15 novembre 2024

Psychogériatrie et nouveaux défis, pour repenser l'avancée en âge et la qualité de vie de nos aînés

Marie-Christine GÉLY-NARGEOT
Neuropsychologue
Professeur des universités, université Paul-Valéry, Montpellier

Nota. Pour retrouver les autres conférences de ce colloque : dans la page d'accueil (https://www.ac-sciences-lettres-montpellier.fr/) cliquer sur "Rechercher un document" et dans la fenêtre qui s'affiche, entrez le mot-clé : COLL2024

MOTS-CLÉS
COLL2024, soin, vieillesse, vieillissement, psychogériatrie, qualité de vie, vulnérabilité, santé mentale, déclins cognitifs, dignité, respect, autonomie, défis.

RÉSUMÉ
La vieillesse est un état complexe et singulier. Avec la longévité, elle pose des défis inédits en termes de soins et de santé. La psychogériatrie s'efforce d'y répondre, afin de préserver le bien-être et la qualité de vie des aînés. Car vieillir est une tâche exigeante, empreinte de fragilités, de vulnérabilités, qui mènent aux déclins, même si des facteurs de protection et des mécanismes d'adaptation participent à les atténuer. Mais la société qui célèbre la longévité, accepte-t-elle d'en assumer les conséquences humaines et sociales ? de soutenir cette réalité davantage que de la nier ? La psychogériatrie a le devoir de penser cet indicible. Elle se doit de redéfinir les contours de la vieillesse, de promouvoir l'autonomie pour réduire la vulnérabilité et renforcer la dignité des aînés, de former les aidants à l'empathie professionnelle, de mieux soutenir les besoins des proches aidants.

Si soulever le rideau est un acte de curiosité chez l'enfant, pour l'adulte, soulever le voile devient une parabole bien différente. Elle nous invite à aller au-delà de nos peurs, de nos croyances, qui obscurcissent la vision de notre propre essence, elle est l'acte du désir de savoir et de comprendre. Interrogée sur son œuvre existentialiste, *La Vieillesse* (1970), Simone de Beauvoir en disait : « Quand je dis que je travaille à un essai sur la vieillesse, le plus souvent on s'exclame : quelle idée ! Mais vous n'êtes pas vieille ! Quel sujet triste… ». Elle répondait alors : « Voilà justement pourquoi j'écris ce livre : pour briser la conspiration du silence… ». Pour Simone de Beauvoir, la vieillesse fut à la fois le lieu de réflexion sur la condition humaine et celui de son engagement contre la marginalisation des personnes par la société. Réduire la personne âgée à un statut d'« autre » social, c'est la placer dans une forme d'invisibilité et d'exclusion, c'est lui dénier son humanité et sa subjectivité. Voilà pourquoi je tiens à remercier les organisateurs du colloque « Soigner » d'avoir accordé une place à la Personne âgée et à la Psychogériatrie au sein de cet événement.

La vieillesse est parfois qualifiée de *terra incognita* (« terre inconnue »), car, bien qu'elle s'inscrive naturellement dans le cycle de la vie, elle reste jalonnée d'inconnues et d'incertitudes, rendant son expérience singulière et imprévisible. Ce que l'on sait, c'est que la vieillesse représente un « état », inscrit dans un moment spécifique de l'existence (cycle existentiel) caractérisé par une dispersion considérable des trajectoires individuelles de vie. La vieillesse relève également d'une construction politique et sociale. Son seuil est défini, de manière arbitraire en France, par l'âge de départ à la retraite. Le jeune retraité bascule ainsi dans la terminologie « être âgé » qui couvre en effet un spectre étendu, de 65 à 95 ans et au-delà, englobant ainsi des réalités contrastées.

