

# Université de Nantes

Unité de Formation et de Recherche – « Médecine et Techniques Médicales »

Année universitaire 2011/2012

## Mémoire pour l'obtention du Diplôme de Capacité d'Orthophonie

présenté par *Marie JOLLY*, née le 14 décembre 1986

Fonctions cognitives et prise en charge de  
groupe auprès de personnes âgées

*Président du Jury* : Monsieur Burgos Vincent, Psychiatre

*Directrice du Mémoire* : Madame Gaufroy-Jamain Aude, Orthophoniste

*Membre du Jury* : Madame Mazé Pascale, Orthophoniste

« Par délibération du Conseil en date du 7 mars 1962, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation ».

## SOMMAIRE

<b>Remerciements</b> .....	Erreur ! Signet non défini.
<b>Sommaire</b> .....	<b>3</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>7</b>
<b>1 PARTIE THEORIQUE</b> .....	<b>9</b>
<b>1.1 Les fonctions cognitives dans le vieillissement</b> .....	<b>9</b>
1.1.1 Fonctions exécutives.....	9
1.1.2 Attention .....	12
1.1.3 Mémoire.....	16
1.1.3.1 Les Mémoires .....	16
1.1.3.1.1 Mémoire à court terme .....	17
1.1.3.1.2 Mémoire à long terme.....	20
1.1.3.1.2.1 Mémoire explicite .....	20
1.1.3.1.2.2 Mémoire implicite.....	24
1.1.3.2 Effets du vieillissement .....	26
1.1.3.2.1 Encodage .....	27
1.1.3.2.2 Récupération.....	28
1.1.3.2.3 Interprétation neuropsychologique .....	29
1.1.4 Langage .....	31
1.1.4.1 Production.....	32
1.1.4.1.1 Production lexicale .....	32
1.1.4.1.1.1 Le mot sur le bout de la langue.....	32
1.1.4.1.1.2 Fluence verbale .....	34

1.1.4.1.2	Production supralexicale.....	35
1.1.4.2	Traitement.....	38
1.1.4.2.1	Traitement lexical.....	38
1.1.4.2.1.1	La fréquence lexicale.....	38
1.1.4.2.1.2	La similarité lexicale.....	39
1.1.4.2.2	Traitement supralexicale.....	39
<b>1.2</b>	<b>Les démences .....</b>	<b>41</b>
1.2.1	Diagnostic.....	41
1.2.2	Classification.....	44
1.2.2.1	Démences dégénératives.....	45
1.2.2.1.1	Démences corticales.....	45
1.2.2.1.1.1	Démence d'Alzheimer.....	45
1.2.2.1.1.2	Dégénérescence lobaire fronto-temporale.....	47
1.2.2.1.2	Démences sous corticales.....	50
1.2.2.1.2.1	Démence de Parkinson.....	50
1.2.2.1.2.2	Chorée de Huntington.....	51
1.2.2.1.2.3	Paralysie supra-nucléaire progressive.....	51
1.2.2.1.2.4	Atrophies multi-systématisées.....	52
1.2.2.1.3	Démences cortico-sous-corticales.....	52
1.2.2.1.3.1	Démence à corps de Lewy.....	52
1.2.2.1.3.2	Dégénérescence cortico-basale.....	53
1.2.2.2	Démences vasculaires et mixtes.....	54
<b>1.3</b>	<b>Vieillesse et relations .....</b>	<b>57</b>
1.3.1	Théories de l'avancée en âge.....	57
1.3.1.1	Théorie de l'activité.....	58

1.3.1.2	Théorie du désengagement .....	58
1.3.1.3	Deux autres approches du vieillissement : les mondes sociaux et la déprise	61
1.3.2	La place des autres dans le vieillissement .....	63
1.3.2.1	Co-producteurs .....	63
1.3.2.2	Supports ambivalents.....	65
1.3.3	Sociabilité et institution .....	66
1.3.3.1	Les institutions.....	66
1.3.3.2	Les interactions .....	67
1.3.4	Prise en charge de groupe .....	68
1.3.4.1	L'accompagnement .....	68
1.3.4.2	Relation accompagnant/accompagné .....	70
1.3.4.3	Le groupe selon Naomi Feil .....	71
<b>2</b>	<b>Partie expérimentale.....</b>	<b>74</b>
<b>2.1</b>	<b>Naissance du projet .....</b>	<b>74</b>
2.1.1	Prise en charge en EHPAD.....	74
2.1.2	Choix des patients.....	75
<b>2.2</b>	<b>Profils des patients .....</b>	<b>77</b>
2.2.1	Madame H. ....	77
2.2.2	Monsieur F.....	78
2.2.3	Madame C.....	78
2.2.4	Madame D. ....	79
<b>2.3</b>	<b>Déroulement des séances .....</b>	<b>81</b>
2.3.1	Préparation.....	81
2.3.2	Séances .....	85
<b>2.4</b>	<b>Conclusions .....</b>	<b>87</b>

2.4.1	Présentation du test choisi .....	88
2.4.2	Résultats.....	89
2.4.2.1	Madame H. ....	89
2.4.2.2	Monsieur F.....	90
2.4.2.3	Madame C.....	92
2.4.2.4	Madame D. ....	93
<b>2.5</b>	<b>Discussion.....</b>	<b>95</b>
	<b>Conclusion .....</b>	<b>98</b>
	<b>Bibliographie .....</b>	<b>99</b>

## INTRODUCTION

L'avancée en âge est à l'origine de nombreux changements physiques, psychiques et cognitifs. Les capacités diminuent et cela peut être plus ou moins handicapant. Lorsque les sens sont altérés, la relation à l'autre l'est aussi. L'isolement, la perte d'autonomie et la baisse des fonctions cognitives, tant de modifications effraient et angoissent. Certaines personnes âgées ont les ressources émotionnelles pour le vivre sereinement, d'autres sont plus démunies face à ces changements. La place de l'orthophoniste auprès des personnes âgées est primordiale.

En effet, lorsque le langage est touché, que l'expression ou la compréhension sont altérées, ou qu'une autre des fonctions supérieures est diminuée, l'orthophoniste a un vrai rôle auprès de la personne âgée.

Mais alors, comment accompagner, aider ces personnes âgées qui sont orientées vers une prise en charge orthophonique ? Que faire et quels domaines privilégier lorsque l'ensemble des fonctions cognitives sont touchées ? Se pose aussi la question de la démence. En effet, la limite entre le vieillissement normal et la démence est étroite, ainsi il peut être difficile chez le sujet âgé de parler d'une entrée dans une démence. Un début de démence représente non seulement des pertes mnésiques, langagières, attentionnelles, mais aussi la conscience relative de celles-ci et la souffrance qu'elles engendrent.

En tant qu'orthophoniste, notre rôle est de stimuler les fonctions en déclin et de les maintenir autant que possible, mais aussi d'accompagner la personne et de la valoriser. Cela passe principalement par la relation instaurée entre l'orthophoniste et le patient mais aussi par les relations que nous pouvons favoriser entre les patients.

Dans un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), nous avons fait l'expérience de ces deux versants. D'un côté, un travail orthophonique avec des personnes présentant un déclin cognitif, voire une suspicion ou entrée dans une démence ; de

l'autre côté, un soin autour de la relation et du maintien de liens car nous avons fait le choix d'une prise en charge de groupe avec un texte pour support.

Nous avons alors posé l'hypothèse suivante : le travail de ce groupe intitulé « Autour d'un texte », axé sur la mémoire, le raisonnement, la flexibilité et l'attention améliorerait la compréhension et la maîtrise du langage.

Dans une première partie, nous nous intéresserons aux bases théoriques de notre projet de groupe. En effet, nous présenterons les fonctions cognitives et l'impact du vieillissement sur ces fonctions, puis nous nous intéresserons aux démences et enfin nous regarderons le retentissement de l'avancée en âge sur les relations humaines. Dans une seconde partie nous présenterons le groupe que nous avons mis en place, son origine, son fonctionnement, et les résultats obtenus après huit mois de travail.

# 1 PARTIE THEORIQUE

## 1.1 Les fonctions cognitives dans le vieillissement

La capacité à ressentir des émotions, à prendre conscience de notre environnement physique et social et à adapter nos comportements en fonction, d'exprimer cela par le langage ou de garder ces informations ou émotions en mémoire, cela relève de capacités du cerveau humain tout à fait fascinantes. Les chercheurs ont bien sûr cherché à comprendre ces différents processus et à les localiser sur un plan anatomique et neurologique. Mais ils ont aussi essayé de comprendre comment ces processus évoluaient au cours de la vie.

Nous allons nous intéresser ici aux fonctions cognitives en regardant tout d'abord les fonctions exécutives, puis l'attention, la mémoire et enfin le langage. Nous verrons aussi ce que les études ont montré sur la modification de ces fonctions avec l'avancée en âge.

### 1.1.1 Fonctions exécutives

Suite aux travaux fondamentaux de Luria, différents auteurs ont proposé des modèles pour tenter de décrire ce qui peut être rassemblé sous le terme de « fonctions exécutives »<sup>2,5,8,9</sup>.

L'un des principaux modèles est celui de Shallice et de ses collaborateurs. Ils ont établi un modèle de traitement hiérarchique des activités mentales en trois niveaux.

Le premier est un « répertoire de schémas d'action déclenchés de façon automatique ». Il intervient dans des situations plutôt routinières qui ne nécessitent qu'un contrôle attentionnel minimal. Le deuxième niveau est « le système résolveur de conflits », qui intervient dans des situations un peu moins courantes, de manière semi-automatique. Il permet de choisir le meilleur schéma d'action devant plusieurs possibilités. Enfin, le troisième niveau est le « système attentionnel superviseur ». Il est sollicité face à une activité nouvelle ou complexe et nécessite l'élaboration de stratégies. Il n'agit pas de manière automatique mais contrôlée par le sujet. Ce système serait sous-tendu par le cortex préfrontal.

On appelle alors « fonctions exécutives », les processus qui permettent ces différents niveaux de traitement de l'activité. Il s'agit principalement de la planification, l'inhibition, et la flexibilité mentale. D'autres processus interviennent, comme la déduction ou le maintien de règles et le contrôle de l'action exécutée.

Il est important de rappeler que ces fonctions ne sont pas réduites à une zone anatomique ou fonctionnelle stricte mais qu'elles interagissent et ont besoin les unes des autres. De plus, elles dépendent des émotions et de l'état de fatigue du sujet. Elles sollicitent les cortex associatifs sensoriels, le cortex moteur, le système limbique, le striatum et le thalamus. Tout cela est géré par le cortex préfrontal.

La planification est ce qui nous permet d'envisager l'action avant de l'accomplir et de sélectionner le meilleur moyen pour y parvenir. On évalue la planification avec la tour de Londres. Cette épreuve est composée d'une planche avec trois tiges verticales de hauteurs différentes, l'une correspondant à la hauteur de trois boules, l'autre de deux et la dernière ne pouvant en accueillir qu'une seule. Trois boules colorées sont réparties dans un ordre déterminé sur deux de ces tiges. Le sujet doit déplacer les boules pour obtenir une nouvelle configuration. Il doit effectuer le moins de mouvements possible.

L'inhibition désigne la capacité à ne pas orienter notre attention vers une source d'information qui l'attire automatiquement. Elle sert aussi à interrompre une activité en cours. Dans les tâches de mémoire, elle sert à éliminer les informations non pertinentes retenues par la mémoire de travail.

Pour tester l'inhibition, on utilise des tâches de lecture avec des distracteurs, par exemple des mots non pertinents en italique. La lecture des personnes âgées est affectée par ces distracteurs. Les tests appelés « go-no-go » permettent aussi d'explorer les capacités d'inhibition du sujet. En effet, durant ces tests, on demande au patient de serrer la main de l'examineur, par exemple, s'il dit « rouge », et de ne pas lui serrer s'il dit « vert ». Le sujet doit donc inhiber un comportement, ici le fait de serrer la main suivant le contexte.

On teste aussi l'inhibition avec l'épreuve du Stroop. Cette épreuve se déroule en trois étapes. Durant la première partie, le patient voit des points de couleur et il doit nommer le nom de la couleur. Pour la deuxième partie, on présente au patient des mots écrits en noir à lire.

Enfin, la dernière étape consiste à montrer au patient des noms de couleurs écrits dans des couleurs différentes. Le patient doit alors nommer la couleur de l'encre. Cette dernière étape fait appel à l'inhibition puisque le nom de la couleur crée une interférence à l'inhiber pour ne dire que la couleur de l'encre.

On constate dans l'ensemble de ces tests un ralentissement général du traitement de l'information mais les études s'accordent à dire que l'âge affecte bien l'inhibition.

La flexibilité mentale désigne la capacité d'adaptation de ses choix en fonction du moment, du contexte et de l'interlocuteur. Elle est liée à l'inhibition, qui permet de refuser des réponses non-adaptées à la situation. Le défaut d'inhibition entraîne une persévération, c'est-à-dire une même réponse, non adaptée, que le sujet continue à fournir quelle que soit la question. Une des épreuves visant à évaluer la flexibilité est le Wisconsin. Il existe plusieurs variantes mais le principe est de placer devant le sujet quatre cartes qui diffèrent selon plusieurs critères. Ces critères sont le nombre d'éléments (de 1 à 4), la couleur (rouge, vert, bleu, jaune) et le motif (croix, triangle, étoile et cercle). On demande au sujet de classer les cartes en fonction d'un critère de son choix. Il continue à trier les cartes suivant ce critère jusqu'à ce que l'examineur lui demande d'en changer. Il trie en fonction du dernier critère et à nouveau, après de six cartes, l'examineur demande de changer de critères et ainsi de suite pour obtenir six changements de critère. On calcule ensuite le nombre de catégories choisies, le nombre d'erreurs et particulièrement le nombre d'erreurs persévératives.

Le « trail making test » évalue aussi la flexibilité mentale. Il est demandé au sujet de relier des points en alternant les lettres et les chiffres. Cela implique de suivre un même but final en changeant régulièrement de point de vue au cours de la tâche.

### **1.1.2 Attention**

L'attention est la capacité à orienter nos ressources mentales vers une source d'information. Elle intervient dans les processus simples ou plus complexes ou de plus haut niveau comme la mémorisation d'une consigne par exemple. L'attention comprend deux

dimensions : l'orientation et la concentration vers la tâche demandée et l'inhibition d'activités concurrentes. Broadbent, en 1970, revenant sur ses recherches de 1958 et suite aux travaux de Deutsch et Deutsch (1963), a expliqué que dans une situation où il fallait sélectionner une information, l'homme traitait non seulement l'information pertinente mais qu'il était aussi capable de transmettre des informations non pertinentes, de façon atténuée. Cela demande des capacités d'inhibition pour choisir, selon la priorité de l'information, le traitement qui lui correspond. William James écrivait déjà en 1890 : « l'attention, c'est la prise en compte par l'esprit, sous une forme claire et précise, d'un seul objet ou d'une seule suite d'idées parmi plusieurs possibles. [...] Cette faculté nécessite que l'on renonce à certaines choses pour s'occuper efficacement des autres. »

Il existe plusieurs types d'attention : l'attention sélective, l'attention spatiale, l'attention soutenue et l'attention partagée (ou divisée). Dans toutes ces tâches, les capacités d'inhibition et la mémoire de travail sont aussi fortement sollicités.

Attention sélective : C'est la capacité à traiter de façon efficace et rapide une information. Elle est gérée par le cortex préfrontal et le cortex frontal. Dans les études, on trouve une différence en fonction de l'âge dans les capacités d'attention sélective. En effet, les personnes âgées connaissent une plus grande difficulté à mobiliser les régions corticales concernées dans la tâche attentionnelle et une plus grande sensibilité à l'interférence.

Attention spatiale : Elle entre en jeu pour orienter notre attention dans l'environnement afin de mieux réagir à un événement qui n'est pas encore survenu. On trouve différents résultats dans les études. Parmi celles-ci, les plus récentes montrent que personnes plus âgées doivent maintenir un champ attentionnel plus restreint pour augmenter la perception des stimuli.

En réalité, les conclusions de l'ensemble de ces études sont que l'âge n'a que peu d'effet sur l'attention spatiale. Néanmoins il faut bien prendre en compte que la vitesse de réponse est moins rapide chez les personnes âgées. Cela est alors sûrement davantage le fait d'un ralentissement général et d'une baisse des capacités de mémoire de travail que d'une affection de l'attention spatiale.

Attention soutenue : C'est la capacité à maintenir une attention forte, permettant de détecter un événement imminent. La principale tâche du test est de détecter des cibles rares comme par exemple un mouvement anormal des aiguilles sur un cadran. Pour cela, il faut maintenir un niveau d'éveil important, or on sait qu'il existe chez les personnes âgées une diminution de l'attention soutenue.

Attention partagée ou attention divisée : C'est la capacité à tenir compte de plusieurs sources d'informations en même temps. La question des chercheurs porte sur la capacité à alterner les tâches ou les sources d'information. Les principales épreuves pour tester ces domaines sont les tâches d'alternance, comme la forme B du trail making test.

Les résultats de ces épreuves montrent que les aînés ont besoin de toujours plus de temps de réponse et d'adaptation à de nouvelles tâches. Mais on remarque que si l'épreuve ne sollicite pas trop la mémoire, et si les aînés peuvent avoir plus de temps, il y a moins d'écarts de réponses entre les jeunes et les moins jeunes.

Un autre moyen de tester l'attention partagée est l'épreuve de doubles tâches, c'est-à-dire la capacité à exécuter deux tâches en même temps. Il y a alors dans les résultats des différences liées à l'âge mais encore une fois, il faut prêter attention aux items demandés. En effet, si les items demandent plus de travail de mémoire ou des réponses motrices complexes, la tâche s'avère plus difficile, mais pas seulement à cause de l'attention.

Cependant dans les études comportant des tâches très simples et peu d'effort cognitif, le partage attentionnel semble quand même touché chez les personnes âgées.

