfère, il semble bien que les notions de *gérontin*, de *vieux* ou de *vieillard*, de *vieillesse* et de *vieillissement* ont découlé l'une de l'autre.

C'est, en effet, la reconnaissance de l'homme porteur d'un âge plus avancé que ses congénères qui fait apparaître le *gérontin*, le *vieux* et le *vieillard*. C'est l'accroissement du nombre des individus âgés qui a déterminé un état ou une étape de l'existence humaine, celle de la *vieillesse*. C'est la *vieillesse* qui fait ensuite envisager le *vieillissement* d'abord comme *longévitité*, puis comme *processus*. Puis ce dernier, qui détermine la nature des changements subis par l'organisme humain dans la dernière partie de son existence, s'étend maintenant tout au long

de celle-ci et oriente désormais l'approche des connaissances les plus probables de leur cause et l'éventail de leurs effets.

La méthodologie de la *gérontologie* fait encore malheureusement appel, dans certaines de ses options, à la notion de *déclin inéluctable avec l'avance en âge*. La *pathologie* reste alors, en particulier pour les biologistes, la caractéristique jugée fondamentale du vieillissement cellulaire, tissulaire, organique et organismique. Or, les manifestations des affections morbides chez le sujet vieillissant, bien que souvent difficiles à distinguer du *vieillesse* lui-même, ne sont pas du même ordre. C'est fréquemment l'absence de preuve patente de maladie qui initie la limite de ce qui est attribuable au vieillissement et donne de ce dernier une définition non plus positive, mais négative. Le vieillissement y est, en effet, traité comme le négatif de la maladie. Le physiologique y est considéré comme normal, alors qu'il ne se définit habituellement qu'en terme de fonctionnement, et devient par abus de langage l'antonyme du pathologique qu'il n'est nullement. En omettant l'*anomalité*, le *pathologique* finit par se confondre avec l'*anormal*. Dans ce contexte, le savoir sur le vieillissement apparaît comme un savoir par élimination.

Or, si la *vieillesse* ne pose pas de difficulté quant à sa nature, puisqu'en tant que période de la vie, donc état, ses limites sont chronologiques et fixées arbitrairement par la communauté des hommes, il n'en va pas de même pour le *vieillesse* qui sous-tend une dynamique dont l'essence profonde est toujours en question.

Néanmoins, en tant que concepts, la *vieillesse* et le *vieillesse* n'ont valeur ni d'affection ni de maladie. De plus, ils n'ont pas qu'une *connotation défavorable*. Ils sont, en effet, aussi sources d'*avantages* lors des diverses étapes du développement de l'être humain et de sa collectivité. Car, en vieillissant, l'organisme est capable d'acquérir des propriétés nouvelles. Les *mécanismes compensatoires*, qui entrent en jeu dans le vieillissement et la *vieillesse*, font alors rarement l'objet de l'intérêt réel

dont ils pourraient se prévaloir. De plus, la vieillesse voit s'accroître maintenant le nombre des âgés actifs et bien portants.

Souvent plus quantitative que qualitative, la *procédure gérontologique* s'appuie généralement sur la *performance* qui ne rend pas convenablement compte de la *compétence*. L'une n'est jamais le témoin exact de l'autre. Elle n'en fournit qu'un indice qu'il faut interpréter. Les moyens de transduction de l'une à l'autre sont encore très mal connus. Par ailleurs, toute action gérontologique entreprise ne se fonde pas prioritairement sur les *inaptitudes présentes* d'un individu qu'il faut combler ou pallier. Elle vise d'abord l'utilisation de ses *potentialités restantes* avant toute tentative de rétablissement de celles qui semblent perdues pour autant qu'on puisse les bien définir les unes et les autres.

L'âge reste un marqueur toujours utilisé, mais contestable, du processus de vieillissement, car il ne contribue pas à en éclairer suffisamment la quiddité. *Chronologique*, il établit des étapes dans lesquelles sont admises et contrôlées des activités qui déterminent la *vie sociale* (scolarité, profession, droit civique, mariage, retraite). Il confronte des générations qui cherchent à organiser leurs liens de solidarité. *Biologique*, donc *psychologique*, ainsi que *physique*, *cognitif* et *affectif*, l'âge est étroitement lié à l'évolution de l'individu au cours de son existence et de l'homme dans son humanité. Il se montre tout à fait indépendant de l'âge *chronologique* et *social*.