Le vieillissement, quant à lui, est un « processus », dynamique et continu, il s'amorce dès la naissance et se déploie tout au long de l'existence. Il dépend d'une multitude de facteurs bio-psycho-sociaux et de mécanismes variés (vasculaires, estime de soi, isolement, etc.) qui interagissent en permanence tout au long de la vie, et qui en façonnent son évolution. Le vieillissement réfère donc à un processus à la fois composite et dynamique, fortement hétérogène et singulier, rendant impossible toute généralisation. Il n'existe pas un modèle unique de personne âgée : il y a autant de façons de vieillir qu'il y a d'individus.

Enfin, nous assistons actuellement à une véritable révolution démographique, marquée par une augmentation inédite du nombre de personnes âgées nées après-guerre (baby-boom) et un allongement spectaculaire de l'espérance de vie. En 1955, l'espérance de vie était de 70 ans, elle est aujourd'hui de 83 ans (tous sexes confondus). Cet allongement de la longévité transforme en profondeur les besoins en santé, il amplifie la demande de soins et laisse émerger des défis inédits pour nos systèmes de santé.

En réponse à ces besoins, est née une nouvelle discipline : la Psychogériatrie. Si le sort des personnes âgées a fait l'objet de nombreux écrits depuis l'Antiquité grecque et romaine (Hippocrate, Platon, Aristote…), il faut attendre les années 1970-80 pour que leurs besoins en matière sanitaire et sociale soient pleinement reconnus. Discipline récente, la psychogériatrie réunit psychologues, psychiatres, gériatres, afin d'étudier et de prendre en charge les troubles mentaux, émotionnels, cognitifs et psychosociaux, affectant les personnes âgées, avec pour objectif ultime d'améliorer leur bien-être et leur qualité de vie.

La qualité de vie est un concept multidimensionnel, qui englobe l'ensemble des aspects de l'existence d'une personne, ainsi que la perception qu'elle a de sa place dans le monde et la vie, en regard à ses objectifs, attentes, normes et préoccupations. La qualité de vie est modulée par différents facteurs, entre autres, l'état de santé physique et psychologique, la qualité des relations sociales, la précarité. Or, ces mêmes éléments sont également reconnus comme des facteurs de vulnérabilité chez les personnes âgées. La santé mentale, émotionnelle et cognitive des aînés repose donc sur un équilibre fragile et instable, conditionné par l'accumulation progressive de ces vulnérabilités. Cet état clinique, conceptualisé sous le nom de « syndrome de fragilité », se caractérise par une diminution des réserves physiologiques et une altération des mécanismes d'adaptation de l'organisme. Il a pour effet de rendre la personne âgée plus vulnérable aux agressions et aux stress externes. Le syndrome de fragilité constitue ainsi une phase intermédiaire entre le vieillissement normal (physiologique) et la perte d'autonomie, pouvant conduire à des complications telles que des chutes, des hospitalisations, une dégradation cognitive ou encore un décès prématuré.

Toutefois, il convient de rappeler que la vieillesse est un nouvel âge de vie aux multiples nuances, marqué certes par des pertes et des vulnérabilités, mais aussi par de remarquables capacités d'adaptation. Une étude récente révèle que certaines personnes âgées de 80 ans présentent quelques capacités physiques et intellectuelles comparables

à celles de jeunes adultes de 20 ans. Cela signifie que pour elles, la qualité de vie peut demeurer pleinement préservée ; pour d'autres, plus vulnérables, ce ne sera malheureusement pas le cas. Cette disparité des trajectoires s'explique par la présence de facteurs de protection, qu'ils soient génétiques, liés au mode, au style, à l'hygiène de vie, à la qualité du support social, ou encore à l'éducation. Ces facteurs de protection, façonnés tout au long de l'existence, nourrissent des réserves (qu'elles soient physiques, cognitives, émotionnelles ou sociales) qui constituent le socle de mécanismes compensatoires. La personne âgée peut ainsi y puiser, au besoin, pour atténuer les effets des déficits liés à l'âge. L'hétérogénéité de la qualité de vie de nos aînés s'explique également par des processus adaptatifs pour faire face aux vulnérabilités, aux changements, aux stress et aux défis générés par leur environnement. Ces processus permettent de maintenir un équilibre interne (homéostasie) tout en s'ajustant aux exigences externes (physique, émotionnelle, sociale ou cognitive).