Attention et inhibition, sollicitent fortement les cortex préfrontal et frontal. Certaines études montrent qu'ils sont plus activés à l'imagerie chez les aînés que chez les jeunes, révélant ainsi une plus grande difficulté à exécuter la tâche. Mais d'autres études montrent moins d'activation

chez les aînés soulignant donc une difficulté à solliciter les zones cérébrales nécessaires pour la tâche.

Dans les deux cas, on remarque une baisse du volume de matière grise, ainsi qu'une diminution de la matière blanche sur boucle frontostriale, expliquant les difficultés que peuvent connaître les aînés dans les tâches attentionnelles.

#### Se pose alors la question de l'optimisation des processus attentionnels chez la personne âgée.

Plusieurs recherches ont été effectuées afin de voir si les processus attentionnels chez les aînés pouvaient être améliorés par la pratique intensive ou par l'entraînement cognitif.

Ces recherches ont montré que la pratique intensive permet d'améliorer les compétences attentionnelles chez les jeunes comme chez les aînés sur l'attention sélective, l'attention soutenue ou l'inhibition. Mais l'entraînement cognitif va plus loin, car il demande aux participants d'ajuster leurs stratégies en fonction de leurs performances. Ces dernières études révèlent une importante plasticité des processus attentionnels chez les aînés. L'attention pourrait donc être améliorée de façon significative dans les tâches d'attention sélective, de préparation attentionnelle et d'attention divisée.

#### Modérateurs du vieillissement attentionnel.

On sait que les années d'études ou la stimulation cognitive dans des activités de détente sont des facteurs de bon pronostic dans la préservation des capacités cognitives générales des personnes âgées. Mais il n'y a pas encore beaucoup d'études sur les effets protecteurs de telle ou telle activité durant la vie. Cependant, certaines recherches récentes ont montré que le niveau de santé physique de la personne âgée avait un impact sur ses capacités attentionnelles. En particulier, les affections cardiorespiratoires entraîneraient une baisse du contrôle attentionnel. Des études sur la remise en forme de personnes sédentaires souffrant de maladie cardiorespiratoire montrent que leur amélioration physique entraîne une amélioration cognitive et en particulier attentionnelle.

Dans toutes ces études et ces recherches, il ne faut pas oublier la réalité d'une baisse de vigilance avec l'âge qui entraîne parfois une baisse des processus préparatoires à la réponse.

Cela engendrant des difficultés dans les tâches d'attention divisée pour se désengager de la tâche en cours et exécuter une nouvelle tâche.

### 1.1.3 Mémoire

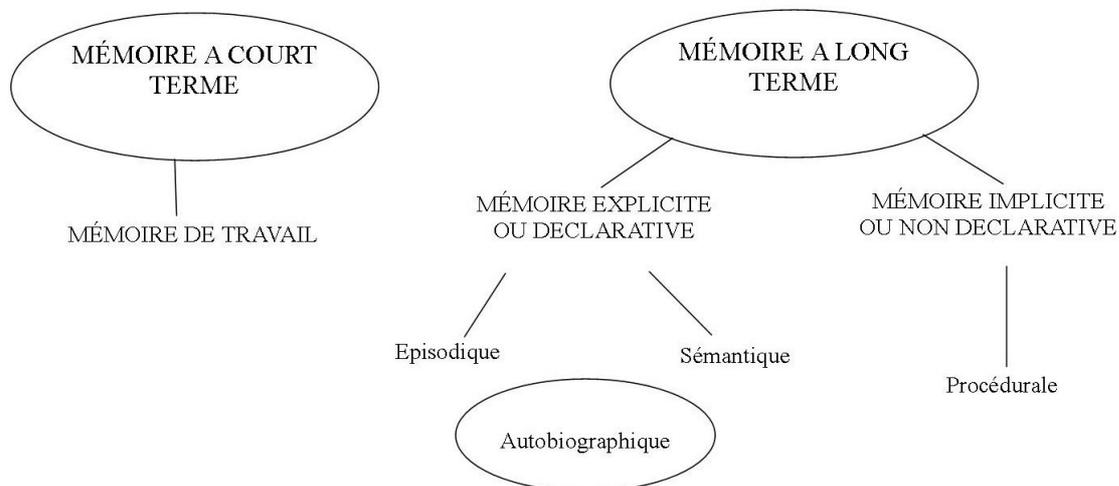
Les troubles mnésiques représentent la principale plainte des personnes âgées.<sup>5,6,8</sup>

Les trois phases mises en jeu dans la mémoire sont l'encodage, le stockage et la récupération.

L'encodage est l'action de mettre en code et en mémoire. Le stockage correspond au fait de consolider les informations afin de les garder en mémoire à long terme. La récupération correspond au processus qui permet d'extraire une information gardée en mémoire à long terme. Cette dernière étape nécessite une recherche active des informations. Les fonctions exécutives sont alors sollicitées, faisant appel au cortex pré-frontal. Nous voyons alors que les fonctions cognitives dépendent les unes des autres ou du moins sont liées les unes aux autres.

Afin de mieux cibler les différentes composantes de la mémoire touchées par l'âge, il est nécessaire de distinguer les différentes mémoires.

#### 1.1.3.1 Les Mémoires



Tulving  
et Schacter (1990) et Squire (1987)

Ce que Squire appelait Mémoire déclarative et Mémoire non déclarative a été repris par Tulving et Schacter sous les termes de « Mémoire explicite » et « Mémoire implicite ».

### 1.1.3.1.1 Mémoire à court terme

La mémoire à court terme ne garde les informations en mémoire que quelques secondes avant qu'elles soient effacées ou enregistrées en mémoire à long terme.

Elle comprend aussi la mémoire de travail qui maintient l'information simplement quelques secondes voire quelques minutes pour permettre la manipulation des données nécessaires à la réalisation de la tâche en cours. Puis les données sont effacées.

Le modèle de référence pour définir la mémoire de travail est celui de Baddeley, que nous allons présenter ci-dessous. (1986)<sup>10</sup>

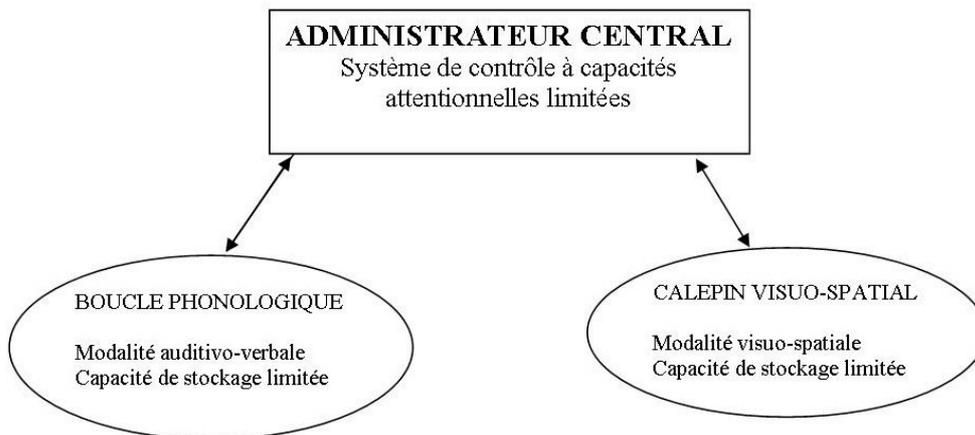


Schéma du modèle de mémoire de travail de Baddeley et Hitch

Les fonctions de la mémoire de travail sont de deux ordres :

- Maintien temporaire d'informations sous un format facilement accessible pendant la réalisation de tâches cognitives diverses
- Maintien d'informations à des fins d'utilisation immédiate.

La boucle phonologique est destinée au stockage temporaire de l'information verbale. Elle se compose d'un stock phonologique et d'un processus de récapitulation articulatoire. Le stock phonologique reçoit directement et obligatoirement l'information verbale présentée

auditivement, qu'il stocke sous la forme de codes phonologiques. L'information est alors maintenue pendant seulement 1 à 2 secondes. Le mécanisme de récapitulation articulatoire permet de réactualiser l'information en la réintroduisant dans le stock. Il permet aussi de transférer l'information vers le stock phonologique de la mémoire à long terme.

Pour passer de la mémoire à court terme à la mémoire à long terme, l'information auditivo-verbale doit obligatoirement passer par la boucle phonologique. Cela demande donc l'intégrité de la mémoire de travail auditivo-verbale.

Le calepin visuo-spatial est responsable du stockage à court terme de l'information visuo-spatiale.

Il est impliqué dans la génération et la manipulation des images mentales. Selon la théorie de Baddeley de 1983, son fonctionnement reposerait aussi sur un système de stockage visuel et passif et sur une procédure de récapitulation.

L'administrateur central est dit « amodal » car il gère les informations issues tant de la boucle phonologique que du calepin visuo-spatial, les deux systèmes esclaves. Il est de capacité limitée mais est aidé par les systèmes esclaves pour le maintien temporaire des informations. Baddeley propose de distinguer au sein de l'administrateur central deux sous-composantes :

- les ressources de traitement

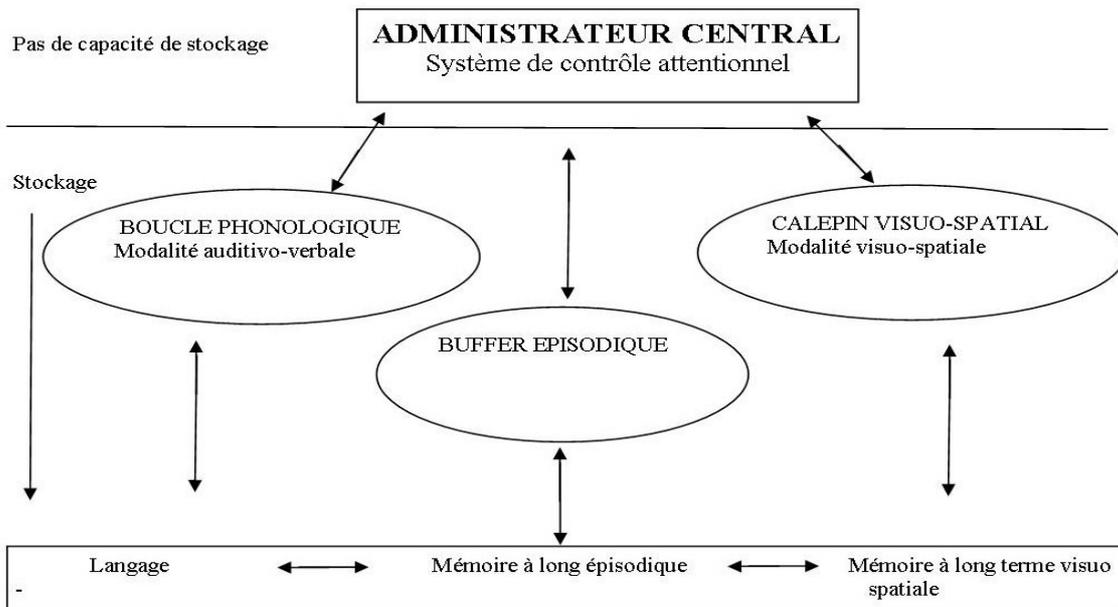
- le contrôle et la planification. Cette composante fait appel à l'attention et aux fonctions exécutives.

L'administrateur central est conçu comme un système attentionnel qui permettrait à la fois de coordonner les opérations des deux systèmes esclaves, de passer ces informations de la mémoire

à court terme vers la mémoire à long terme, et de faire le choix des actions les plus efficaces pour réaliser la tâche.

Baddeley a dû revoir son modèle car il s'était trouvé confronté à des patients avec un empan de 1, qui pouvaient garder quatre chiffres en mémoire en présentation visuelle. Il s'est alors demandé où étaient stockés ces chiffres car il paraissait peu probable qu'ils soient dans le calepin visuo-spatial. En effet, ce système est compétent surtout pour stocker un pattern complexe mais unique et non pour un rappel sériel. Il a alors développé le concept du « buffer » épisodique.

Ce « buffer », appelé aussi « mémoire-tampon » est une interface entre un ensemble de systèmes qui maîtrisent chacun un type de code. Le buffer a une capacité limitée car le fait de fournir un accès simultané aux différents codes est exigeant en ressources. Cette interface permet de stocker temporairement des informations multimodales et de les intégrer au sein d'une représentation épisodique unitaire. Il est sous le contrôle de l'administrateur central qui peut rendre le buffer accessible à la conscience. L'administrateur central permet aussi d'avoir une réflexion sur le contenu du buffer épisodique, et quand c'est nécessaire, de manipuler ce contenu. Le buffer permet aussi de créer de nouvelles représentations cognitives qui, en retour, permettent de faciliter la résolution de problèmes.



M

odèle à composantes multiples, Baddeley, 2000, 2003

La mémoire de travail est testée principalement par l'empan envers. Cette épreuve se révèle déficitaire chez les personnes âgées. En effet, le vieillissement est marqué par un déclin de l'administrateur central, a fortiori lorsque la charge cognitive est importante. Nous pouvons aussi mettre ces difficultés en lien avec le déclin de l'inhibition. En effet, la charge en mémoire de travail d'informations non pertinentes pour la tâche en cours est importante lorsque le processus inhibiteur ne refuse pas ces informations.

### 1.1.3.1.2 Mémoire à long terme

#### 1.1.3.1.2.1 Mémoire explicite

##### Mémoire épisodique

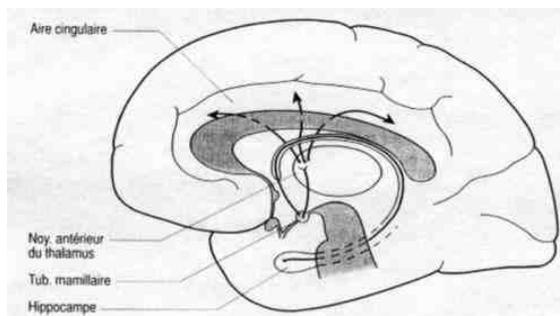
La mémoire épisodique repose sur plusieurs zones cérébrales :

-les régions temporales internes

- le circuit hippocampo-mamillo-thalamo-cingulaire
- le lobe préfrontal
- le cortex associatif

Les régions temporales internes impliquées dans la mémoire épisodique sont l'hippocampe et le noyau amygdalien. L'hippocampe n'est pas une région de stockage durable mais un moteur d'enregistrement. En effet, lors d'un traumatisme crânien, on observe souvent une amnésie rétrograde des informations qui n'étaient pas encore consolidées, ce qui montre que l'hippocampe sert à l'encodage. Le noyau amygdalien est impliqué quand il y a une dimension affective au souvenir, il lui donne sa coloration émotionnelle.

Le circuit hippocampo-mamillo-thalamo-cingulaire, appelé aussi circuit de Papez est un système prépondérant de la mémoire épisodique.



Le lobe préfrontal est nécessaire à un bon encodage et à un bon rappel. Il est responsable en partie de l'attention, et de l'inhibition, fonctions nécessaires à la mémoire. Le cortex associative, quant à lui, gère le stockage des souvenirs.

On parle de deux types de mémoire épisodique : le mémoire épisodique rétrospective et la mémoire épisodique prospective.

### -Mémoire épisodique rétrospective

Ce sont les souvenirs des faits passés enregistrés en mémoire dans un contexte spatio-temporel ou émotionnel précis. La récupération des informations dépend du rappel conscient du contexte d'encodage. Pour accéder à ces souvenirs, nous devons donc nous rappeler le contexte dans lequel nous avons appris l'information ou vécu l'événement. On parle alors de mémoire autoéotique, selon Tulving, car elle implique la connaissance par le sujet de sa propre histoire construite par les événements de sa vie. C'est une mémoire personnelle comportant une composante affective forte.

On teste la mémoire épisodique antérograde avec des épreuves de rappel libre rappel indicé et des épreuves de reconnaissance.

On note une diminution des performances avec l'âge, que le matériel soit familier ou non. De plus, le rappel libre chuté est caractéristique de l'avancée en âge. On relève aussi des fausses reconnaissances fréquentes lors de ces tests chez les personnes âgées.

Cela est dû à un déclin de la mémoire de source, c'est-à-dire du contexte dans lequel l'information a été apprise. Ce déclin entraîne celui de la mémoire épisodique. Les indices qui permettraient de retrouver l'information ont disparu.

### -Mémoire épisodique prospective

Cette composante de la mémoire épisodique entre en jeu lorsqu'il faut se souvenir d'une action à réaliser dans le futur. Par exemple, se souvenir de prendre un médicament ou de transmettre un message. C'est une difficulté importante pour les personnes âgées mais cette mémoire épisodique prospective est très difficile à évaluer en laboratoire. On se rend compte qu'en situation de vie courante, les personnes âgées mettent en place des stratégies pour pallier ces manques, comme par exemple des aide-mémoire externes.

### Mémoire sémantique

C'est une partie de la mémoire dont l'évocation est dépourvue de référence à l'histoire personnelle du sujet. C'est ce qui nous permet d'avoir des connaissances sur le monde et de n'avoir pas besoin de réactualiser le contexte d'encodage pour retrouver l'information. Tulving parle alors de mémoire noétique. Cette mémoire définit le savoir ou la culture d'un individu mais elle gère aussi la connaissance de la signification des mots.

La mémoire sémantique est relativement peu affectée par l'âge. La récupération peut être touchée, ce qui se traduit alors par une lenteur de réponse en dénomination par exemple. Des études sur le phénomène du « mot sur le bout de la langue » montrent les difficultés d'accès au stock phonologique nécessaire à la récupération d'un mot ou d'un concept. Mais comme nous l'avons vu plus haut, cette tâche fait aussi appel aux fonctions exécutives. Il ne faut donc pas isoler les résultats comme étant uniquement dus aux troubles de mémoire. Cependant l'organisation de la mémoire sémantique est préservée.

### Mémoire autobiographique

On appelle mémoire autobiographique l'ensemble des informations et des souvenirs propres à l'individu, qu'il a accumulés depuis son plus jeune âge, et qui lui permettent de construire un sentiment d'identité. C'est une mémoire à très long terme comprenant à la fois des faits sémantiques et des événements épisodiques. En effet, certains événements personnels sont sémantisés, comme notre date de naissance, on peut parler de mémoire sémantique personnelle. Ou encore, des souvenirs peuvent perdre petit à petit leur référence spatio-temporelle et entrer dans une catégorie sémantique, détachés de souvenirs psycho-affectifs. Mais d'autres événements personnels relèvent de l'épisodique pur, c'est ce que l'on appelle la « mémoire flash ».