Attribuer le vieillissement au *temps* qui en marque les étapes est porteur d'erreur, car le temps en lui-même n'a pas d'effet. Bien que l'on puisse admettre que *changer dans le temps*, c'est considérer les processus de croissance, de développement, de maturation et de finitude qui peuvent s'intriquer de différentes manières, soit simultanément, soit successivement, il faut bien constater que la *gérontologie* n'a pas encore atteint un stade descriptif satisfaisant. On peut toujours se demander si, comme le soulignait déjà H. PÉQUIGNOT (1986), un tel objectif d'apparence modeste est réalisable.

Les modifications qui se produisent au cours de l'existence doivent dorénavant s'inscrire autant dans le *vieillesse* que dans le *développement* individuel ou collectif en les envisageant comme deux modes différents d'approche et d'investigation de l'avance en âge. Le *développement* est le profil attendu d'un programme de devenir statistiquement accepté pour la moyenne de tous les individus. Dans une vue *prospective*, il est porteur d'espoir. Le *vieillesse*, de son côté, correspond, dans une vue *rétrospective* et *présente* d'un devenir, à une *réalité* de fait. Il marque l'accès à des maturations successives. À la *valeur pronostique* du développement répond donc la *valeur diagnostique* du vieillissement.

Dans l'étude du vieillissement, on peut ainsi relever que les données recueillies se sont longtemps attachées aux seules modifications qui se produisent dans la *dernière partie de la vie* avant de s'intéresser à celles qui se produisent *tout au cours de l'existence*. Tantôt elles considèrent l'*ensemble de l'organisme*, tantôt elles s'attachent à *l'un de ses aspects singuliers*, qu'il soit morphologique ou fonctionnel. Tantôt elles sont celles d'un *devenir attendu*, tantôt elles le sont d'un *actuel établi*. Tantôt elles visent les *causes des changements*, tantôt elles recherchent les *modes d'adaptation* que ces changements déterminent. Tantôt elles portent sur l'*altération* qu'elles provoquent sur l'organisme, tantôt l'accent est mis sur les *bénéfices* qu'en tire l'individu. Tantôt elles ne s'intéressent qu'aux *seules constatations et explications des phases et des facteurs* qui interviennent dans les transformations subies par l'homme dans le cours de son existence, tantôt elles lui donnent la possibilité d'*accorder une signification à la vieillesse et au vieillissement*, d'en orienter les perspectives et de contrôler certaines de ses modalités. Tantôt, enfin, elles *se restreignent à l'être humain*, tantôt elles font l'objet de *comparaisons dans le domaine du vivant*.

Ces orientations différentes selon les options et les domaines d'étude entrepris gênent maintenant toute perspective d'ensemble cohérente sur le vieillissement.

Il est pourtant nécessaire que s'ajustent les différentes cibles de la gérontologie que sont l'individu, ses proches et la collectivité qui expérimentent la vie et qui souhaitent que s'améliorent les conditions de leur existence, le biologiste (au sens strict), le psychologue, le sociologue, le philosophe et le médecin (généraliste, gérontologue clinicien, psychiatre de l'âgé, autres spécialistes médicaux ou sanitaires) et ceux (politiques, administrateurs, économistes, etc.), dont la gérontologie est le terrain d'action.

Malgré cela, il est actuellement possible de mieux circonscrire, à partir de son vocabulaire, le champ d'étude de la gérontologie, ses objectifs et sa méthodologie ou du moins les éléments décisifs sur lesquels portent l'expression, la communication et la diffusion des sciences d'aujourd'hui.