La résilience y tient une place centrale, elle constitue un processus dynamique par lequel l'individu mobilise ses ressources pour s'adapter aux épreuves inhérentes au vieillissement. Elle ne se réduit pas à une simple capacité de résistance aux pertes liées à l'âge mais elle implique une profonde reconfiguration psychologique, pour donner du sens et mieux accepter les transformations du corps, les bouleversements identitaires et les modifications cognitives et sociales. La résilience se construit à travers l'expérience de vie, le renforcement de la capacité à réguler ses émotions et la préservation de son bien-être psychologique. L'ensemble de ces mécanismes permet aux personnes âgées de réinterpréter les pertes fonctionnelles et sociales, non comme des ruptures irrémédiables, mais comme des transitions pouvant ouvrir de nouvelles formes d'épanouissement. Il en est ainsi de la « gérontotranscendance » qui repose sur un changement de perspective. Chez les personnes âgées, l'importance accordée aux préoccupations matérielles et aux ambitions diminue, au profit d'une quête de sens, voire d'une spiritualité et d'une meilleure acceptation de la finitude. Des études en psychologie positive évoquent également le « biais de positivité » ou encore le « paradoxe de satisfaction », selon lesquels les personnes âgées ont tendance à privilégier les souvenirs et les expériences émotionnellement gratifiantes, contribuant ainsi à leur bien-être malgré les pertes. Ces éléments leur permettent d'orienter de façon sélective leur attention vers des objectifs émotionnels positifs et d'accorder davantage de vigilance aux expériences qui renforcent leur équilibre psychologique et leur satisfaction de vie. L'explication en est simple : avec l'avancée en âge, le temps devient compté. Il devient alors naturel de privilégier la quête d'émotions positives, de gratifications immédiates et de s'orienter vers des relations significatives, favorisant des échanges empreints de bienveillance. Ainsi, en accordant davantage d'attention aux expériences qui nourrissent leur bien-être émotionnel, les aînés développent une remarquable aptitude à préserver leur équilibre psychologique. Ces facteurs de protection et de résilience jouent ainsi un rôle essentiel dans la modulation de leur qualité de vie, illustrant ainsi toute la complexité et la richesse du vieillissement.

Cependant, il est indéniable que l'avancée en âge entraîne, de manière naturelle et physiologique, un déclin objectif des aptitudes des aînés, qu'il soit structurel, fonctionnel ou socio-environnemental. « Ô rage ! Ô désespoir ! Ô vieillesse ennemie ! N'ai-je donc tant vécu que pour cette infamie ? » (Corneille, *Le Cid*, monologue de Don Diègue). Sur le plan cognitif, ce déclin résulte d'une vulnérabilité structurelle du cerveau, localisée au niveau de la région la plus exposée à la perte neuronale : le cortex préfrontal. Cette région cérébrale est préférentiellement impliquée dans le traitement des informations émotionnelles et cognitives. Elle joue ainsi un rôle fondamental dans le fonctionnement exécutif et la régulation émotionnelle, deux processus essentiels pour une adaptation efficace aux exigences de l'environnement. Le fonctionnement exécutif regroupe un