Cette mémoire est celle qui résiste le plus au vieillissement. Il est intéressant de rappeler la loi de Ribot : « La destruction progressive de la mémoire suit une marche logique, une loi. Elle descend progressivement de l'instable au stable. Elle commence par les souvenirs récents, mal

fixés dans les éléments nerveux, rarement répétés et par conséquent faiblement associés aux autres, représentant l'organisation à son degré le plus faible. Elle finit par cette mémoire sensorielle, instinctive, qui, fixée dans l'organisme, devenue une partie de lui-même, ou plutôt lui-même, représente l'organisation à son degré le plus fort. » Cette loi souligne à la fois les souvenirs les plus anciens et l'importance de la répétition pour ancrer le souvenir.

#### **1.1.3.1.2.2 Mémoire implicite**

##### Mémoire procédurale

Il s'agit d'une mémoire dite « anoétique » qui permet d'acquérir des habiletés ou savoir-faire sans impliquer la conscience du sujet pour solliciter ses compétences. Par exemple on sollicite cette mémoire procédurale quand on conduit une voiture. On ne fait pas consciemment appel à notre mémoire à chaque fois que nous passons une vitesse : il s'agit de procédures ancrées implicitement.

##### Amorçage

L'amorçage par répétition représente une autre manifestation de la mémoire implicite. Il peut être verbal ou perceptif. L'amorçage verbal est testé par des épreuves de complèment de trigrammes (groupes de trois lettres). On montre au sujet une série de mots de trois lettres sur laquelle on ne lui demande aucune mémorisation mais seulement d'avoir un jugement affectif. Ensuite on lui présente les trigrammes qu'il doit compléter et l'on constate que les sujets sains comme les sujets amnésiques complètent principalement par les lettres formant les mots préalablement vus.

On peut alors se demander quels sont les effets du vieillissement sur l'apprentissage de nouvelles compétences. Les études, pour répondre à cette question, ont utilisé des moyens comme la tour de Hanoï ou le dessin en miroir, entre autres. Les résultats sont trop variables pour pouvoir en tirer des conclusions satisfaisantes mais il est intéressant de rappeler que pour l'apprentissage d'une nouvelle habileté cognitive, on doit solliciter la mémoire de travail dont

on sait qu'elle est affectée par l'âge. Donc les résultats ne prouvent pas ce qu'il en est réellement de la mémoire procédurale dans l'apprentissage d'une nouvelle habileté.

On peut aussi tester la mémoire implicite à l'aide de paradigme d'amorçage désignant des processus par lequel un stimulus facilite la réalisation de tâches dans lesquelles ce même stimulus est à nouveau présent. Il s'agit par exemple de tâches de décision lexicale, d'identification perceptive, de complèvement de mots. On observe dans les études une certaine préservation dans ce domaine malgré l'âge.

### Mémoire procédurale

Il s'agit d'une mémoire dite « anoétique » qui permet d'acquérir des habiletés ou savoir-faire sans impliquer la conscience du sujet pour solliciter ses compétences. Par exemple on sollicite cette mémoire procédurale quand on conduit une voiture. On ne fait pas consciemment appel à notre mémoire à chaque fois que nous passons une vitesse : il s'agit de procédures ancrées implicitement.

### Amorçage

L'amorçage par répétition représente une autre manifestation de la mémoire implicite. Il peut être verbal ou perceptif. L'amorçage verbal est testé par des épreuves de complèvement de trigrammes (groupes de trois lettres). On montre au sujet une série de mots de trois lettres sur laquelle on ne lui demande aucune mémorisation mais seulement d'avoir un jugement affectif. Ensuite on lui présente les trigrammes qu'il doit compléter et l'on constate que les sujets sains comme les sujets amnésiques complètent principalement par les lettres formant les mots préalablement vus.

On peut alors se demander quels sont les effets du vieillissement sur l'apprentissage de nouvelles compétences. Les études, pour répondre à cette question, ont utilisé des moyens comme la tour de Hanoï ou le dessin en miroir, entre autres. Les résultats sont trop variables

pour pouvoir en tirer des conclusions satisfaisantes mais il est intéressant de rappeler que pour l'apprentissage d'une nouvelle habileté cognitive, on doit solliciter la mémoire de travail dont on sait qu'elle est affectée par l'âge. Donc les résultats ne prouvent pas ce qu'il en est réellement de la mémoire procédurale dans l'apprentissage d'une nouvelle habileté.

On peut aussi tester la mémoire implicite à l'aide de paradigme d'amorçage désignant des processus par lequel un stimulus facilite la réalisation de tâches dans lesquelles ce même stimulus est à nouveau présent. Il s'agit par exemple de tâches de décision lexicale, d'identification perceptive, de complèment de mots. On observe dans les études une certaine préservation dans ce domaine malgré l'âge.

Isingrini et coll. ont mis en parallèle deux tâches semblables mais l'une demandant une procédure explicite et l'autre une procédure implicite.

Une première tâche (explicite) consiste en un rappel indicé d'un item appris. «instrument de musique» pour trouver « violon »

Dans une seconde tâche (implicite) il est demandé au sujet de dire le premier mot qui lui vient à l'esprit quand on dit instrument de musique. (Catégorie sémantique)

La seconde a été bien mieux réussie chez des personnes âgées que la première.

Mais Light et coll. ont montré aussi que l'âge a quand même des conséquences sur l'amorçage par répétition, même si les difficultés constatées sont bien moins importantes que dans les tâches explicites.

### **1.1.3.2 Effets du vieillissement**

Le déclin de la mémoire est aussi lié à la baisse des capacités cognitives, telles que, la vitesse de traitement, les ressources attentionnelles, les capacités d'inhibition<sup>5</sup>.

Nous savons que le cortex préfrontal joue un rôle majeur dans les fonctions exécutives, particulièrement dans la mémoire de travail et dans les comportements stratégiques. Or, la dégradation du cortex préfrontal est une des caractéristiques du vieillissement.

Les effets les plus importants du vieillissement se ressentent sur la mémoire épisodique. Deux approches ont été proposées pour expliquer l'effet de l'âge : l'approche analytique, qui dresse un profil assez précis des effets du vieillissement sur l'encodage et la récupération, et l'approche globale, c'est-à-dire l'idée que d'autres processus atteints par l'âge entraînent des déficits mnésiques.

#### **1.1.3.2.1 Encodage**

C'est la première étape de la mémorisation. Nous savons qu'elle est déterminante pour le stockage et la récupération. Une information peut être encodée selon différents niveaux : superficiel ou profond (plus durable).

On parle d' « encodage élaboré » quand il y a un lien entre l'information encodée et le contexte spatio-temporel ou émotionnel dans lequel se trouvait le sujet au moment de l'encodage.

Pour expliquer les effets de l'âge sur la mémoire épisodique, on a fait l'hypothèse que le sujet âgé connaîtrait des difficultés dans la réalisation de traitements élaborés au moment de la mémorisation.

Taconnat et Isingrini, dans une étude récente ont utilisé le paradigme de l'effet production, c'est-à-dire l'idée que des mots produits à l'aide d'indices au moment de la mémorisation sont mieux rappelés que des mots qui ont été seulement lus. Ces indices peuvent être des liens sémantiques : port-*bateau* (mot attendu) ; ou non sémantiques : râteau-bateau. Les auteurs de cette étude ont montré que l'utilisation de stratégies facilitant l'encodage est déficitaire chez les personnes âgées. Ce procédé est encore plus déficitaire quand les stratégies doivent être initiées par sujet lui-même.

Les stratégies d'encodage sont tous les moyens que nous mettons en œuvre pour faciliter la mémorisation. Des travaux ont montré des différences d'utilisation de stratégies entre les sujets jeunes et âgés. Il en découle alors des différences de capacités à utiliser ces stratégies au

moment de la récupération. Bunce a mis en évidence un rôle prépondérant des fonctions exécutives dans les tâches auto-initiées et dans les stratégies d'organisation.

#### **1.1.3.2.2 Récupération**

C'est la capacité à rechercher, trier et sélectionner les informations. Cette compétence est particulièrement affectée par la vieillesse. On peut montrer les difficultés touchant la récupération pour les personnes âgées, dans des tâches de rappel ou de reconnaissance. Le rappel libre est plus difficile que le rappel indicé car il n'y a pas d'aide extérieure.

Il y a deux formes d'accès à l'information stockée : la conscience auto-noétique (réponses dépendant de la récupération contrôlée) et la conscience noétique (accès direct à la trace par jugement de familiarité).

Pour mettre cela en évidence, des études portant sur le paradigme R/K ont été faites. On demande au sujet d'évaluer qualitativement les opérations mentales effectuées au moment de la récupération de l'item.

R (remember) quand la reconnaissance est accompagnée du souvenir de la représentation élaborée au moment de l'apprentissage.

K (know) quand l'item est reconnu sans souvenir du contexte d'apprentissage mais par simple jugement de familiarité.

Les résultats de ces études montrent que les réponses R diminuent avec l'âge alors que les réponses K restent stables.

Le vieillissement toucherait donc particulièrement les capacités de constructions de souvenirs en rapport avec le contexte d'apprentissage. Or, la récupération, et donc les performances en mémoire épisodique dépendent assez fortement de ces capacités.

Utilisant aussi le paradigme R/K, Bugajska et coll. ont confirmé que le nombre de réponse R diminuait avec l'âge et ils ont montré en plus une corrélation forte avec l'augmentation des erreurs au Winsconsin Card Sorting test. Cela met en lien une baisse des fonctions exécutives et de la récupération. En effet la récupération du «contexte encodage» ferait plus appel encore aux

fonctions exécutives que le rappel de l'information elle-même. Il est alors logique d'observer des difficultés, pour les personnes âgées, devant l'absence de moyens extérieurs de facilitation du rappel du contexte d'encodage, puisque l'auto-initiation est difficile.

### **1.1.3.2.3 Interprétation neuropsychologique**

De nombreuses études ont montré que les personnes âgées manifestaient un ralentissement général de traitement des processus cognitifs. Cela entraîne inévitablement des répercussions sur la mémoire.

De plus, on sait que les personnes âgées présentent une baisse des ressources attentionnelles. Des chercheurs ont alors fait une hypothèse liée à la théorie portant sur l'opposition entre processus contrôlés versus automatiques. On voit alors que l'âge touche de façon plus importante tout ce qui relève du processus contrôlé. Dans la mémoire, cela affecterait les tâches nécessitant à la fois une récupération de l'information et du contexte d'encodage. Des études ayant utilisé la dissociation des processus (Process Dissociation Procedure) ont aussi montré que les sujets âgés obtenaient un score chuté dans les épreuves correspondant à la recherche contrôlée.

Pour comprendre les conséquences du vieillissement sur les capacités mnésiques, nous allons nous intéresser à l'hypothèse exécutivo-frontale. Selon cette théorie, une caractéristique majeure du vieillissement cognitif normal est l'atteinte du cortex préfrontal, zone régissant majoritairement les fonctions exécutives. Comme nous l'avons vu précédemment, des fonctions spécifiques incluent l'adaptation à la nouveauté, la planification, la mise en œuvre de stratégies, le contrôle de l'exécution de la tâche, la capacité à tenir compte de l'information en retour pour se réajuster à tâche, et les capacités d'inhibition.

D'un point de vue neuro-anatomique, les fonctions exécutives sont surtout associées aux aires préfrontales dorsolatérales. De plus, il existe un lien étroit entre le cortex frontal et la mémoire. En effet, le cortex frontal intervient dans le contrôle et la supervision des opérations mnésiques. Donc une atteinte frontale ne touche pas le stockage mais les processus qui permettent l'encodage et la récupération. De plus, les recherches en neuro-imagerie ont mis en évidence le rôle du cortex préfrontal droit dans les tâches de récupération en mémoire épisodique et du cortex préfrontal gauche dans l'encodage.

Or les fonctions exécutives ont un rôle important dans les activités mnésiques. Moscovitch et Winocur ont proposé l'idée que le cortex préfrontal n'a pas de lien direct avec la mémoire mais qu'il travaillerait avec pour en faciliter le fonctionnement. Il aiderait à développer des stratégies d'encodage ou de récupération.

Des études ont montré une corrélation forte entre les fonctions exécutives et les stratégies mnésiques, or les fonctions exécutives sont touchées par la vieillesse.

### Hypothèse métamnésique

Le terme de métamémoire regroupe les connaissances explicites et implicites que le sujet développe sur ses propres capacités de mémoire. Par là elle est aussi un système de régulation de la mémoire. S'il y a une atteinte de la métamémoire, on trouvera aussi des déficits de la mémoire. Deux niveaux de régulation métamnésiques ont été mis à jour : le monitoring, c'est-à-dire les connaissances du sujet sur l'objet en cours de traitement. Ou le control, c'est-à-dire la connaissance du choix des processus à mettre en œuvre pour réaliser la tâche. Le lien entre les deux est appelé monitoring-affect-control. Cela signifie que le sujet a besoin de connaître l'état de la tâche en cours pour choisir le meilleur processus à utiliser. Des études ont montré que les personnes âgées utilisaient beaucoup moins le monitoring pour optimiser leur fonctionnement mnésique.

Quel est l'impact du vieillissement sur la métamémoire ? Quelle part d'affection de la métamémoire est à l'origine de difficultés mnésiques ?

Plusieurs hypothèses ont été proposées pour répondre à ces questions, notamment celle selon laquelle le vieillissement normal entraînerait une dégradation du cortex frontal, engendrant alors un déficit du contrôle exécutif. Concernant la mémoire, ce déficit entraînerait une baisse des capacités métamnésiques contrôlant les tâches de rappel et de reconnaissance.

### Conclusion

Il existe une réelle hétérogénéité des déficits mnésiques conséquents au vieillissement. Cependant les travaux s'accordent à montrer que la mémoire épisodique et la mémoire de travail sont les plus fortement altérées chez les personnes âgées. Le souvenir de l'information et de la situation dans laquelle celle-ci a été apprise sont plus difficiles pour les aînés.

L'organisation de la mémoire sémantique est quant à elle peu touchée. Concernant la mémoire non déclarative, les résultats des études montrent que les déficits chez les personnes âgées ne sont pas homogènes.

La mémoire autobiographique, qui contient les souvenirs portant sur des événements vécus, a une composante épisodique et une composante sémantique. On note alors que les aspects épisodiques déclinent alors que les aspects sémantiques restent stables.

Dans tous les cas, il semble important de noter que le déclin du cortex frontal entraîne une baisse d'efficacité des stratégies d'encodage ou de récupération, ce qui peut alors affecter toutes les composantes de la mémoire.

#### **1.1.4 Langage**

Il existe à ce jour encore peu d'études sur le langage dans le vieillissement mais les quelques travaux sur le sujet montrent que cette fonction semble peu sensible au vieillissement, à la différence de la mémoire et de l'attention. Des recherches ont aussi été faites avec le développement de la psycholinguistique<sup>5,17</sup>.

Le langage requiert et met en œuvre d'autres fonctions perceptives et contextuelles, ce qui offre des possibilités de compensation.

Nous allons tout d'abord nous intéresser aux différents versants du langage :

-production (orale ou écrite) : génération du langage

- réception : traitement de l'information langagière orale ou écrite et compréhension

Nous voyons à travers ce schéma, que le traitement ou la production d'une information verbale orale ou écrite passe par plusieurs niveaux d'analyses qui mettent en jeu différentes compétences que nous allons détailler.

### **1.1.4.1 Production**

La production langagière consiste en un message abstrait mental qui se transforme en programme moteur. Soit le programme est articulatoire, pour la production orale, soit graphomoteur pour l'écrit.

Nous distinguerons les aspects lexicaux que sont les mots, et les aspects supralexicaux, c'est-à-dire les phrases ou textes.

#### **1.1.4.1.1 Production lexicale**

La modalité la plus étudiée, celle que nous verrons ici, est la production orale. Elle se décompose en plusieurs étapes. Cela commence par la représentation lexicale, puis la représentation phonologique et enfin la programmation motrice permettant l'articulation de phonèmes et de syllabes.

Des études ont comparé les compétences de production lexicales des jeunes adultes et des personnes âgées. Ces études se sont intéressées à deux phénomènes principaux que sont le mot sur le bout de la langue et la fluence verbale.

##### **1.1.4.1.1.1 Le mot sur le bout de la langue**

On appelle phénomène du « mot sur le bout de la langue » l'incapacité de produire des mots que l'on connaît pourtant très bien. En effet, l'information est pourtant bien en mémoire mais indisponible temporairement. C'est le problème estimé le plus gênant par les personnes âgées.

Des études faites par Burke et coll. ont proposé deux types d'approches : une approche dite «écologique» d'auto-estimation de ce phénomène et une approche plus expérimentale.

#### Apparition naturelle des mots sur le bout de la langue

Ce premier type d'étude consistait à demander aux participants de noter ce qui se produisait au quotidien en rapport avec le « mot sur le bout de la langue » : quels mots, relatifs à quelles

informations, quels phonèmes et toute autre information intéressante se rapportant à ce phénomène. Cela se déroulait pendant quatre semaines et concernait trois groupes. Le groupe des jeunes (1) : 19,4 ans en moyenne, celui des adultes (2) : 38,7 ans en moyenne et celui des personnes âgées (3) : 71 ans en moyenne. Les résultats de cette approche ont montré que le nombre de mots recherchés était supérieur pour les groupes 2 et 3, ainsi qu'une difficulté importante concernant les noms propres pour le groupe des personnes âgées.

Mais la limite majeure de cette étude est qu'elle porte uniquement sur l'appréciation des participants eux-mêmes. Or, les personnes âgées sont davantage attentives à leurs difficultés cognitives que les jeunes.