Les problèmes gérontologiques, qui se posent maintenant, se situent à plusieurs niveaux, dont ceux :

- de la nature des modifications qui se produisent lors du vieillissement ;
- de leur origine intrinsèque ou extrinsèque ;
- de leur attribution aux fonctions régulatrices et aux capacités de réserve ;
- de l'explication indirecte de la longévité et directe de la mort ;
- des moyens de résistance de l'individu aux agressions et aux maladies et de sa fragilité et vulnérabilité ;
- de la description des modalités d'ajustement au milieu avec l'avance en âge ;
- et d'une action pour rendre l'environnement plus acceptable.

C'est cette complexité toujours mouvante et l'attente éminemment souhaitée d'une large intégration des données recueillies dans son champ qui continuent à constituer tout l'intérêt actuel de la gérontologie et qui laissent entrevoir d'autres perspectives encourageantes pour le futur de l'homme.

LISTE DES 100 NOTIONS

1. Adaptation/Adaptabilité, 19
2. Affectivité, 24
3. Afférentation, 25
4. Âges de la vie, 26
5. Âgisme, 29
6. Autonomie, 29
7. Bien-être, 29
8. Changement, 31
9. Cinquième âge, 31
10. Cognition, 32
11. Comportement/Conduite, 32
12. Conation, 34
13. Conjugalité, 36
14. Coping, 36
15. Croissance, 41
16. Déclin lié à l'âge, 42
17. Dépendance, 43
18. Développement, 45
19. Échelle des âges, 46
20. Eschatologie, 47
21. Espérance vie, 47
22. Étapes du vieillissement, 49
23. Euthanasie, 49
24. Finitude, 50
25. Fragilité, 50
26. Génération, 55
27. Générativité, 55
28. Géragogie, 56
29. Gérescence, 56
30. Gériatrie/Gérontologie clinique, 56
31. Gérité, 60
32. Gérontologie, 60
33. Gérontologie médicale, 60
34. Gérontologie sociale, 61
35. Gérontopharmacologie, 62
36. Gérontophilie, 64
37. Gérontophobie, 64
38. Héritabilité comportementale, 64
39. Holisme, 65
40. Idées fausses en gérontologie, 65
41. Impuissance apprise, 69
42. Involution, 70
43. Longévité, 71
44. Malfaisance, 72
45. Maltraitance, 73
46. Maturation, 74
47. Maturité, 74
48. Méthodes d'étude du vieillissement, 74
49. Mort, 78
50. Personnalité, 79
51. Processus, 88
52. Professions de santé, 88
53. Progéria, 92
54. Protection juridique des personnes âgées, 94
55. Psychiatrie gériatrique, 95
56. Psychiatrie gérontologique, 98
57. Psychogéragogie, 98
58. Psychogériatrie, 99
59. Psychogérontologie, 100
60. Psychogérontologie de la santé, 101
61. Psychogérontologie pathologique, 101
62. Quatrième âge, 101
63. Réactance psychologique, 102
64. Résilience, 103
65. Retraite, 107
66. Routinisation, 112
67. Santé, 113
68. Sénescence, 114
69. Sénilité, 116
70. Sexualité, 116
71. Soins, 119
72. Somatisation, 121
73. Sommeil, 122
74. Soutien social, 125
75. Stigmatisation, 127
76. Stimulation, 127
77. Temps, 127
78. Test mental, 129
79. Thanatologie, 131
80. Théories du bien-être, 131
81. Théories biologiques du vieillissement, 132
82. Théories cognitives du vieillissement, 138
83. Théories conatives du vieillissement, 139
84. Théories psychosociales du vieillissement, 141
85. Troisième âge, 141
86. Vieillesse, 142
87. Vieillesse (Généralités), 143
88. Vieillesse affectif, 148
89. Vieillesse biologique, 152
90. Vieillesse cognitive, 165
91. Vieillesse conatif, 180
92. Vieillesse démographique, 182
93. Vieillesse différentiel, 184
94. Vieillesse « normal », 189
95. Vieillesse « pathologique », 190
96. Vieillesse réussie, 191
97. Vieillesse sociale, 192
98. Vieillesse usuel ou habituel, 194
99. Vieux, 194
100. Vulnérabilité, 194