ensemble de capacités indispensable pour s'adapter aux situations nouvelles, inhiber des réponses inappropriées et coordonner efficacement les actions dirigées vers un objectif. La régulation émotionnelle, quant à elle, désigne la capacité à moduler ses émotions de manière adaptée selon les contextes sociaux et personnels. Elle permet de maintenir un équilibre affectif en s'ajustant aux événements de la vie, favorisant ainsi le bien-être psychologique et la résilience face au stress. Avec l'âge, l'altération du cortex préfrontal impacte ces deux fonctions clés. Cela peut entraîner des difficultés dans la gestion des émotions, l'adaptation aux changements et la mise en œuvre de stratégies cognitives complexes. Ce déclin cognitif génère également une série de plaintes plus ou moins bruyantes. La plainte la plus importante porte sur la mémoire. Dès la quarantaine, de légers troubles mnésiques peuvent apparaître ; ils se manifestent par des difficultés à retenir les noms propres, égarer des objets, suivre plusieurs conversations à la fois, penser à transmettre des messages, aller chercher un objet dans une pièce quand on oublie ce que l'on est venu y faire, etc. Cette symptomatologie n'est en rien inquiétante, même à un âge plus tardif, elle s'inscrit dans le vieillissement normal connu sous le nom de « Déclin Cognitif Subjectif » (DCS). La question qui se pose est la suivante : pourquoi se plaint-on autant de sa mémoire ? Selon les psychologues, cette plainte subjective est à entendre comme une forme de « porter plainte », où s'exprime la difficile acceptation du vieillir. Elle traduit la vulnérabilité psychique de la personne âgée et son difficile travail de deuil de ne plus pouvoir faire ou agir comme autrefois. Le vieillissement et ses avatars rappellent au sujet que, si l'envie de faire n'a pas d'âge, les moyens de sa réalisation en ont un. La plainte mnésique de la personne âgée est donc la double expression de l'incomplétude, du manque et celle de sa vulnérabilité dans une culture qui prône le jeunisme, l'exigence et la performance.

Depuis l'Antiquité, des penseurs tels qu'Aristote, Descartes ou Nietzsche ont interrogé les relations entre le cerveau et l'esprit, contribuant à forger une vision presque mystique et sacralisée du cerveau. Au fil des siècles, ce dernier a été intrinsèquement lié à des concepts transcendants tels que la conscience et l'identité, conférant à la mémoire un rôle central dans la définition même de l'humanité. Ainsi, toute atteinte ou altération mnésique est perçue comme une menace directe sur l'intégrité du sujet, bien au-delà de la simple difficulté à se souvenir. De surcroît, « ce n'est que par la mémoire que nous sommes un même individu pour les autres et pour nous-mêmes » écrivait Diderot. La mémoire est donc garante de notre histoire, de notre identité, de notre intégrité et nous offre la continuité du soi. Cette place centrale de la mémoire humaine est inscrite pleinement dans son étymologie. Dans la mythologie grecque, Mnémosyne (du mot grec *mnēmē*), était la déesse de la mémoire et de ses amours avec Zeus, naquirent neuf filles : les Muses. Mnémosyne est donc la mère symbolique, à l'origine des différentes formes d'art et de savoir. En tant que filles de la mémoire, les Muses incarnent les diverses facettes de ce que la mémoire transmet au fil du temps : la culture, l'histoire, l'art, la science et la pensée, garantissant leurs perpétuations à travers le temps. Voilà pourquoi la mémoire est aussi importante et pourquoi la perdre revient à se perdre aussi.

Enfin, l'allongement de l'espérance de vie soulève des défis inédits pour les sociétés contemporaines. Cette transformation démographique ne saurait se réduire aux seules considérations biologiques et psychologiques du vieillissement individuel ; elle interpelle l'ensemble des structures sociales et institutionnelles, depuis les politiques publiques jusqu'aux systèmes de santé, en passant par les dispositifs de prise en charge et l'organisation du travail. Elle remet en question la viabilité des modèles de protection sociale, l'adaptation des infrastructures et des services, ainsi que la place réservée aux aînés dans nos sociétés. Plus spécifiquement, la psychogériatrie contemporaine se trouve confrontée à des enjeux inédits, qui transcendent largement la seule dimension soignante

de la vieillesse. Elle interroge la capacité des politiques publiques à répondre de manière adaptée aux besoins d'accompagnement des seniors et de leur entourage, tout en s'interrogeant sur les évolutions nécessaires pour garantir une prise en charge à la fois équitable, efficiente et respectueuse de la dignité de chacun.