### Etude en laboratoire

Cette approche s'est basée sur une tâche d'induction expérimentale de «mots sur le bout de la langue». Elle a rassemblé deux sous-groupes des participants de la première étude, les groupes 1 et 3. Les sujets ont été soumis à cent questions de culture générale comme par exemple : « quel était l'ancien nom de Taïwan ? ». Trois types de réponses étaient possibles : a) le participant connaît la réponse, b) le participant ne connaît pas, c) le participant est en état de «mot sur le bout de la langue».

Après chaque réponse de type c, le participant devait répondre à une question sur le mot recherché, concernant une caractéristique phonologique par exemple, puis la question initiale lui était reposée avec un choix multiple de réponses. Cela afin de vérifier que l'état de «mot sur le bout de la langue» portait bien sur la bonne réponse.

Les résultats de cette seconde étude ont montré une réelle augmentation du phénomène de “mots sur le bout de la langue” chez les participants du groupe 3. Cette difficulté portant premièrement sur les noms propres, puis sur les noms d'objets, et enfin sur les adjectifs et les verbes.

Burke et coll. ont proposé une hypothèse qui éclaire ces résultats. Il s'agirait d'un «déficit de transmission dans le cadre de la théorie d'activation interactive ». Cela signifie que l'information langagière serait stockée sous forme de représentations symboliques sémantiques et phonologiques dans un réseau de connexions. Lors de la production orale, une activation du niveau sémantique se ferait à partir de représentations lexicales. Puis cette représentation

arriverait au niveau phonologique par l'intermédiaire de représentations syllabiques et phonémiques. Alors, l'articulation serait possible. Or, avec l'âge, on relève un déficit de transmission de l'information sémantique à l'information phonologique.

Les noms propres auraient moins de connexions au niveau sémantique que les noms communs seraient plus touchés.

Pour expliquer ce phénomène de «mot sur le bout de la langue», on peut aussi s'appuyer sur la théorie du déficit d'inhibition, connue dans le vieillissement mais non spécifique au langage. Les représentations lexicales non pertinentes gêneraient la récupération du mot cible. Mais pour Burke et coll, cette théorie n'est pas acceptable car les personnes âgées ne produisent pas plus de mots non-pertinents.

#### **1.1.4.1.1.2 Fluence verbale**

Cela signifie produire en un temps limité, le plus de mots possible répondant à un critère précis. Les fluences les plus étudiées sont les fluences sémantique et phonologique.

La fluence sémantique consiste à générer des mots répondant à un critère de sens.

La fluence phonologique consiste à donner des mots commençant par une même lettre.

Suivant les études de Troyer et coll., la fluence sémantique serait plus touchée chez les personnes âgées, mais il n'y aurait pas de différence significative entre les jeunes et les plus âgées dans la fluence phonologique.

Dans les études de Troyer et coll, d'autres éléments que le seul nombre de mots produits sont pris en compte. En effet, ils s'intéressent aussi aux regroupements catégoriels et aux changements de catégories. Ils nomment ces deux phénomènes «clustering» et «switching».

Le « clustering » est le fait de regrouper par catégorie. Par exemple de citer d'abord les animaux de la ferme puis ceux de la savane, etc , ou encore de donner des mots qui diffèrent seulement par le phonème central, par exemple fil puis foule, puis folle, etc. Cela demande dans le premier

cas l'utilisation des catégories sémantiques stockées en mémoire. Dans le deuxième cas, ce sont les capacités d'analyse phonologique qui sont mises en jeu.

Selon les chercheurs, la taille des regroupements serait le reflet des processus d'activation automatique. La présence d'erreur serait le signe d'un déficit d'inhibition et les changements catégoriels signeraient un trouble de flexibilité mentale.

En ce qui concerne la fluence sémantique, les résultats de l'étude de Troyer ont montré que les jeunes adultes (22,3 ans en moyenne) produisaient plus de mots et changeaient plus souvent de catégories que les plus âgés (73,3 ans en moyenne).

Dans la fluence phonologique, on n'observe pas de différences dans le nombre de mots produits entre les deux groupes. Les auteurs en ont conclu que ces deux tâches faisaient appel à des processus différents.

Une autre étude, de Henry et Philipps a confirmé ces résultats et a même relevé une meilleure performance chez les personnes âgées en fluence phonologique, qui peut être expliquée par une plus grande étendue de vocabulaire. Ainsi, un vocabulaire plus étendu permettrait de compenser des difficultés de récupération. En effet, dans la tâche de fluence sémantique où les participants devaient alterner un nom de couleur et un nom de métier, le nombre de mots produits était inférieur chez les personnes âgées que chez les plus jeunes mais surtout, on observait plus de persévérations, signe de déclin des fonctions exécutives, et une baisse de vitesse de réponse.

La modification des résultats à l'épreuve de fluence verbale selon l'âge dépendrait pour ces auteurs d'un ensemble de zones cérébrales incluant les lobes frontaux et temporaux ce qui confirme les hypothèses émises précédemment sur le fait que ces zones soient principalement touchées dans le vieillissement.

#### **1.1.4.1.2 Production supralexicale**

La production supralexicale comprend deux niveaux : la phrase et le discours que nous retrouvons dans les deux modalités orale et écrite.

Nous allons nous intéresser aux études menées sur ce sujet à travers deux approches. La première est dite écologique, c'est-à-dire en conditions naturelles pour le patient, la seconde est une étude menée en laboratoire, avec des contraintes.

### Tâches en production naturelle

C'est ce que l'on appelle des tâches écologiques. Elles appréhendent les productions d'individus de manière globale.

### Productions écrites

Kemper et coll (entre 1990 et 1996) ont effectué une analyse précise auprès de nonnes d'une communauté religieuse des États-Unis. C'est une étude longitudinale sur les autobiographies de cent quatre-vingt religieuses à trois périodes de leur vie. La première étude a eu lieu lorsque les religieuses avaient en moyenne 22ans, puis une seconde étude quand elles avaient 46 ans en moyenne puis 75 ans dont vingt d'entre elles âgées de 83 ans. Kemper et coll ; ont été attentifs à deux axes pour analyser ces productions :

-la complexité grammaticale

-le contenu informatif

Ces études montrent que ces deux paramètres diminuent avec l'âge au cours du vieillissement normal. On parle alors, avec l'avancée en âge, de simplification des productions écrites.

### Productions orales

Des travaux ont montré qu'il y avait une importante simplification du discours entre 74 et 78 ans puis une certaine stagnation. A partir de ces premiers travaux, Kemper et coll. ont mené une nouvelle étude qui appuie cette théorie d'une réelle simplification syntaxique. Ils ont relevé moins de diversité dans la forme et le contenu et aussi plus d'erreurs dans les structures syntaxiques.

Mais le discours des personnes âgées est jugé plus intéressant et plus narratif que celui des jeunes adultes.

Thornton et Light montrent dans leur étude que lorsqu'on demande à des personnes âgées d'interpréter une histoire, le discours est plus élaboré et plus symbolique que les jeunes adultes. Ils observent moins de contenu littéral rapporté mais une tendance des personnes âgées à s'éloigner du sujet initial et par là, une baisse de cohérence globale.

Cette tendance au hors sujet est surtout remarquée dans le cas de récit autobiographique. Les personnes âgées font plus de pauses, utilisent plus de mots que le nécessaire pour raconter leur récit. On peut alors se demander si ce phénomène est lié au déficit des processus inhibiteurs, dont nous savons qu'il est une des conséquences de la vieillesse.

### Production contrainte

Dans le cas de travaux en situation de production contrainte, on contrôle le matériel et la construction grammaticale.

Davidson, Zacks et Ferreira ont demandé à des personnes âgées de construire des phrases à partir d'un sujet, d'un verbe et de plusieurs autres mots. Ils n'observent pas de différence significative entre les jeunes et les personnes âgées. Cela nous fait dire que le déficit de production lexicale qui a pu être observé par ailleurs serait plutôt dû à la baisse de mémoire de travail ou au déclin des processus inhibiteurs. Ce déficit de production au niveau de la phrase est difficile à observer car les personnes âgées emploieraient de nombreuses stratégies adaptatives.

La technique des mouvements oculaires a alors permis d'analyser ces stratégies. Une étude de Griffin et Spieler a montré qu'il n'y avait pas de stratégies pour compenser les difficultés d'accès au lexique chez les personnes âgées. Pour dire cela, les auteurs s'appuient sur le temps de latence entre la première fixation du matériel et le début du discours. Or ce temps est le même chez les jeunes et les âgés. Donc l'absence de stratégies compensatoires explique les nombreuses pauses dans le discours des personnes âgées. Mais on remarque tout de même une importante utilisation de stratégies d'adaptation quand les personnes âgées sont contraintes dans temps. En effet dans ce cas, la mémoire de travail est fortement sollicitée. Les échecs de ces stratégies expliqueraient la baisse de fluidité du discours des personnes âgées, se traduisant par des pauses, des hésitations, des retours en arrière.

### **1.1.4.2 Traitement**

Tout Tout comme l'analyse de la production, nous allons nous intéresser à l'analyse du traitement du langage suivant deux axes : le traitement lexical puis supralexical.

#### **1.1.4.2.1 Traitement lexical**

Il s'agit ici de l'identification des mots. C'est un sujet à controverses dans le milieu de la recherche. En effet, les personnes âgées auraient le bénéfice de leur expérience dans le traitement des mots et pourraient compenser des déficits lexicaux pourtant bien présents. Mais d'autres chercheurs estiment que le processus d'activation sémantique serait préservé dans le vieillissement. Il n'y a donc pas de conclusions ni de modèles faisant autorité concernant les processus d'activations et d'inhibitions lexicales orthographiques et phonologiques.

Nous allons toutefois nous attacher à deux domaines sur lesquels des études ont porté récemment : la fréquence lexicale et la similarité lexicale.

##### **1.1.4.2.1.1 La fréquence lexicale**

C'est un concept d'indicateur de répétition des mots dans la langue. Cet indicateur de fréquence a deux versants : une analyse objective et subjective.

L'analyse objective consiste à dénombrer les occurrences d'un mot dans un large échantillon d'écrits.

Le versant subjectif est une estimation des participants de la fréquence des mots dans leur propre discours.

Une récente étude a montré une diminution de l'effet de fréquence avec l'âge dans des tâches de décision lexicale quand les fréquences objectives et subjectives correspondaient. L'interprétation qui a été faite est que cette baisse de fréquence est due au ralentissement de la vitesse de traitement doublée d'une difficulté d'activation des mots au repos, c'est-à-dire des

mots plus rarement employés. Mais cela ne suffit pas pour apporter des conclusions satisfaisantes. Or il n'y a pas assez d'études sur le sujet actuellement.

#### **1.1.4.2.1.2 La similarité lexicale**

L'hypothèse faite dans ce domaine est celle de l'activation interactive des mots. Cela signifie que l'activation d'un mot cible déclencherait aussi l'activation de mots voisins par le lexique ou la phonologie. Les études ont observé un déclin des processus inhibiteurs de voisins orthographiques lexicaux, avec la présence importante de paraphasies sémantiques. Mais on observerait aussi une augmentation de l'effet inhibiteur des voisins phonologiques, car il y a très peu de paraphasies phonémiques dans les réponses des personnes âgées.

Les personnes âgées développeraient des stratégies de compensation par le contexte, ce qui fait qu'il y aurait assez peu de difficultés visibles dans la conversation courante. Mais ici encore, le peu d'études à ce jour sur le sujet ne nous permet pas d'aller plus loin.

#### **1.1.4.2.2 Traitement supralexical**

Il y a là aussi peu d'études sur le traitement linguistique de la phrase et du texte. Mais nous savons que ce processus implique un traitement des mots et sollicite la mémoire de travail.

Il existe tout de même trois méthodes d'études :

-la fenêtre mobile visuelle : il s'agit de présenter des phrases mot à mot sur l'écran. Les participants doivent appuyer sur une touche pour faire apparaître le mot suivant. On obtient alors un recueil de données dit « on-line ». Stine a montré par cette méthode d'investigation que la vitesse de traitement des personnes âgées était plus longue que pour les jeunes.

Une autre étude mettant en œuvre l'auto-présentation segmentée dans une épreuve de décision catégorielle a montré un ralentissement des processus de traitement linguistique et de décision lexicale chez les personnes âgées. De plus, cette étude a mis en évidence, chez les jeunes, l'utilisation de stratégies plus coûteuses en mémoire de travail que chez les personnes âgées.

-la méthode des mouvements oculaires consiste à enregistrer les pauses et les déplacements du regard pendant une activité de lecture.

Pour les phrases ambiguës du type « le jeune homme ferme la porte dans ses bras », on observe un temps de fixation important chez les jeunes comme chez les plus âgés. Mais il y a plus de régression, c'est-à-dire de retour en arrière visuel chez les personnes âgées. Il est intéressant de souligner que la même stratégie a été observée chez des sujets jeunes avec de faibles capacités de mémoire de travail.

-la fenêtre mobile auditive : cette méthode est intéressante pour le traitement du langage oral. Le participant écoute un texte et peut arrêter quand il le souhaite. Les résultats obtenus diffèrent de ceux retrouvés avec la fenêtre mobile visuelle. On ne relève pas de rapport entre les mesures de la mémoire de travail et le traitement syntaxique. DeDe, Caplan, Kemtes et Waters, auteurs de cette étude ont proposé une théorie montrant l'existence d'une interprétation spécifique dans le traitement de la phrase qui ne serait pas compatible avec le cadre interprétatif de ressource unique. Le débat reste toujours ouvert.

Nous pouvons avancer différentes explications à la différence de traitement supralexicale entre les sujets jeunes et âgés :

- -Une baisse des capacités de mémoire de travail
- -Un déficit d'inhibition
- -Un ralentissement de la vitesse de traitement. Cela explique pourquoi les effets du vieillissement ne sont pas visibles dans les phrases simples mais apparaissent dans les phrases complexes et dans les textes. En effet, cela demande de solliciter un mécanisme en temps limité doublé d'une simultanéité des mécanismes.

Bien sûr, ces hypothèses ne rendent pas compte de la totalité des effets du vieillissement mais sont des pistes d'explication de quelques phénomènes et mécanismes observés. Il ne faut bien sûr pas oublier les déficits sensoriels auditifs et visuels, très fréquemment présents chez les personnes âgées et qui viennent perturber le traitement de l'information verbale.

Stine-Morrow et coll ont avancé une théorie de « l'échec de l'autorégulation chez les personnes âgées ». Selon leur hypothèse, les personnes âgées connaîtraient des difficultés d'interprétation du fait d'une baisse des stratégies mises en œuvre pour traiter l'information. Cela n'est pas forcément dû à un ralentissement cognitif mais plutôt à un déficit de méta-cognition. Par exemple, lors d'une activité de lecture d'un texte, nous devons mettre en œuvre des stratégies adaptées à la difficulté de la tâche. Cela demande de s'ajuster et de solliciter la bonne stratégie pour que la tâche soit moins coûteuse en termes de ressources cognitives. Or ce processus serait déficient chez les personnes âgées.

Il est intéressant aussi de souligner que le déclin des capacités de traitement supralexical est compensé par l'étendue importante du vocabulaire et des connaissances des personnes âgées. Mais il est indéniable que la compréhension des mécanismes sous-jacents aux performances langagières des personnes âgées doit encore être étudiée et approfondie.

## **1.2 Les démences**

Après avoir vu quels impacts pouvaient avoir un vieillissement normal sur les fonctions cognitives, nous allons nous intéresser maintenant aux démences en dressant un état des lieux de la classification actuelle des démences.

### **1.2.1 Diagnostic**

Tout d'abord, quelle est aujourd'hui la définition d'un syndrome démentiel ? <sup>13</sup>

Selon la DSM IV, le diagnostic de démence ne peut être posé que devant ces conditions réunies :

- l'atteinte d'au moins deux fonctions cognitives : la mémoire et une autre
- l'évolution depuis 6 mois
- un retentissement sur vie quotidienne

-l'absence de maladie mentale pouvant expliquer ces troubles

Nous pouvons tout de même relever que l'ensemble de ces critères ne s'applique pas à la démence de Parkinson. La recherche dans ce domaine a avancé mais le DSM n'ayant pas encore été mis à jour, la parution prochaine du DSM V est attendue pour avoir des critères plus spécifiques pour la démence parkinsonnienne.

On peut aussi observer des troubles du comportement mais ils n'apparaissent pas au même stade de la maladie suivant les personnes. La perte d'autonomie peut être assez masquée dans les premières années de démence, ce qui retarde aussi le diagnostic. S'il n'y a pas de perte d'autonomie, on parle alors de troubles cognitifs légers (mild cognitive impairment). Le Mild Cognitive Impairment (MCI, de Peterson) est caractérisé par un déclin cognitif dans un ou plusieurs domaines avec une efficacité globale préservée. L'association syndromique rentrant sous cette appellation regroupe une plainte mnésique du sujet, confirmée par l'entourage, et objectivée par des résultats à -1,5 écart-types aux tests, un fonctionnement cognitif général normal, une préservation des activités de la vie quotidienne et l'absence de critères de démences.

Ces troubles peuvent ensuite aller vers la démence, rester stables, voire s'améliorer.

### Evaluation globale des fonctions cognitives

Le bilan de référence pour évaluer les fonctions cognitives dans leur globalité est le Mini Mental State. Bien que de passation rapide, ce test fait autorité pour donner une première appréciation avant de poursuivre ou non l'investigation. L'âge et le niveau socio-éducatif pouvant interférer sur les résultats, les normes varient suivant le parcours du sujet.

Ensuite d'autres tests plus spécifiques seront présentés au patient suivant sa plainte et ses difficultés. Par exemple, la mémoire épisodique verbale sera évaluée avec l'épreuve des cinq mots de Dubois ou du RL/RI 16 (Grober et Buschke), selon les capacités cognitives résiduelles, le langage et les fonctions exécutives pourront être testés avec les fluences

verbales, ou encore des épreuves de dénomination. Le dessin de l'horloge est couramment employé pour évaluer les praxies constructives. D'autres tests plus spécifiques constituent le bilan cognitif complet.