Quels défis doit-elle relever pour ne pas réduire la personne âgée à un simple objet de soin ? Notre société, qui célèbre la longévité comme un progrès, est-elle véritablement prête à en à en assumer pleinement les implications humaines et sociales ? Accepte-t-elle de faire face à cette réalité, ou préfère-t-elle l'ignorer plutôt que de l'affronter et de la traiter avec la responsabilité qu'elle exige ?

Sur le plan conceptuel, l'une des interrogations les plus débattues demeure : qu'est-ce qu'une personne âgée normale ? Si l'on définit la normalité par l'absence de toute altération physique ou mentale, alors, au-delà de 70 ans, aucun individu ne saurait pleinement répondre à cette exigence. Une telle approche pose ainsi la question des critères à retenir pour qualifier le vieillissement « normal », et interroge la pertinence d'une conception strictement biomédicale de la santé dans l'avancée en âge. Face à cette impasse, la normalité chez les personnes âgées se définit, en psychogérontologie, selon une approche psychométrique fondée sur une distribution statistique des performances cognitives et physiques au sein de cette tranche d'âge. Cette perspective considère que la normalité correspond à ce qui est le plus fréquemment observé au sein du groupe des aînés. Ainsi, chez les individus âgés, la norme ne se définit plus en opposition à la pathologie, mais par ce qui se rencontre dans la majorité des cas, avec, de part et d'autre de cette norme (la moyenne) les variations inhérentes au processus de vieillissement. Cette nouvelle approche de la normalité conduit à repenser l'âge de la vieillesse, car l'allongement significatif de l'espérance de vie impose une redéfinition des frontières du vieillissement. Aujourd'hui, l'on estime qu'un sujet de 75 ans présente les mêmes performances qu'un sujet âgé de 65 ans, né en 1955. Continuer à penser que l'on est « vieux » à partir de 62 ans (âge de la retraite) est un non-sens absolu. Pour les psychogérontologues, si tant est que l'on puisse le généraliser, ce phénomène hautement subjectif est évoqué par la terminologie de 'jeune senior' pour les 60-75 ans ; de 'senior' pour les 75-90 ans ; de 'grand senior' (le quatrième âge) pour les 90 ans et plus. À l'évidence, il ne s'agit plus d'une simple affaire d'âge pour être « vieux ». Cela renvoie davantage à une dynamique personnelle et collective : comment une société soutient-elle ses aînés pour leur permettre de rester actifs et inclus ? Comment chaque individu négocie-t-il les transitions de sa vie, entre sa santé, ses relations aux autres et le sens de sa propre existence ? La réponse varie pour chacun et pour chaque génération, et mériterait une réflexion sociétale plus approfondie.

Il devient également nécessaire d'affiner les critères diagnostics cognitifs des troubles neurocognitifs. La classification des troubles neurocognitifs (TNC) pose plusieurs défis, à la fois sur le plan clinique, scientifique et sociétal. Ces difficultés sont mises en exergue par les avancées spectaculaires des neurosciences qui pointent les limites des systèmes actuels de classification nosologique, et par l'hétérogénéité des manifestations des troubles pour une même entité nosographique. Le défi réside également dans le fait que cette classification des TNC se situe à la croisée de besoins cliniques, d'exigences scientifiques et de considérations éthiques. Ceci rend son élaboration complexe et délicate et, tant qu'il y aura cet amalgame, la manière dont ces troubles seront compris, diagnostiqués et traités demeurera parfois insatisfaisante.

Autre défi : penser l'impensable et l'indicible. À titre illustratif, en 1980 l'espérance de vie d'un patient atteint de trisomie 21, était de 25 ans. Actuellement elle est de 60 ans. En 40 ans, ces sujets ont gagné 40 ans d'espérance de vie, et pourtant personne n'avait anticipé le fait qu'ils puissent aussi avoir le droit de vieillir. De ce fait,

la prise en charge du vieillissement des troubles neurodéveloppementaux est encore particulièrement lacunaire, car elle n'a pas été anticipée (manque de services appropriés aux personnes handicapées vieillissantes, préoccupations quant à leur prise en charge future, notamment après le décès de leurs parents pour les plus jeunes, etc.). En juin 2024, l'organisation d'un colloque international à Montpellier sur le thème du « Vieillissement des Pathologies Psychiatriques », (Dr. S. Miot & Pr. M.-C. Gély-Nargeot pour la « Société Francophone de Psychogériatrie et de Psychiatrie de la Personne Âgée »), a attiré plus de 500 psychogérontologues – phénomène rare pour ce type de colloque. Il faut y voir l'attrait scientifique pour cette problématique contemporaine novatrice, peu souvent débattue, traitée, non anticipée, pensée et réfléchie dans la majorité des pays occidentaux. La question centrale qu'ouvre ce constat est la suivante : nos systèmes de santé, la société, sont-ils prêts à prendre soin de ces aînés atypiques et particuliers, de plus en plus nombreux ? En creux, se pose la question fondamentale d'une prise de conscience collective sur la nécessité éthique de reconnaître enfin pleinement la dignité et les droits des personnes âgées, en particulier de celle des plus fragiles, porteuses de maladies mentales.

Depuis les premiers philosophes stoïciens romains, à l'instar de Sénèque, la dignité est indissociable de la raison et de la maîtrise de soi. Dans *Fondements de la métaphysique des mœurs* (1785) et *Critique de la raison pratique* (1788), Emmanuel Kant approfondit le concept de dignité, en l'ancrant dans l'autonomie et la rationalité de l'être humain, faisant de celle-ci une valeur intrinsèque et inaliénable qui implique que chaque personne doit être traitée comme une fin en soi et jamais comme un simple moyen. Arthur Schopenhauer, dans *Le monde comme volonté et comme représentation* (1819), établit la relation entre la dignité humaine, la compassion et la souffrance, soulignant que la reconnaissance de cette dernière est essentielle pour agir avec bienveillance. Cette perspective est prolongée par Emmanuel Levinas, dans *Éthique et infini* et *Totalité et Infini* (1982), pour lequel la dignité réside dans la responsabilité inconditionnelle que nous avons envers autrui. Il ancre ainsi la dignité dans l'éthique de l'altérité, où chaque individu est infiniment responsable de la vie et de la dignité de l'autre. Dans *Origines du totalitarisme* (1951) et *Condition de l'homme moderne* (1958), Hannah Arendt explore comment la dignité humaine est liée à la reconnaissance de l'individu dans l'espace public et politique. Elle soutient que la perte de la dignité survient lorsqu'un individu est dépossédé de ses droits et exclu de la communauté politique, ce qui mène à l'invisibilité sociale et à la privation de sa reconnaissance humaine. Dans son œuvre *Soi-même comme un autre* (1990), Paul Ricœur propose une éthique du respect de soi et de l'autre, où la dignité est à la fois une valeur morale et une dimension de la justice. Pour Ricœur, la dignité implique le respect de l'intégrité morale et l'attention à la vulnérabilité humaine. Les apports et la richesse de ces œuvres doivent nous inspirer pour tracer des pistes de réflexions afin d'inscrire davantage le soin et l'accompagnement de la personne âgée dans le droit au respect de sa dignité.