### Evaluation du retentissement sur la vie quotidienne

Il n'est pas facile d'évaluer les retentissements des troubles cognitifs sur la vie quotidienne car il faut pour cela quelque chose d'écologique. De plus, il faut se renseigner sur les comportements et habitudes antérieurs de la personne. En effet, si une personne a depuis toujours eu tendance à égarer ses clefs, cela ne sera pas considéré comme un retentissement des troubles. Mais au contraire, devant une personne très ordonnée et organisée, qui a ce même comportement, il faudra noter ce point.

Une échelle simplifiée existe pour évaluer ces retentissements : il s'agit de l' « instrumental activities of daily living » (IADL). Cette échelle comporte quatre items : l'utilisation du téléphone, l'utilisation des transports, la prise de médicaments et la gestion du budget. Si la personne a besoin d'aide pour au moins une de ces activités, cela témoigne d'un retentissement sur la vie quotidienne.

D'autres échelles existent, comme l'« activities of daily living » (ADL) ou « disability assessment for dementia (DAD) », mais nous ne les détaillerons pas ici.

### Autres évaluations

Outre les évaluations des fonctions cognitives et leur retentissement au quotidien, nous rechercherons des troubles du comportement. Nous définissons ces troubles comme « des signes et symptômes de distorsion de perception, d'humeur, de pensée ou de comportement survenant au cours de syndrome démentiel ».

Ils peuvent être en rapport avec un dysfonctionnement neurobiologique lié à la démence ou à une pathologie surajoutée, ou bien être d'une cause iatrogène. Mais ils peuvent aussi être une manifestation réactionnelle à l'annonce de la maladie, à l'environnement, à une difficulté de relation et de communication avec l'entourage.

Les troubles du comportement se manifestent généralement par une modification de la personnalité, on peut alors trouver chez la personne une apathie inhabituelle, un désintérêt, une hyperémotivité, une certaine désinhibition, de l'irritabilité. Mais nous pouvons voir aussi chez la personne une agitation physique ou verbale, une instabilité psychomotrice, ou encore des troubles des conduites alimentaires, du sommeil. Enfin, les troubles du comportement peuvent se manifester par des troubles psychotiques, avec l'apparition d'idées délirantes, voire d'hallucinations.

Tout ces troubles sont souvent à l'origine de conflit avec l'entourage, et peuvent aller jusqu'à entraîner des conséquences sérieuses. Ils doivent donc être recherchés afin d'être pris en charge.

Une dépression peut aussi inaugurer ou accompagner un syndrome démentiel. En début de maladie, la dépression est souvent en rapport avec la conscience du déclin cognitif puis ensuite, elle serait liée aux dysfonctionnements neurobiologiques spécifiques de la démence.

Il faut bien sur ajouter à ces évaluations un bilan neuropsychologique, des examens biologiques ainsi que des imageries.

### **1.2.2 Classification**

Nous allons maintenant établir une classification des démences en nous intéressant pour chaque démence aux troubles cognitifs spécifiques.

Tout d'abord il faut distinguer les démences primaires des démences secondaires. Les démences primaires regroupent les démences dégénératives, vasculaires ou mixte. A l'inverse, les démences secondaires sont dues à une cause extérieure. Elles peuvent être infectieuses, métaboliques, toxiques, ou consécutives à une affection neurologique. Nous ne nous intéresserons ici qu'aux démences primaires.

## **1.2.2.1 Démences dégénératives**

### **1.2.2.1.1 Démences corticales**

La définition donnée par le traité de terminologie de neuropsychologie et de neurologie du comportement<sup>16</sup> est la suivante : « Syndrome démentiel dégénératif caractérisé par la triade aphasie-apraxie-agnosie et des troubles mnésiques et qui résulte d'une atrophie située au niveau des cortex associatifs ». Parmi ces démences, la principale est la démence de type Alzheimer. Ensuite on trouve les dégénérescences lobaires fronto-temporales.

#### **1.2.2.1.1.1 Démence d'Alzheimer**

Il s'agit de la forme la plus fréquente de pathologie dégénérative. Elle représente en effet 70% des étiologies des personnes de plus de 70ans. Environ 600000 personnes sont atteintes en France avec 150000 nouveaux cas diagnostiqués par an. Il existe deux types : la forme sporadique, la plus fréquente, qui débute généralement après 65 ans, et les formes familiales autosomiques, assez rares, qui débutent avant 60 ans.

Les critères diagnostic DSM IV sont :

- Des troubles de mémoire au premier plan
- Des troubles praxiques, phasiques, gnosiques ou une perturbation des fonctions exécutives
- Un retentissement de ces troubles sur la vie sociale
- Pas d'autre maladie à l'origine de ces troubles
- Un début progressif et un déclin continu

Il peut y avoir des troubles du comportement mais on ne les retrouve pas de façon systématique.

Sur plan anatomopathologique on trouve des plaques séniles, c'est-à-dire plaques amyloïde (dépôts extracellulaires de peptide beta-amyloïde) et des dégénérescences neurofibrillaires correspondant à des inclusions intraneuronales de protéines tau anormalement phosphorylées. Un nombre important de ces lésions permet d'affirmer le diagnostic de maladie d'Alzheimer. Leur développement commencerait environ vingt ans

avant le début des premiers signes cliniques, d'où l'intérêt de développer des outils diagnostiques précoces et des traitements adaptés à la phase prédéméntielle.

A l'imagerie, on peut relever une atrophie corticale globale prédominant sur les régions hippocampiques et pariétales.

### Mémoire

La maladie d'Alzheimer touche de façon prédominante la phase de stockage. Au début, cela se traduit par des oublis bénins, comme les rendez-vous, la place des clefs, des noms. La mémoire de travail est touchée assez tôt dans l'évolution de la maladie, il est alors difficile d'apprendre de nouvelles informations ou encore de suivre une conversation. On trouve aussi un trouble de la mémoire épisodique verbale.

A la phase d'état de la maladie, on trouve des troubles majeurs de la mémoire, principalement un oubli à mesure.

### Autres symptômes

Au début de la démence, nous retrouvons fréquemment une désorientation temporo-spatiale, des troubles attentionnels et dyséxécutifs, des troubles de l'humeur, avec souvent une anxiété importante. Du point de vue du langage, nous notons un manque du mot assez important. A la phase d'état nous observons un syndrome aphaso-apraxy-agnosique, des troubles psycho-comportementaux, et une réduction majeure de l'autonomie. Puis à la phase évoluée se rajoutent aux troubles précédemment cités un repli sur soi très important, une incontinence, des troubles de la déglutition, une somnolence quasi-constante, voire des crises d'épilepsie.

### Dysfonction corticale postérieure

Aussi appelée syndrome de Benson, ou, atrophie corticale postérieure, la dysfonction corticale postérieure est caractérisée par des troubles visuo-spatiaux. C'est un syndrome

hétérogène sur le plan neuropathologique, mais qui correspond le plus souvent à une maladie d'Alzheimer ou une maladie à corps de Lewy.

Une étude sur ce syndrome a été menée par Renner, Burns, Hou, McKeel, Storandt et Morris, de l'université de Washington et publiée dans la revue *Neurology* d'octobre 2004. Dans cette étude réalisée auprès de 27 cas (14 hommes, 13 femmes), l'âge de début était de 65 ans environ avec un délai diagnostique de quatre ans environ. Un examen neuropathologique a pu être fait chez vingt et un patients. Pour dix-neuf d'entre eux, un diagnostic initial de forme corticale de maladie d'Alzheimer avait été posé. Chez deux patients, une encéphalopathie spongiforme avait été identifiée. Les données aux tests neuropsychologiques standards étaient cependant différentes de celles observées chez les malades Alzheimer « classiques ». En effet, les personnes souffrant de dysfonction corticale postérieure obtenaient de meilleurs scores dans les tests de mémoire verbale, de fluence verbale et de dénomination, alors que les épreuves avec une composante visuo-spatiale (Trail Making Test, épreuve de code, de barrage, de copie de dessin) étaient moins bien réussies.

La dysfonction corticale postérieure semble correspondre à une maladie d'Alzheimer mais les auteurs se posent encore des questions par rapport à l'apparition si précoce des troubles visuo-spatiaux et celle plus tardives des troubles mnésiques. Ils n'ont pas trouvé d'explication neuropathologique à cette sémiologie inhabituelle.

#### **1.2.2.1.1.2 Dégénérescence lobaire fronto-temporale**

Cette appellation est préférée au terme de « maladie de Pick », ce nom étant maintenant réservé à la maladie où l'on retrouve des corps de Pick dans le cerveau, à l'autopsie<sup>12</sup>. C'est une démence du sujet jeune. En effet, elle débute en moyenne à 50-55ans. Il s'agit d'une dégénérescence progressive des lobes cérébraux antérieurs, c'est-à-dire temporaux ou frontaux, voire les deux. Ces régions cérébrales sont impliquées dans la prise de décision, le comportement, les émotions, le langage.

On décrit trois formes :

- *La démence fronto-temporale*
- *L'aphasie progressive primaire*
- *La démence sémantique*

## Démence Fronto-Temporale

Les troubles comportementaux au premier plan. Nous trouvons souvent soit une apathie soit une désinhibition. De plus, la personne a des difficultés majeures pour adapter son comportement au contexte et aux conventions sociales. On observe parfois des mouvements d'humeur assez brutaux. Au second plan, nous trouvons bien sûr des troubles cognitifs. Mais les fonctions mnésiques restent relativement préservées. Au niveau du langage, l'écrit comme l'oral sont touchés. La production est réduite et on peut trouver une dysarthrie voire une apraxie verbale. Le discours est agrammatique. Puis petit à petit la personne malade perd la compréhension. Une écholalie et des persévérations peuvent alors être présentes.

Du point de vue des fonctions exécutives nous trouvons une distractibilité, de l'impatience et une rigidité mentale. De plus, il y a des difficultés d'adaptation importantes, ainsi que des troubles de la pensée abstraite. Au début de la maladie, le diagnostic différentiel avec un trouble psychiatrique est assez difficile à établir. Mais à l'imagerie nous notons une atrophie corticale progressive des lobes frontaux et temporaux. Nous rencontrons assez souvent une forme génétique.

## Aphasie progressive primaire

Ici, ce sont les troubles langagiers qui apparaissent en premier et de façon significative. Bien que les critères de Mesulam de 2001 aient longtemps fait autorité, ce sont ceux de Gorno-Tempini de 2011 qui sont reconnus aujourd'hui. A ses côtés, des chercheurs californiens (Dronkers, Rankin, Ogar, Weiner, Miller) ont mené une étude sur trente-deux patients souffrant d'aphasie progressive primaire. A partir de ce travail, ils ont détaillé les troubles du langage et les anomalies relevées à l'IRM chez ces patients. Ils ont ensuite proposé trois tableaux de l'APP.

-l'aphasie non fluente, caractérisée par une réduction de la parole, une anarthrie, un agrammatisme, un déficit de la mémoire de travail, une apraxie bucco-linguo-faciale, voire une apraxie gestuelle.

-l'APP variante sémantique, définie par un déficit de la mémoire sémantique, une dyslexie de surface, des troubles de la mémoire verbale mais une relative préservation de la compréhension syntaxique et des aptitudes visuo-spatiales.

-une variante logopénique, caractérisée par une lenteur du langage, de longues pauses lors de la recherche des mots, un manque du mot modéré, alors que la syntaxe ou l'articulation sont bien préservées. Il existe aussi un trouble de la répétition et de la compréhension des phrases, mais la répétition et la compréhension des mots sont correctes. Cette dernière forme d'APP vient modifier la traditionnelle description binaire des aphasies progressives primaires entre forme fluente et non fluente. En effet, il n'y a pas de trouble sémantique donc cette variante ne rentre pas dans le cadre de la démence sémantique, mais il n'y a pas non plus de manque du mot sévère. Il s'agit d'un tableau qui se rapprocherait d'une aphasie de conduction. De plus, à l'imagerie, la forme logopénique correspond à des anomalies plus postérieures.

### Démence sémantique

Ce sont les critères de Neary et coll (1998) qui font autorité pour le diagnostic de démence sémantique. Les principaux sont :

- un début insidieux et évolution progressive
- des troubles du langage caractérisés par :
  - un discours spontané fluent mais peu informatif,
  - des troubles sémantiques se manifestant par une altération de l'évocation et de la compréhension des mots
  - des paraphasies sémantiques
- et/ou des troubles de la perception caractérisés par :
  - une prosopagnosie (altération de l'identification des visages familiers) pouvant être accompagnée d'une agnosie associative (altération de l'identification de la fonction des objets).
  - une préservation des capacités perceptives d'appariement et de reproduction de dessin
  - une préservation de la répétition de mots isolés
  - une préservation de la lecture à haute voix et de l'écriture sous dictée de mots réguliers.

Cette démence touche le stock sémantique, les connaissances générales sur les choses. Le langage est fluide, sans troubles articulatoires, ce qui masque les difficultés au début de la maladie, mais c'est la compréhension qui est très altérée. Les personnes perdent la signification des mots puis la reconnaissance des objets ou des visages. L'épreuve de dénomination est chutée, les personnes ressentent un sentiment d'étrangeté devant les images proposées et l'ébauche orale ne leur est d'aucun secours. Mais la répétition, comme la lecture à voix haute sont bien réussies car elles ne demandent pas de comprendre le sens des mots. Puis petit à petit, toutes les modalités sensorielles sont touchées. La mémoire autobiographique et la mémoire épisodique sont préservées. Avec l'avancée de la maladie, la personne devient mutique et des troubles du comportement apparaissent. A l'imagerie nous voyons une atrophie bilatérale ou unilatérale des pôles temporaux.

#### **1.2.2.1.2 Démences sous corticales**

Ces démences ont pour caractéristique d'épargner le cortex cérébral<sup>15</sup>. Les perturbations cognitives sont principalement dues à une privation du cortex frontal de ses connexions sous corticales. Ces connexions sont touchées soit au niveau de leur trajet, dans la substance blanche, soit au niveau de leur cible, dans les noyaux gris centraux.

##### **1.2.2.1.2.1 Démence de Parkinson**

Cette démence apparaît chez environ 15 à 20 % des personnes atteintes de la maladie de Parkinson<sup>4</sup>, entre 5 et 10 après le début de la maladie. Pour poser le diagnostic, les premiers signes de démence doivent survenir au moins deux ans après les premiers signes de la maladie de Parkinson. En cela, la démence parkinsonienne se différencie de la démence à corps de Lewy.

La démence parkinsonienne se caractérise par un syndrome dysexécutif sévère, un respect des fonctions instrumentales (langage, praxies et gnosies), des troubles de rappel mnésique, une apathie et une lenteur de l'idéation. Fréquemment ces personnes présentent aussi un syndrome dépressif. On retrouve aussi des troubles de l'attention et dans une phase plus avancée de la démence, il est possible d'observer la présence d'hallucinations et de fluctuations attentionnelles.

Les troubles mnésiques touchent la récupération et non l'encodage comme c'est le cas dans la démence d'Alzheimer. En effet, à l'épreuve du Grober et Buschke, le rappel libre est chuté mais le rappel indicé est assez bon, à la différence de la maladie d'Alzheimer.

#### **1.2.2.1.2.2 Chorée de Huntington**

C'est une maladie neurodégénérative qui se transmet de manière autosomique dominante et débutant entre 30 et 40 ans. Les lésions intéressent le putamen mais aussi le noyau caudé, le globus pallidus, le thalamus, le cervelet et le cortex frontal. La triade clinique associe des mouvements choriéques, des troubles psychiatriques et des troubles cognitifs. Les troubles cognitifs sont prédominants dans cette maladie. Ils se manifestent principalement par de l'anxiété et une modification de la personnalité. Le stade ultime de la maladie est une démence doublée d'une apathie.

Du point de vue des fonctions exécutives, nous observons une réduction de la fluence, des troubles de la planification, un déficit de flexibilité mentale et d'inhibition se manifestant par des persévérations. Le langage oral est touché au niveau de la fluence, avec un manque du mot et des persévérations. La compréhension est préservée. Les troubles de la mémoire se manifestent par la difficulté d'apprentissage procédural d'habiletés motrices, et des perturbations de la mémoire déclarative touchant principalement la récupération des informations. La mémoire de travail est aussi fortement perturbée.

Ces troubles évoluent vers un tableau de démence sous-corticale sévère, accompagnée de cachexie due à une apathie et des troubles importants de déglutition.

#### **1.2.2.1.2.3 Paralysie supra-nucléaire progressive**

Aussi appelée maladie de Steele-Richardson-Oslewski, cette maladie débute en moyenne autour de 60 ans et se manifeste par un syndrome parkinsonien accompagné d'instabilité posturale et de paralysie du regard. De plus, un syndrome pseudo-bulbaire cause une dysarthrie et des troubles de déglutition. Nous voyons à l'IRM une atrophie du mésencéphale et à l'imagerie dynamique une hypoperfusion frontale.

Sur le plan neuropsychologique, cette maladie a longtemps été considérée comme le modèle de démence sous-cortico-frontale avec un ralentissement moteur et des troubles dysexécutifs. Elle touche la mémoire procédurale et la mémoire de travail. La récupération des informations est particulièrement difficile mais l'indiciage apporte une grande aide. On trouve aussi des troubles comportementaux particulièrement dans l'inhibition, mais aussi dans une adhérence forte à l'environnement. On peut alors observer des comportements agressifs, boulimiques, compulsifs. Des manifestations psychotiques peuvent aussi apparaître dans cette maladie qui peut aboutir à une démence.

#### **1.2.2.1.2.4 Atrophies multi-systématisées**

Il s'agit d'une dégénérescence du striatum et de la substance noire. Les noyaux gris centraux sont donc touchés de façon plus large. Les troubles cognitifs ne sont pas au premier plan mais on observe plutôt des troubles de l'autonomie, avec des soucis de tension artérielle et de gestion urinaire.

#### **1.2.2.1.3 Démences cortico-sous-corticales**

Ces démences rassemblent un déficit des fonctions instrumentales (langage, praxies, gnosies), de par l'atteinte corticale, et un trouble des fonctions exécutives dues à l'atteinte sous-corticale.