L'approche individualisée et personnalisée, développée actuellement, tente d'en être l'une des réponses. L'individualisation de la prise en charge des personnes âgées repose sur une approche centrée sur leurs besoins spécifiques, leur histoire de vie et leurs vulnérabilités uniques. Toutefois, pour la mettre en œuvre efficacement, plusieurs défis doivent être surmontés. Celui de renforcer la mise en place d'outils d'évaluation plus sensibles, permettant une approche plus fine et individualisée du vieillissement. Celui de rendre les parcours de soins plus modulables et mieux coordonnés entre les différents professionnels de santé. De lutter contre l'âgisme et les stéréotypes qui uniformisent l'image du vieillissement et limitent les possibilités d'adaptation de la prise en charge. De développer une approche du soin et de l'accompagnement, fortement embolisés par la santé

et la maladie, en associant davantage les Sciences Humaines et Sociales. Cela implique une transformation structurelle du système de santé et de l'accompagnement psychosocial, et l'enjeu est de construire un modèle plus souple, plus humain et plus anticipatif, permettant à chaque individu de vieillir dans la dignité et selon ses propres choix.

Cela nous incite également à placer l'autonomie comme un véritable objectif de soins afin de prévenir et de lutter contre les vulnérabilités et renforcer le droit à la dignité des aînés. Notamment en institution, où l'autonomie est davantage considérée comme un état figé, et non comme un objectif dynamique du soin, l'uniformisation des protocoles médicaux et des solutions d'accompagnement ne correspondant pas toujours aux besoins réels des aînés. La faculté de prendre des décisions, même partielles, sur sa propre vie y est bien souvent réduite. La capacité à exprimer ses préférences et à conserver un sentiment de contrôle sur son existence est diluée dans le collectif. Ces manques d'implication dans la gestion du quotidien et de reconnaissance d'une certaine autonomie (choix des repas, des horaires, des activités) réduisent singulièrement chez nos aînés leur sentiment d'utilité et de dignité. Permettre aux aînés institutionnalisés de rester acteurs de leur propre vie éviterait cette passivité imposée, assimilable à une négation de leur humanité. Mais là encore, c'est toute une réorganisation des soins qu'il faut envisager, soutenir la personne plutôt que de la remplacer, la laisser choisir davantage que de décider et de faire à sa place.

Pour les soignants, les défis à relever pourraient être ceux d'une formation académique généralisée à l'empathie professionnelle. Cette dernière implique, de la part du soignant au contact d'une personne âgée vulnérable, à développer une écoute active en l'absence de tout jugement, de percevoir et de comprendre ses émotions, ses besoins et ses ressentis. Mais également apprendre à se mettre à la place de son patient, mais sans s'y identifier totalement, sans s'y projeter émotionnellement, afin qu'il ne se laisse pas envahir par les émotions d'autrui. Dans ce dessein, le soignant doit savoir maintenir une distance émotionnelle appropriée, afin de ne pas ouvrir l'espace de la confusion entre lui et son patient, tout en restant authentiquement bienveillant et disponible. L'empathie professionnelle se distingue ainsi de l'empathie spontanée en ce qu'elle est maîtrisée, régulée et encadrée par des exigences éthiques et professionnelles.

Au sein du système de soin, il serait nécessaire de prendre en compte les conflits majeurs de valeurs et de sens chez les soignants. Ces derniers ont choisi de travailler auprès des personnes âgées, mûs par des objectifs humains, or, sous l'effet des politiques économiques actuelles, la pression est davantage mise sur des objectifs comptables. Ce grand écart de valeur génère un manque cruel de sens au travail, et contribue à l'abandon de leur poste par grand nombre de soignants. Ceci explique l'important *turn-over* des soignants en gériatrie.

Enfin, la problématique des aidants met en exergue un problème récurrent. Ces aidants, renfort invisible d'un système de santé en pleine récession, ne sont que 15 % à accepter les services d'aides proposés, alors qu'ils sont pourtant épuisés. Une étude que nous avons menée antérieurement montre que nous, les soignants professionnels, nous inscrivons le soin dans « le soin idéal ». Notre prise en charge est fondée sur des protocoles validés, selon une approche rationnelle et objectivable, une gestion du risque minimisant les complications, tout en étant intégré dans une logique institutionnelle du soin. En bref, en tant que « sachant », qu'expert, nous pensons savoir ce qui est bon pour le patient. Alors que, pour les proches aidants, le soin s'inscrit dans une tout autre perspective. Les aidants familiaux privilégient « l'idéal de soin », sous un prisme plus intuitif, subjectif et relationnel, où la qualité de la relation prime sur les aspects médicaux. Le lien affectif est central, l'objectif n'est pas seulement de soigner, mais d'être également dans la proximité affective pour réconforter et accompagner. L'idéal

du soin pour les aidants familiaux est donc un soin empreint d'affection et de proximité qui repose sur une approche relationnelle intime, adaptée aux préférences du proche. Comment combler ces hiatus – rigueur *vs* intuition, rationalité *vs* flexibilité, professionnalisme *vs* affectivité, soigner *vs* réconforter ? Comment concilier ces deux visions mises en tension afin de proposer aux proches aidants des services d'aides acceptables pour, par exemple, leur éviter un *burn-out ?* Cela suppose de savoir dépasser, de part et d'autre, cette vision dualiste pour co-construire ensemble un modèle hybride et intégré du soin. Il s'agit de reconnaître la complémentarité des rôles, de renforcer la coopération autour du prendre soin, d'établir une véritable alliance thérapeutique pour le bien-être de la personne soignée. Il est donc nécessaire de changer de dialectique ; dans ce dessein, on pourrait envisager de soigner selon une approche experte et raisonnée tout en intégrant davantage le vécu du patient, les aidants dans le parcours de soin et en donnant aux soignants les moyens logistiques et humains pour cela. Au fond, passer d'un soin normalisé humaniste à un soin sur mesure, c'est à cette condition que le soin peut pleinement répondre aux attentes et aux besoins des personnes âgées, tout en préservant leur autonomie, leur bien-être et leur dignité.

En conclusion, la psychogériatrie doit être un pivot pour penser le vieillissement autrement. La vieillesse, avec sa complexité et sa singularité, interroge profondément nos sociétés contemporaines. Alors que la longévité est célébrée comme une avancée, elle implique des défis humains, médicaux et sociaux que nous ne pouvons plus ignorer. Mais cette responsabilité ne peut être celle des seuls soignants. Elle engage la société dans son ensemble, qui doit cesser de fuir cette réalité et accepter d'y répondre avec empathie et engagement. Il s'agit non seulement de redéfinir les contours de la vieillesse, mais aussi de l'inscrire dans une réflexion collective, où elle ne serait plus perçue comme un fardeau, mais comme une étape de vie à accompagner avec respect et humanité. L'objectif ultime est de promouvoir une culture du soin plus inclusive et bienveillante, où l'individualité du patient est respectée, où les aidants sont considérés comme des partenaires essentiels et où les soignants peuvent exercer leur métier dans des conditions favorisant un accompagnement de qualité.

BIBLIOGRAPHIE

ARENDT Hannah, *Condition de l'homme moderne*. Paris, Gallimard, collection Folio Essais, 1994 (réédition).

ARENDT Hannah, *Les Origines du totalitarisme.* Paris, Gallimard, Collection Folio Essais, 2002 (réédition).

KANT Emmanuel, *Critique de la raison pratique.* Traduction de François PICAVET, révisée par Olivier TINLAND. Paris, Flammarion, collection GF, 2017.

KANT Emmanuel, *Fondements de la métaphysique des mœurs.* Traduction et introduction par Alain RENAUT. Paris, GF-Flammarion, 1993.

LEVINAS Emmanuel, *Éthique et infini. Dialogues avec Philippe Nemo*. Paris, Fayard, 1982.

RICŒUR Paul, *Soi-même comme un autre*. Paris, Éditions du Seuil, 1990.

SCHOPENHAUER Arthur, *Le Monde comme volonté et comme représentation.* Traduction et notes par Albert BUGUET. Paris, Gallimard, collection Tel, 2009.