#### **1.2.2.1.3.1 Démence à corps de Lewy**

Il s'agit de la deuxième démence dégénérative après la maladie d'Alzheimer. Les corps de Lewy, normalement localisés à la base du cerveau sont diffus et créent de nombreux troubles. C'est une maladie dite « caméléon » car les symptômes n'apparaissent jamais dans le même ordre. Dans tous les cas, les personnes atteintes présentent des troubles cognitifs associés à des épisodes confusionnels fluctuents et un tableau psychiatrique avec principalement la présence d'hallucinations visuelles. Il peut aussi y avoir un syndrome parkinsonien ajouté.

Les critères diagnostics retenus sont ceux de Mc Keith :

- un déclin cognitif avec retentissement sur la vie sociale du sujet. Ces troubles touchent principalement la mémoire et les capacités visuo-spatiales.
- Une fluctuation de l'état cognitif, avec des hallucinations visuelles.
- La présence d'un ou plusieurs éléments suivants peut renforcer le diagnostic : des chutes, des malaises et des syncopes, des idées délirantes, des hallucinations autres que visuelles, un état dépressif, des anomalies du sommeil paradoxal.
- une exclusion des relations sociales

Le début est insidieux et progressif mais le tableau s'installe rapidement. A la phase d'état, le tableau ressemble à celui de la démence d'Alzheimer.

La symptomatologie neuropsychologique est assez spécifique, avec un dysfonctionnement sous-cortical et des signes d'atteinte corticale.

Les troubles cognitifs touchent l'ensemble des fonctions supérieures. Les troubles de l'attention et de la vigilance se manifestent par une somnolence diurne et des épisodes confusionnels. La mémoire immédiate est préservée mais les performances de la mémoire de travail sont très réduites. La mémoire épisodique, testée à l'aide du Grober et Buscke donne un tableau particulier en début de maladie : l'encodage et le rappel libre sont chutés mais le rappel indicé permet un score proche de la normale.

Les perturbations du langage apparaissent secondairement et se manifestent par des difficultés d'accès au lexique et une baisse de la fluence verbale.

Du point de vue psycho-comportemental, on trouve souvent une dépression car les personnes ont longtemps une conscience assez nette de leur maladie, mais aussi une anxiété forte, une agitation psychomotrice et des idées délirantes complexes et élaborées.

#### **1.2.2.1.3.2 Dégénérescence cortico-basale**

La dégénérescence cortico-basale est une maladie décrite il y a 20 ans. Elle fait partie des syndromes parkinsoniens atypiques. Cette maladie d'évolution progressive

touche la motricité, mais comporte aussi des troubles cognitifs. Les lésions observées dans la dégénérescence cortico-basale au niveau du cerveau, sont caractérisées par une accumulation anormale de protéine tau.

Dans cette démence, nous retrouvons des troubles communs avec la démence à corps de Lewy avec la spécificité d'une atteinte des praxies gestuelles. La maladie débute avec une maladresse d'une main, une lenteur, une rigidité et un trouble de la marche. Les troubles sont d'abord unilatéraux puis deviennent bilatéraux. Les chutes sont fréquentes car l'équilibre est aussi touché. L'apraxie est le trouble prédominant dans cette maladie. Bien que la personne connaisse le geste et le déroulement moteur, l'exécution du mouvement sur imitation ou de façon volontaire est impossible. L'apraxie est gestuelle puis devient bucco-faciale entraînant des troubles de la parole et de la déglutition. Puis les troubles cognitifs apparaissent. Il s'agit d'un syndrome dysexécutif auquel s'ajoute une baisse du débit verbal et une désinhibition. Nous pouvons aussi voir le réflexe du grasping apparaître ou encore le syndrome de la « main étrangère».

### **1.2.2.2 Démences vasculaires et mixtes**

Il existe un état démentiel associé à des lésions vasculaires cérébrales<sup>15, 16</sup>. Le facteur principal de risque de survenue de démence vasculaire est un antécédent d'accident vasculaire cérébral. Selon Kokmen et coll., l'incidence de démence après un AVC est de 7% au cours de la première année puis augmente jusqu'à 48% après 25 ans. Comparé à un groupe témoin, le risque de survenue de démence est 8,8 fois supérieur la première année puis diminue pour rester le double à partir de la dixième année.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer l'apparition d'un syndrome démentiel après un AVC. Certains sont des facteurs de risque de l'AVC lui-même : l'hypertension artérielle, le diabète, le tabagisme, la dyslipidémie. D'autres concernent le patient ; par exemple, son âge et son niveau cognitif antérieur.

Les tableaux cliniques sont divers suivant la localisation de la lésion. Les troubles cognitifs d'origine vasculaire sont liés à trois mécanismes différents : ischémique, hémorragique ou anoxique. Les causes sont diverses. En effet, cela peut être une atteinte des

gros troncs artériels intra ou extracrâniens, ou une atteinte des microvaisseaux cérébraux entraînant des lacunes ou des lésions plus diffuses de la substance blanche.

On peut alors distinguer trois types de démences vasculaires : celles qui surviennent au cours d'un accident vasculaire cérébral, avec une localisation unique, celles qui sont liées à une atteinte sous-corticale plus diffuse, et les démences mixtes, associant à une démence vasculaire des signes évocateurs de maladie d'Alzheimer.

### Localisation unique

En ce qui concerne les accidents vasculaires cérébraux entraînant une lésion assez localisée, la démence qui peut découler de cette lésion aura au premier plan les troubles correspondant à la zone cérébrale touchée.

### Pour les atteintes plus diffuses, les causes et les tableaux sont plus complexes :

Les infarctus multiples font partie des causes les plus fréquentes. Ces troubles sont d'installation brutale ou par à-coup. On peut observer un trouble isolé ou un tableau en patchwork c'est-à-dire un syndrome lobaire suivant la localisation et des troubles surajoutés, frontaux par exemple. Les démences qui naissent alors peuvent être de type cortical ou sous-cortical puisque cela dépend du lieu de l'infarctus. Les profils cognitifs sont alors très divers. Certaines études ont tout de même observé une prévalence des troubles dysexécutifs mais ces observations ne font pas autorité. D'autres études nuancent ces dernières en associant au premier plan de la symptomatologie un déficit exécutif, avec des persévérations, une initiation pauvre, une baisse de la flexibilité et un trouble mnésique avec une altération de la mémoire de travail, améliorée par l'indiçage, mais peu d'intrusions ou de fausses reconnaissances.

La démence peut faire suite à une atteinte neurologique dans le cadre d'une chute aiguë du débit cardiaque. En effet cette baisse subite d'irrigation sanguine peut entraîner une succession d'infarctus répartis à la face supérieure de la face externe des hémisphères

cérébraux. Les signes principaux sont alors des troubles visuospatiaux, du langage, de la mémoire, ainsi qu'un syndrome frontal.

Suite à des ictus répétitifs, on peut aussi voir s'installer un état lacunaire dit « de Pierre-Marie ». Il est la conséquence de multiples lacunes du thalamus, de la substance blanche sous-corticale, de la capsule interne ou de la protubérance. Les signes cliniques sont un trouble cognitif, une marche à petits pas auxquels s'ajoute un syndrome pseudo-bulbaire entraînant une dysarthrie et des troubles de la déglutition.

Le diagnostic de démence vasculaire repose sur les critères dont nous avons parlé plus haut mais aussi sur la preuve d'une pathologie vasculaire cérébrale et d'un lien entre les deux. S'ajoutent aussi des troubles comportementaux voire dépressifs. Une grande difficulté pour établir le diagnostic est d'apporter la preuve que les lésions vasculaires cérébrales observées à l'imagerie sont la cause de l'état démentiel. Actuellement, c'est une relation temporelle entre les deux qui permet de dire que l'état démentiel provient du phénomène vasculaire mais il faut garder à l'esprit que les lésions dégénératives peuvent coexister.

### Démence mixte

Le concept de démence mixte a été introduit associant alors démence vasculaire et maladie d'Alzheimer probable. De nombreuses études se sont intéressées aux critères de démence mixte mais les résultats sont très variables d'une population à l'autre et suivant l'imagerie cérébrale. Avant de pouvoir voir des lésions à l'IRM, les critères établis ne permettent pas d'identifier les démences sous-corticales liées à une atteinte vasculaire diffuse de la substance blanche. De plus, dans la démence mixte, l'atteinte cognitive doit comporter une atteinte mnésique, ce qui ne correspond pas aux démences sous-corticales, caractérisées, par un syndrome dysexécutif. Ceci a même amené certains auteurs à se poser la question des critères de démence vasculaire sous-corticale.

### **1.3 Vieillesse et relations**

Un des traits de caractère des personnes âgées peut être un certain repli sur soi et une baisse de la sociabilité. Cela se manifeste de façon visible par un repli sur l'espace domestique. En effet, les difficultés physiques se font plus présentes et le goût pour les activités extérieures diminue.

Le rythme de vie est souvent très régulier, voire rigide, et parfois cadré par les émissions de radio ou de télévision. Cela ne signifie pas que les personnes âgées n'ont plus d'intérêt pour le monde extérieur, au contraire, car les informations sont très suivies. Mais ces personnes ont besoin de cadre rassurant et d'habitudes de vie régulières.

On présente aussi la solitude comme une caractéristique des personnes âgées. Or, des études américaines ont montré que la solitude est plus forte à l'adolescence. Se pose alors la question de la différence entre isolement et solitude. La réponse pourrait être le sentiment d'abandon. La vieillesse ne se définit pas seulement par un grand isolement car la famille peut se faire très présente, principalement par les enfants mais aussi les frères et sœurs. Mais une des caractéristiques du grand âge est un repli sur soi, avec la forte probabilité d'être veuf ou veuve, du décès des amis, de la réduction des relations.

Des modèles ont alors été proposés pour décrire les changements dans la vie sociale qu'entraîne l'avancée en âge.

#### **1.3.1 Théories de l'avancée en âge**

Dans les années 1950 et 1960, aux Etats-Unis, des chercheurs ont développé des théories pour décrire les caractéristiques sociales du vieillissement<sup>3</sup>. Les sociologues cherchaient à quantifier ce qui faisait un vieillissement « réussi » ou non. Ils ont pour cela créé des échelles standardisées. Les auteurs de ces théories se situent dans un courant plutôt fonctionnaliste et considèrent l'individu par la place qu'il occupe dans la société. Dans cette optique, la vieillesse entraîne une perte de rôle social. En effet, sur le plan professionnel, le départ en retraite est marqué par cette perte de statut actif, mais sur le plan familial aussi ce changement de rôle se fait sentir avec le départ des enfants et peut-être le décès du conjoint. La question est alors de savoir comment la personne âgée vit ce changement de statut social. Les chercheurs américains ont alors développé la théorie de l'activité et la théorie du

désengagement, qui ont par la suite été remises en cause par la théorie des mondes sociaux et de la déprise.

### **1.3.1.1 Théorie de l'activité**

Bien que cette théorie soit développée aux Etats-Unis dans les années 1960 en opposition à la théorie du désengagement, les prémices de cette théorie apparaissent dès 1950. En effet, Robert Havighurst et Ruth Albrecht mènent une enquête auprès de 100 personnes dans une petite ville du Middle West et en arrivent à un double constat. Les personnes interrogées montrent un certain contentement mais ce sentiment de satisfaction ne varie pas vraiment avec l'âge et la position sociale. Ce qui intéresse encore plus les auteurs est que ce contentement semble être corrélé avec les « scores d'activité ». Pour Havighurst et Albrecht, le vieillissement réussi est fortement en lien avec une attitude volontariste de maintenir un niveau d'engagement, un rôle dans la société. La perte de certaines activités ou capacités antérieures doit alors être compensée par de nouveaux investissements auprès des petits-enfants par exemple ou dans la société. Pour cela, une grande qualité qu'il faut entretenir est, pour les auteurs, la « flexibilité des rôles », c'est-à-dire la capacité à s'adapter à son nouveau rythme de vie, ses nouvelles possibilités.

### **1.3.1.2 Théorie du désengagement**

Elaine Cumming et William Henry ont proposé quant à eux, une théorie bien différente de la précédente. Ils se sont appuyés pour cela sur une enquête menée auprès de 290 habitants de Kansas city, âgées de 50 à 90 ans. Ces personnes « jouissaient tous d'une bonne santé et d'un minimum d'autonomie financière ». Sur ces travaux, Cumming et Henry soutiennent que le « vieillissement normal s'accompagne d'un éloignement ou « désengagement » réciproque de la personne qui vieillit et des autres membres du système social dont elle fait partie ». Pour Vincent Caradec, le désengagement est défini par « une diminution du nombre des rôles sociaux joués par l'individu, une baisse de ses interactions sociales et un changement dans la nature de ses relations qui sont désormais davantage centrées sur les liens affectifs et moins sur la solidarité fonctionnelle »<sup>3</sup>.

Mais ce processus peut mener vers une réelle satisfaction et un nouvel équilibre. Autour de 80 ans, les personnes apprécient leur existence « désengagée ». Leur vie est alors davantage tournée vers elles-mêmes et éloignée des soucis qu'ils pouvaient connaître auparavant. Cumming et Henry décrivent quatre caractéristiques essentielles du processus de désengagement : il est réciproque, fonctionnel, irréversible et universel.

### Réciproque

Le désengagement est réciproque car il est en quelque sorte une séparation à l'amiable entre une société où la personne est reconnue par son activité, et la personne âgée qui perd son ancien rôle social. La personne âgée voit ses capacités qui diminuent et se retire petit à petit du monde et la société lui enlève petit à petit les responsabilités qui lui avaient été confiées.

### Fonctionnel

Le désengagement est fonctionnel car il correspond à une double nécessité sociale : le retrait des personnes âgées rend possible l'arrivée des plus jeunes à des postes à responsabilités et par là, la société se protège des complications que pourrait entraîner le décès d'une personne occupant justement un de ces postes. De plus, le désengagement renvoie à un besoin psychologique de la confrontation avec la mort. A un moment, l'individu prend conscience que la mort arrivera et il se détourne alors de ce qui pourrait le mener à une certaine réussite sociale pour se tourner davantage vers des valeurs humaines détachées de toute ambition sociale.

### Irréversible

La personne âgée qui entre dans le processus de désengagement voit diminuer ses contacts sociaux et par là, perd de sa compétence à établir de nouveaux contacts. De plus, les personnes âgées peuvent connaître une difficulté à savoir comment réagir devant des situations nouvelles. De cette difficulté naît un repli plus grand pour éviter de se trouver face à une situation inconnue. Le processus de désengagement en est alors accéléré. Mais avec l'âge, la personne est moins soumise à la pression sociale de devoir élargir ses contacts et l'individu se sent plus libre de cette norme et réduit ses relations à ce qui est essentiel pour lui.

## Universel

Cumming et Henry ne se sont pas attachés à la diversité culturelle car leur échantillon était assez homogène mais ils se sont attachés à la différence entre désengagement masculin et féminin. Les femmes connaissent un changement moindre que les hommes car leur rôle social antérieur est davantage « socio-affectif ». Le désengagement se traduit alors par une réduction de ce rôle. Alors que les hommes doivent renoncer à certains rôles et changer l'orientation sociale qui était la leur.

Mais cette théorie du désengagement a connu de vives critiques. Ainsi, Peter Townsend dans son ouvrage, *Ageism an social policy*<sup>3</sup>, reproche aux auteurs de ces théories de l'activité et du désengagement d'occulter le regard de dévalorisation que la société peut porter sur les personnes âgées. Pour lui, la théorie de l'activité considère que les difficultés rencontrées par les personnes âgées ne sont que le fruit d'une incapacité à s'adapter à des situations nouvelles. En disant cela, cette théorie ne pose pas du tout les problèmes que peuvent connaître les personnes âgées en termes politiques. Et Peter Townsend critique cela. De plus, pour lui, la théorie du désengagement « justifie l'exclusion des personnes âgées du marché du travail et ne peut qu'encourager la démission des politiques publiques ».

D'autres auteurs comme par exemple Arlie Hochschild dans *Disengagement Theory : a critique and proposal*<sup>3</sup>, considère que la théorie du désengagement n'est pas si universelle que le prétendent les auteurs et que cette généralisation les a conduit à commettre des erreurs et à adopter une position incorrecte sur le plan épistémologique. En effet, quand certaines des données empiriques de Cumming et Henry ne sont pas congruentes avec leur théorie-certaines personnes enquêtées, d'un âge avancé, n'étaient pas encore désengagées-, ils affirment que ces personnes font partie d'une élite ou ne sont pas encore parvenues à se désengager. Une autre critique de cette théorie lui reproche d'être trop générale et ne de pas pouvoir distinguer dans quels domaines se produit réellement le désengagement. Enfin, la théorie du désengagement telle qu'elle est présentée par Cumming et Henry ne tient pas du tout compte du sens que donnent les personnes âgées à leur vieillesse.

### **1.3.1.3 Deux autres approches du vieillissement : les mondes sociaux et la déprise**

Bien que les théories de l'activité et du désengagement puissent être largement remises en cause entre autre du fait de leur prétention à la validité universelle, elles sont tout de même à l'origine de travaux plus récents<sup>3</sup>. En effet elles peuvent être considérées comme des modèles qui permettent de décrire deux trajectoires différentes de la vieillesse voire les mouvements contraires qui se mêlent au cours du vieillissement. C'est ainsi que David Unruh s'appuie sur ces modèles pour son analyse sur l'avancée en âge comme combinaison d'engagements ou de désengagements, mais c'est aussi à partir de là qu'est né le concept de « déprise ».

#### L'avancée en âge comme combinaison d'engagements et de désengagements.

David Unruh, dans son étude, a mené une série d'entretiens avec des personnes âgées de 62 à 85 ans traitant de leur intégration sociale. Il a choisi de s'intéresser non seulement aux formes « classiques » d'intégration : association, famille, groupes informels mais aussi aux engagements dans les « mondes sociaux ». Il définit ces « mondes sociaux » comme « des formes d'organisations sociales aux contours peu définis, dont les membres ne sont pas liés par leur co-présence dans un même espace, mais par le partage de perspectives semblables résultant d'un centre d'intérêt commun et de la participation aux mêmes canaux de communication ». Chez les personnes que David Unruh a sollicitées pour son études, les mondes sociaux peuvent être le milieu du vélo, celui de la danse, de l'art ou encore du philatélie. Leurs investissements dans ces milieux sont aussi divers : ils vont de la participation ponctuelle à ces activités à un engagement fort au sein d'une association.

David Unruh montre qu'avec l'avancée en âge, l'intégration sociale ne cesse d'être en mouvement. Cela se traduit par une alternance d'engagement et de désengagement. Cela est vrai à la fois pour les « mondes sociaux » que pour les formes plus classiques d'intégration. Unruh montre, à travers l'exemple d'un retraité qui s'est découvert une passion pour le vélo et qui est devenu une figure emblématique du monde social de la bicyclette, le fait que les personnes âgées puissent investir des univers sociaux inconnus jusque là. De même, suite au décès du conjoint, on peut voir des personnes qui rejoignent des mondes sociaux qu'ils ne fréquentaient pas en couple.

Cependant, l'auteur nous met en garde contre une approche trop objectiviste qui ne tiendrait pas compte de la signification qu'a la vieillesse pour les personnes concernées. En effet, un engagement moindre n'est pas forcément vécu comme un désengagement, et il est possible de continuer à faire partie subjectivement d'un monde social même si objectivement on n'en est plus acteur.

Il semble tout de même qu'en allant plus loin que cette combinaison d'engagement et de désengagement, la participation active aux groupes sociaux se fasse difficile avec l'avancée en âge. Un certain retrait semble quand même se dessiner.

### La déprise

Dans l'article *Vieillesse et ou vieillissement ? Les processus d'organisation des modes de vie chez les personnes âgées*<sup>3</sup>, Serge Clément et Marcel Drulhe font apparaître le concept de « déprise ». Cela désigne « le processus de réaménagement de l'existence qui se produit au fur et à mesure que les personnes qui vieillissent doivent faire face à des circonstances nouvelles telles que des déficiences physiques croissantes, une fatigue prégnante, ou encore de moindres sollicitations d'autrui ». Ce réaménagement, qui se traduit objectivement par une baisse des activités sociales est en réalité plus profond que cela. C'est tout un ensemble de reconversion auquel doivent faire face les personnes âgées. Par exemple elles ont recours à des aides techniques pour ce qu'elles ne peuvent plus faire. De même, elles peuvent remplacer certaines de leurs activités par un substitut (regarder la messe à la télévision au lieu de se déplacer) ou diminuent le rythme de leurs activités (en jardinant toujours mais sur une surface réduite).

Le phénomène de déprise est loin d'être uniforme et il se décline différemment selon chaque personne, son caractère, son état de santé, les contextes sociaux et psychologiques. Certaines personnes très affectées sur le plan de la santé sont obligées d'abandonner jusqu'à des engagements forts pour elles, à tel point que l'ennui envahit le quotidien. On parle alors de « fortes déprises ».

A la différence de la théorie du désengagement, le phénomène de déprise ne se présente pas comme une manifestation inévitable de la vieillesse mais comme un passage possible dans l'avancée en âge, différent selon chacun. De plus, la déprise n'est ni

«fonctionnelle», ni « irréversible ».En effet, elle n'est pas présentée comme utile à la société mais comme l'adaptation à des difficultés nouvelles dont la probabilité d'apparition augmente avec l'âge. De même, la déprise peut-être réversible car la personne âgée peut, après une période de déclin, connaître un « rebond ». Cela peut être le cas après le décès d'un proche, quand succède à la période de deuil un regain de vitalité.

Enfin, le concept de déprise est en lien avec celui d'« optimisation sélective avec compensation », développé par P. Baltes dans *L'avenir du vieillissement d'un point de vue psychologique : optimisme et tristesse*<sup>3</sup>. Pour l'auteur, le « vieillissement réussi » est le fruit d'un triple mécanisme : la sélection de certaines activités par les personnes âgées elles-mêmes lorsqu'elles constatent que leurs capacités diminuent ; l'optimisation, qui se traduit par un investissement plus important dans les activités conservées ; et la compensation qui est le fait d'adopter des aides techniques ou des procédures visant à pallier les déficiences.

### **1.3.2 La place des autres dans le vieillissement**

On peut considérer que les autres interviennent de deux façons : tout d'abord ils sont co-producteurs<sup>3</sup> du sentiment de vieillir et de la déprise, de par leur place dans les interactions. Mais ils sont aussi « supports » ambivalents de la personne qui vieillit.

#### **1.3.2.1 Co-producteurs**

Les autres peuvent, par leur paroles, leurs attitudes, leur regard, faire sentir aux personnes qu'elles vieillissent. C'est ce qu'a montré l'étude australienne sur le vécu de l'«âgisme», c'est-à-dire la « discrimination dont sont victimes les plus âgés »<sup>3</sup>. (V.Minichiello et coll.). Cette étude permet de rendre compte du ressenti des personnes âgées dans les interactions quotidiennes. Des remarques peu délicates, des manifestations de manque de patience devant le temps nécessaire aux personnes âgées, tout cela les renvoie à leur âge grandissant. Des attitudes se voulant bienveillantes telles que laisser sa place assise à une personne âgée, peuvent devenir condescendantes.

Les personnes interrogées dans cette étude expriment aussi leur sentiment d'être «tenues à l'œil», c'est-à-dire attendues sur leur moindre défaillance pour leur rappeler qu'elles

vieillissent . Une baisse d'activité sera alors interprétée comme signe qu'elles « lâchent prise». L'entourage, attend et redoute à la fois ces situations, puisqu'à eux aussi cela rappelle l'avancée en âge du parent. Mais quand il devient guetteur des pertes de la personne âgée, cela risque plutôt de nuire à la vraie relation.

L'étude montre que les conséquences de l'âgisme sont importantes. En effet, à travers le regard aiguisé de l'autre, la personne qui vieillit se voit diminuer. Des objets visant à améliorer le quotidien deviennent signes ostensibles des pertes. Cela peut être une canne, une téléalarme par exemple. Confronté à une nouvelle image de soi, la personne âgée peut en venir à se poser des questions d'identité. La question de l'utilité dans la société et le sentiment de gêner les autres peuvent alors apparaître.

Les personnes confrontées à l'âgisme peuvent alors en venir à changer leurs comportements pour ne pas se retrouver en situation désagréable où leur baisse de capacité sera bien soulignée. Elles diminueront alors les contacts sociaux incertains ou essayer de maintenir une image de la personne « active » qui ne correspond plus à leurs envies et leurs besoins.

La difficulté des interactions au cours de l'avancée en âge est aussi un facteur de déprise et contribue par là à un repli sur l'espace domestique. En effet l'espace public peut devenir source d'angoisse : peur de gêner, de n'être pas assez rapide à monter dans le bus, de perturber la circulation piétonne. Pour éviter cela, les personnes âgées peuvent préférer leur espace domestique ou faire le choix de sortir aux heures de plus faible affluence.

En effet, contrairement à l'espace public où tout va vite et où la concurrence entre jeunes et personnes âgées peut être source de souffrance, l'espace privé représente un lieu sécurisé. Le domicile est, comme le dit Bernadette Veysset, un « repaire et un repère »<sup>11</sup>. Un repère identitaire, puisqu'il est le lien entre le passé et le présent. Mais aussi un repère spatial car c'est un espace familial, lieu privilégié des habitudes corporelles. Parfois, il existe aussi un espace privilégié hors du domicile, par exemple un club du troisième âge ou une maison de vacances.

### 1.3.2.2 Supports ambivalents

Par leurs regards, leurs paroles ou leurs actes, les autres peuvent être co-producteurs du sentiment de vieillesse mais ils peuvent aussi être des soutiens dans cette avancée en âge. En effet, par des paroles d'encouragements, de sollicitations, d'accompagnement, les relations interpersonnelles peuvent être un support pour la personne qui vieillit. Certains de ces supports sont fragilisés au cours de la vie. Par exemple, quand les petits-enfants grandissent et s'éloignent, le soutien qu'ils représentaient devient moins présent. Mais d'autres demeurent ou apparaissent. Cela peut être avec l'arrivée d'une aide à domicile ou d'un proche qui permettent à la personne âgée de garder une « prise » sur le monde. Mais ces supports deviennent aussi ambivalents lorsque, par leur sollicitude, ils participent à la déprise de la personne âgée. Comme nous l'avons vu plus haut, cela se manifeste par la précipitation de l'abandon de certaines activités, comme conduire ou faire les courses par exemple.

Cette ambivalence des relations avec les proches peut aussi conduire à un repli sur soi, une diminution de l'autonomie. Margret Baltes (*The many faces of dependancy in old age*<sup>3</sup>) a fait ressortir deux mécanismes d'entrée dans une forme de dépendance par rapport à autrui. Elle nomme le premier « dépendance acquise » le fait que l'aidant fasse « à la place » de la personne âgée. Celle-ci perd alors la prise d'initiative. Le second mécanisme d'entrée dans une dépendance est « l'impuissance acquise » lorsque l'aidant ne reconnaît pas tous les efforts que fait la personne pour garder une certaine autonomie ou la retrouver quand elle a pu être perdue suite à une chute ou un accident. Ce refus de voir les efforts accomplis peut décourager la personne âgée qui va alors cesser d'en faire.

Enfin, les autres constituent aussi un support dans le vieillissement car ils représentent un point de comparaison pour les personnes qui avancent en âge. En effet, les personnes âgées se regardent souvent les unes et les autres en évaluant leurs capacités et leurs difficultés les unes par rapport aux autres. Le plus souvent, ces comparaisons se font sur le mode du « contraste descendant », c'est-à-dire avec quelqu'un qu'on trouve moins performant que soi. Finalement, ce mécanisme permet de reconforter l'estime de soi en ayant le sentiment qu'on ne vieillit pas si mal que cela.

### 1.3.3 Sociabilité et institution

#### 1.3.3.1 Les institutions

Les structures d'hébergement pour personnes âgées, c'est-à-dire les foyers-logements, maison de retraite, services de soins de longue durée, accueillent environ 5% des personnes de plus de 60 ans<sup>11</sup>. Mais c'est plus du quart des personnes de 90 ans et plus qui vivent dans des institutions.

Dans *Asiles*, en 1961, Goffman décrivait les structures d'hébergements comme des «institutions totales», c'est-à-dire qu'elles «appliquent à l'homme un traitement collectif conforme à un système d'organisation bureaucratique qui prend en charge tous les besoins»<sup>3</sup>. Les premières enquêtes de terrain, en 1962 ont montré qu'effectivement les structures d'hébergement pour personnes âgées correspondaient à ces descriptions. L'idée d'une structure totale est de prendre en charge la personne globalement et de ne pas marquer de différences entre résidents. Les personnes vivant dans ces types de logements étaient considérées dans l'ensemble qu'elles formaient, abolissant les différences interpersonnelles et les particularités de chacun. Cette vision de la personne âgée, la rareté des activités contribuaient à un repli sur soi, à une baisse considérable des relations.

Des études plus récentes ont proposé heureusement une vision différente. Dans *Vivre en maison de retraite. Le dernier chez-soi*, publié en 2004, Isabelle Mallon<sup>11</sup>, fait ressortir l'évolution dans la manière de considérer la personne âgée en institution. Tout d'abord, elle présente le changement dans le souci d'humanisation de la personne âgée, et de valorisation de son autonomie. Ces évolutions se situent du côté de l'institution, par des moyens concrets mis en œuvre, comme la création de chambres individuelles ou la publication des droits des résidents. Ensuite elle montre comment le changement de regard porté sur les personnes âgées s'est réorienté vers une plus grande individualisation et a porté les soignants à s'adapter à chaque personne accueillie. Elle note que les différences entre résidents sont à prendre en compte tout particulièrement au moment de l'entrée. En effet suivant le passé de chacun, l'entrée en institution peut être positive ou négative. Elle sera ressentie comme un soulagement si la personne âgée se sentait une charge pour son entourage, ses enfants ou ses proches du fait de la baisse importante de ses capacités. Mais l'arrivée en structure d'hébergement pourra aussi être vécue comme une souffrance, en quittant le domicile, voire

comme un abandon. L'attention portée au ressenti propre de chacun est apaisante pour la personne âgée et rassurante pour l'avenir.

Bien sûr il faut tout de même souligner que la cadence de travail imposée au personnel va parfois à l'encontre de ce souci d'attention personnalisée et d'humanisation. C'est ce que Gérard Rimbert explique dans son article *Le chronomètre et le carillon*, publié en 2006 dans la revue *Lien social et politique*. « Comment faire pour à la fois faire vite et respecter le rythme de chacun ? » interroge-t-il. C'est un défi à relever par le personnel soignant. En effet, les impératifs non seulement horaires mais aussi de sécurité vont parfois à l'encontre du souci d'autonomie de la personne âgée. Il ajoute que les normes du « bien vieillir » poussent parfois le personnel à inciter fortement les personnes âgées à participer à des activités alors qu'elles ne le souhaiteraient pas.

### **1.3.3.2 Les interactions**

Nous pouvons relever trois types d'interactions pour les personnes âgées vivant en institution : les relations avec l'extérieur, avec le personnel et avec les autres résidents<sup>3</sup>.

#### Les relations avec l'extérieur.

Il s'agit principalement de la famille et des amis. Ces contacts avec l'extérieur se font généralement à l'intérieur de la maison de retraite, les personnes âgées ne sortant que très peu. Ces relations sont principalement des visites mais peuvent aussi être du courrier ou des appels. La majorité des personnes âgées hébergées en structures ont des relations extérieures mais il faut tout de même rappeler que quelques unes ne reçoivent pas de visites et n'ont pas cette interaction avec l'extérieur.

#### Les relations avec le personnel

On peut penser que le contact avec le personnel est limité et surtout instrumental comme l'écrivait Hélène Thomas dans *Vieillesse dépendante et désinsertion politique*. Mais elle rappelle aussi que cette relation est très importante pour les personnes âgées car elle contribue à l'estime de soi. Mais c'est aussi une relation délicate car elle peut être

dévalorisante. En effet, quand un membre du personnel ne respecte pas l'intimité du résidant, en entrant dans sa chambre sans frapper ou quand il ne tient pas compte de sa pudeur, il viole le territoire, la sphère privée de la personne âgée et participe à une mauvaise image de soi. Il en est de même quand par excès de soin, le personnel a pour la personne âgée une protection infantilisante.

Mais cette interaction compte beaucoup pour les résidents, ils les recherchent car cela les met dans un statut de « bien portant », leur apporte une reconnaissance de leur singularité.

### Les relations avec les autres résidents

Dans *Libres ensemble*, François de Singly parle des relations entre résidents comme des « relations polies à distance »<sup>3</sup>. Il explique en effet que les personnes résidentes veulent à la fois être « sociables » mais tout en se tenant à distance. Il compare ces relations à ce que l'on vit dans une salle d'attente ou dans les transports en communs : elles sont codifiées par des règles de civilités. Ces relations entre résidents qui peuvent nous sembler superficielles, s'expliquent par le phénomène de déprise dont nous avons parlé plus haut qui marque l'avancée en âge. De plus les personnes âgées peuvent avoir tendance à se replier sur elles-mêmes par souci de protection de soi. En effet elles ont à se protéger d'une image d'elles-mêmes que les autres peuvent renvoyer par leurs difficultés mais elles se protègent aussi de l'investissement affectif dans une relation qui risque à moyen terme d'être interrompue par le décès. Parfois se développent tout de même des relations duelles qui sont facilitées par un centre d'intérêt commun, une connaissance en commun ou encore un besoin d'aide d'un résident qui donne à un autre l'occasion de se sentir utile.

## **1.3.4 Prise en charge de groupe**

### **1.3.4.1 L'accompagnement**

Récemment, est apparu dans le champ médico-social le terme « accompagner »<sup>14</sup>. Nous parlons notamment d'accompagnement des personnes en fin de vie. Mais ce terme a été largement utilisé dans le domaine social auparavant. Essayons d'en définir le sens.

Nous pouvons nous appuyer sur la conception définie par Rousseau dans *Le contrat social*. En effet, il s'agit d'un rapport d'échange entre l'individu et la société. L'individu a accepté de vivre dans la société et de ce fait, d'accepter ses règles. Pour cela il a dû renoncer à certaines libertés individuelles. En retour, la société doit lui offrir l'organisation dont il a besoin dans sa vieillesse.

Cette conception propose quatre dimensions de l'accompagnement :

- nécessité de deux acteurs, qu'ils soient des individus ou des groupes d'individus.
- les deux acteurs choisissent librement les modalités de leurs échanges
- le choix des acteurs est consensuel à condition que chacun y trouve un intérêt
- le consensus crée un système d'échanges

Cela signifierait, dans le champ de la gérontologie, que si la personne âgée est en perte de capacités physiques et sociale, la société lui doit ce dont elle a besoin pour exister dignement. Cela peut se traduire en différents moyens : aide économique, psychologique, organisation de soins. Ce sens alors donné à l'accompagnement peut s'inscrire dans la théorie de Mauss sur le don et le contre-don<sup>12</sup>. Selon lui, en acceptant de perdre son autonomie, même si la société n'en est pas responsable, la personne âgée attend de la société une « prise en charge », ou du moins un « accompagnement ».

Cette approche de l'accompagnement met la société face à ses responsabilités, et s'éloigne des rapports de charité ou de misérabilisme qu'elle peut installer envers les personnes âgées.

Si l'on veut vraiment comprendre la notion d'accompagnement, il faut remonter aux codifications compagnonniques du XV<sup>ème</sup> siècle. En effet cette codification définit le compagnon et l'apprenti suivant les connaissances et les savoirs acquis ou en voie d'acquisition. Le compagnon « qui sait » a le devoir de guider et d'éclairer l'apprenti « qui ne sait pas ». Il n'y a pas de rapport hiérarchique entre eux mais une relation par rapport au savoir. Ce savoir est considéré comme le fruit d'un apprentissage, c'est donc une position acquise et non un signe de supériorité.

Il est intéressant de transposer cette notion à la gérontologie. Dans ce domaine, l'accompagnement ne se fait pas non plus sur un rapport de hiérarchie. La sachant n'est sachant que de ce qu'il peut transmettre, et non de tout. Cela signifie que l'accompagné a lui aussi son champ de connaissances et de savoirs. De plus, l'accompagné a le pouvoir d'accepter ou de refuser ce qu'il lui est proposé, ce vers quoi il est conduit, ceci suivant son histoire, ses repères personnels. L'accompagnement de la personne âgée se situe hors de toute hiérarchisation mais doit prendre en compte son potentiel à exprimer ses attentes, ses sentiments et ses refus.

#### **1.3.4.2 Relation accompagnant/accompagné**

La relation d'accompagnement commence par reconnaître et accepter que la personne n'ait pas toute maîtrise sur sa vie et que le soignant ou l'accompagnant n'ait pas tout pouvoir sur la personne. Il faut donc que cette relation débute par une rencontre. Ensuite cette relation nécessite de définir les interactions entre les deux acteurs, et que ces interactions soient comprises et acceptées par les deux parties. Cela demande à l'accompagnant d'expliquer ce qu'il envisage dans cette rencontre et d'entendre de l'accompagné l'approbation ou le refus. Cette approche se place dans un refus de fatalité où la personne âgée n'aurait plus son « mot à dire », où l'on déciderait pour elle, parce que la société seule saurait ce qui est bon pour elle. Michel Personne définit alors cette relation comme une « prise en considération<sup>1</sup> ».

Cette approche se situe dans le présent et non dans le futur comme peut-être la notion de « projet ». L'accompagnement sort la personne âgée d'un avenir que l'on envisagerait avec ou pour elle, en établissant un programme. Au contraire, l'accompagnement est une relation qui est ré-actualisée à tout moment de la vie de la personne. La personnalisation, dit encore Michel Personne, « ne dépend pas exclusivement de l'expression de la personne, mais de l'état dans lequel elle livre son projet et du lieu qui lui permet de s'exprimer ». Cette différenciation entre le fond du message que veut faire passer la personne âgée et sa forme

implique que l'on prenne en considération ce que nous apporte la personne, quel que soit le mode d'expression.

L'accompagnement se caractérise aussi par une mise en commun, un partage de connaissance ou d'opinion qui valorise l'implication dans la relation. Michel Personne souligne l'importance du « tissage de lien ». Cela demande au soignant de se détacher un peu d'une préoccupation qui pourrait être technique, pour accorder une grande importance au rythme de la personne, à ses besoins. Le lien se tisse dans une activité, dans un cadre de soin mais aussi dans des moments très informels. En institution, cela peut être une rencontre dans un couloir ou sur un trajet entre une salle et une chambre par exemple.

Enfin, accompagnant et accompagné doivent être à bonne distance. Cela ne s'arrête pas à une spatialisation de la relation mais appelle à relever des points d'attention. Il s'agit du lieu de l'interaction bien sûr mais aussi du chevauchement avec l'espace vital de la personne, particulièrement son espace intime. Cette bonne distance se traduit aussi par la place du corps, l'image d'elle-même que la rencontre va engendrer chez la personne âgée. Enfin, il s'agit aussi des rites qui introduisent l'interaction, des repères créés pour que l'accompagnement soit un cadre rassurant et serein.

#### **1.3.4.3 Le groupe selon Naomi Feil**

Naomi Feil nous parle de la prise en charge de groupe basée sur la méthode de la Validation<sup>7</sup>.

A partir de fondements théoriques basés sur la psychologie comportementale, analytique et humaniste, Naomi Feil a énoncé les grands principes de la Validation. Cette méthode peut être pratiquée en groupe ou individuellement. Elle demande une attitude d'empathie, une représentation théorique du grand âge pour mieux comprendre ce que vivent les personnes très âgées, désorientées, et par là, mieux comprendre leurs comportements, et des techniques spécifiques qui permettent d'aider les personnes à garder ou retrouver leur dignité.

Nous pouvons résumer les principes de la Validation en trois points : les aspects comportementaux, les aspects évolutifs du développement et les aspects psychologiques.

Les aspects comportementaux nous rappellent que les apprentissages précoces perdurent et que lorsque la mémoire à court terme s'estompe, les apprentissages précoces refont surface. De ce fait, un événement ou une émotion du passé peut ressurgir dans une situation du présent ou du fait d'une perte physique actuelle, la vue par exemple.

L'aspect évolutif du développement consiste à dire que chaque étape de la vie entraîne des tâches à résoudre. Or une tâche non résolue ressurgira plus tard. Arrivé à un grand âge, si certaines tâches n'ont pas été résolues, elles peuvent refaire surface dans une certaine douleur.

Les aspects psychologiques prennent en compte les émotions des personnes très âgées. Certaines émotions, quand elles sont tuées, deviennent encombrantes. L'aidant ou le «validant» doit alors y être attentif pour permettre à la personne âgée de les mettre en lumière afin de s'en soulager. Cela passe par une écoute attentive et empathique, une reconnaissance des émotions, un partage et une validation. De plus, Naomi Feil rappelle dans ces aspects psychologiques qu'une personne âgée ne changera que si elle le désire. Le soignant doit alors se placer comme témoin et non comme acteur d'un changement qu'il n'est pas en droit d'exiger.

### La mise en oeuvre de groupes

Pour Naomi Feil, le principe fondamental du groupe est de « créer un environnement sécurisant, dans lequel les gens apprennent à se faire confiance mutuellement. » Ils peuvent ainsi, dit-elle : « exprimer leurs émotions, interagir verbalement ou non verbalement, résoudre des problèmes d'ordre général, investir des rôles sociaux, maîtriser des règles et prendre conscience de leur valeur. » Ces principes valent pour les groupes de Validation à proprement parler comme pour tout autre groupe thérapeutique.

Pour cette auteur, cette mise en œuvre se passe en sept étapes. Premièrement, il faut recueillir l'information, c'est-à-dire observer les caractéristiques physiques et psychologiques des membres potentiels du groupe. Deuxièmement il s'agit de sélectionner les membres. La troisième étape est d'identifier les rôles de chaque participant. L'attribution de rôles peut permettre une structuration du groupe. La quatrième étape est l'implication de l'équipe soignante et des autres instances de l'institution. En effet, il est important d'obtenir le soutien

de l'institution dans cette démarche. Cinquièmement, il est nécessaire de déterminer le rôle de la musique, de la parole, de l'activité physique, de la collation. La sixième étape est la préparation de la réunion et la septième, la séance proprement dite. A partir de ce modèle, on peut mettre en œuvre des groupes de Validation à proprement parler ou bien de réminiscence ou encore des groupes inspirés de la théorie de Naomi Feil avec une mise en œuvre allégée ou adaptée.

## **2 PARTIE EXPERIMENTALE**

### **2.1 Naissance du projet**

Le groupe sur lequel nous avons travaillé s'inscrit dans une prise en charge orthophonique au sein d'un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes. Les personnes accueillies ont 60 ans et plus et peuvent avoir besoin de soin médicaux. La dépendance est évaluée selon la grille AGGIR (Autonomie, Gérontologie Groupe Iso-Ressources). Les degrés de dépendance sont répartis en six groupes de GIR 1 (très dépendant) à GIR 6 (autonome).

#### **2.1.1 Prise en charge en EHPAD**

La Chimotaie est un établissement affilié à la MGEN (Mutuelle Générale de l'Education National). Cela signifie que, parmi les résidents, beaucoup ont été enseignants ou directeurs d'école. C'est le cas de trois de nos patients du groupe sur quatre au total. Ce sont donc principalement des personnes qui ont un niveau d'étude assez poussé pour leur génération.

La création de ce groupe que nous avons appelé « Autour d'un texte » a été l'aboutissement d'une réflexion sur la prise en charge orthophonique dans cet EHPAD. Peu d'heures d'orthophonie sont attribuées alors que dans la population accueillie, une grande majorité en retirerait un bénéfice. Puisqu'une prise en charge individuelle n'est pas possible au vu du temps imparti, le choix a été fait d'une prise en charge de groupe. Il existait déjà un groupe s'adressant à des personnes à un stade plutôt avancé dans la démence. Notre projet s'est orienté vers des personnes présentant des déficits plus légers, et ayant des capacités langagières préservées pour travailler avec un matériel plus complexe. En effet, le projet était de choisir un texte un peu long et de solliciter les fonctions cognitives à l'aide de questions et réflexions relatives à ce texte.

Les objectifs de ce groupe étaient de solliciter, stimuler et renforcer les fonctions cognitives altérées par le grand âge ou l'entrée en démence.

De plus, la spécificité d'une prise en charge en EHPAD tient aussi au fait que les résidents sont âgés et qu'il n'est pas toujours facile d'apporter un changement dans leurs habitudes et leur emploi du temps. Même si nos quatre patients étaient tout à fait d'accord, chaque vendredi matin où avait lieu le groupe, nous nous retrouvions confrontées à cet obstacle, à l'exception de Monsieur H. Il a fallu plusieurs mois pour que l'habitude s'ancre et que le groupe fasse partie de leurs habitudes.

La prise en charge de groupe en maison de retraite a aussi un intérêt humain dans l'accompagnement et dans les relations entre résidents. Faire des rencontres au grand âge n'est pas évident. Bien que les résidents se croisent régulièrement, ils ne se connaissent pas forcément. Au début de chaque séance, avant la lecture du texte, les participants avaient un peu de temps pour se parler. Nous avons aussi constaté un changement dans le groupe au bout de quelques mois lorsqu'une cohésion de groupe s'est faite et que spontanément durant ce temps de début de séance, ils se disaient bonjour par leurs prénoms et échangeaient un peu sur leur semaine.

### **2.1.2 Choix des patients**

Les patients qui participent à ce groupe appelé « Autour d'un texte » nous ont été adressés par le médecin de l'EHPAD. Il nous avait donné plusieurs noms de résidents potentiellement intéressés par ce travail. Le profil général était une suspicion de démence ou un début de démence, avec une perte des capacités cognitives à un stade encore léger.

Au mois d'octobre, nous sommes allées voir chacune de ces personnes en leur proposant ce travail de groupe. Pour évaluer leurs capacités préservées et cibler leurs difficultés, nous leur avons fait passer des extraits du BDAE. Les épreuves choisies étaient la désignation (discrimination verbale), la logique et raisonnement, la dénomination par le contexte, la compréhension de phrases et de textes, la dictée de mot et la description d'image (scène de la cuisine). Nous avons choisi ce test en évaluation de première ligne des capacités langagières et pour pouvoir approfondir un peu les capacités de raisonnement et de compréhension du langage complexe.

Les épreuves de logique, la compréhension de texte et la description de l'image nous ont plus particulièrement intéressées.

En effet, la logique évaluait bien ce que nous souhaitions entre autre travailler dans le groupe, à savoir le raisonnement et la compréhension de l'implicite. Pour ces items, un court texte est proposé puis des questions sont posées. Nous avons été particulièrement attentives à l'item des lions où les questions ne portent pas sur ce qui est dit dans le texte mais sur le texte en lui-même. La question est : « ce texte explique-t-il comment on chasse les lions ? ». Cet item est souvent échoué car il demande de changer de mode de raisonnement par rapport aux questions précédentes et de prendre du recul par rapport au texte proposé, pour avoir un regard plus critique. C'est précisément ce que nous souhaitions mettre en œuvre dans notre groupe.

L'épreuve de compréhension de texte nous donnait un indicateur de compréhension écrite sur des propositions de plus en plus complexes. Et la description de l'image nous permettait d'observer les capacités d'expression orale sur un matériel donné et les capacités d'analyse d'une situation un peu complexe. Ce qui nous intéressait particulièrement dans cet exercice était ce que les patients apportaient comme informations relatives aux ressentis des personnages de l'image. Par là, nous regardions leur capacité à se mettre à la place d'un autre, à changer de point de vue, leur flexibilité.

Nous avons donc rencontré les personnes que nous avait indiquées le médecin. Parmi celles-ci, nous avons gardé quatre patients pour notre groupe. Nous avons eu des refus, par peur d'être bousculé, par manque d'entrain ou d'envie de sortir, par crainte de ne pas être à la hauteur de notre groupe. Nous souhaitions aussi avoir un groupe assez restreint pour pouvoir échanger plus facilement. Ce projet étant nouveau, nous ne voulions pas risquer un trop grand groupe qui soit un obstacle au travail que nous souhaitions mettre en place.

Pour pouvoir évaluer et objectiver le travail effectué durant cette année, nous avons aussi choisi comme test de référence la Gestion de l'implicite. Chacun des quatre patients du groupe a passé cette épreuve en novembre avant le début des séances, puis en juin après les quatorze séances de cette année. Nous verrons les résultats de ces passations dans le chapitre 2.4.2.

## **2.2 Profils des patients**

Notre groupe thérapeutique « Autour d'un texte » étant composé de l'orthophoniste de l'EHPAD, moi-même, stagiaire, et de quatre patients : trois femmes et un homme.

### **2.2.1 Madame H.**

Madame H. est âgée de 94 ans, et réside à La Chimotaie depuis 2009. Elle arrivait de Paris où elle était directrice d'école primaire et maternelle. Les informations données par le médecin qui la suit signalent une ancienne tendance à l'asthénie voire à la dépression. Elle est particulièrement fatigable. Il n'y a pas de diagnostic de démence posé mais une interrogation par rapport à l'observation d'oublis à mesure. Madame H. en est consciente et nous demandait de lui rappeler le rendez-vous du groupe le matin même et de passer la chercher. Plusieurs fois elle l'avait oublié. Vers la fin de l'année, l'habitude étant prise, la date de la séance suivante ne lui était plus inconnue.

Madame H. a obtenu au Mini Mental State<sup>20</sup> un score de 26 sur 30 le 21 octobre 2011. Nous prendrons les critères d'interprétation du MMS de Michel Kalafat, Laurence Hugonot-Diener et Jean Poitrenaud<sup>22</sup>. Ayant le baccalauréat, Madame H. se situe dans la catégorie de niveau socio-culturel 4. L'étude s'arrête à 89 ans mais pour cette tranche d'âge, le score médian est de 29. Il est surtout intéressant de noter les items où Madame H. a échoué. Elle obtient 1 sur 3 au rappel des mots, ce qui vient conforter l'observation de troubles mnésiques. Les autres items échoués se situent dans l'évaluation de l'orientation spatiale. Il est aussi intéressant de noter la phrase qu'elle a choisi d'écrire en réponse à l'item 28 « voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. » : « Ces tests sont amusants, je pense qu'ils sont révélateurs de ma vieillesse ». Son franc-parler a fait d'elle un membre moteur de notre groupe thérapeutique.

Aux épreuves du BDAE<sup>20</sup>, Madame H. ne fait pas d'erreur et elle est la seule à répondre correctement à la question des lions dans l'item « logique et raisonnement ».

### **2.2.2 Monsieur F.**

Monsieur F. est âgé de 96 ans. Il enseignait les mathématiques au collège. Pour lui, il n'y a ni diagnostic de démence ni même suspicion. Monsieur F. souffre d'insuffisance cardiaque et a fait il y a quelques mois une importante décompensation cardiaque se manifestant par des troubles psychiques importants. Il va maintenant beaucoup mieux sur le plan psychiatrique mais il reste fragile et a besoin d'être mis en confiance et rassuré dans la relation. Il a néanmoins été le plus fidèle membre de notre groupe, d'une ponctualité exemplaire. Il ne présente pas de troubles mnésiques significatifs, si ce n'est un léger déficit d'encodage, mais c'est plutôt l'attention et les fonctions exécutives qui sont touchées. Il lit régulièrement le journal, Le Monde ou le Figaro.

Le score de Monsieur F. au MMS est de 28 sur 30 le 7 octobre 2011, ce qui est assez bon pour son âge. En effet suivant l'étude qui nous sert de référence, la note médiane pour un niveau socio-culturel 4 est de 29 pour la tranche 80-89 ans. Monsieur F. étant plus âgée, on peut considérer que son score de 28 est largement satisfaisant. Il obtient 3 sur 3 au rappel de mots.

Au BDAE, il échoue sur l'item des lions, en répondant à la question « ce texte explique-t-il comment on chasse les lions » par « en écoutant les conseils de sa mère ». Nous pouvons aussi noter que sa description d'image est assez complète mais reste assez extérieure. En effet, il ne fait pas part de ce que peuvent ressentir les personnages ou de ce que lui-même ressent devant cette scène. Il n'entre pas dans un versant interprétatif, peut-être par difficulté exécutive, particulièrement au niveau de la flexibilité.

### **2.2.3 Madame C.**

Madame C. est âgée de 87 ans. Elle est entrée à l'EHPAD de La Chimotaie en janvier 2009. Elle a été infirmière puis assistante sociale. Sur le plan médical, Madame C. a fait des chutes isolées dans les deux dernières années. Ces chutes ont alerté le médecin. Par la suite elle a présenté des troubles de mémoire doublés de troubles du comportement et d'épisodes confusionnels. De plus, le médecin a noté une baisse significative des fonctions supérieures durant les derniers mois. Tous ces éléments lui font suspecter une entrée en démence, sans pouvoir encore poser le diagnostic, faute d'examen complémentaires.

Nous avons pour Madame C. deux passations du MMS. Une première le 29 juin 2011, où elle obtient 23 sur 30, puis une seconde datant du 24 janvier 2012 où nous relevons un score de 20. Les items d'orientation dans le temps sont échoués alors que l'orientation dans l'espace est très bien réussie. Les soustractions sont aussi échouées. Mais nous notons que le rappel des trois mots est bon puisqu'elle obtient les trois points. Madame C. se situant dans la catégorie socio-culturelle 3 et dans la tranche 80-89 ans, la note médiane de son profil est de 28. Nous voyons que son score se trouve bien en-dessous de cette médiane.

Pour les questions du BDAE, nous notons qu'elle échoue à la question des lions, mais si nous analysons ses réponses plus précisément, nous observons qu'elle répond de manière évasive avec des productions comme « certainement » ou « il me l'a pas dit ». Dans la description de la scène de la cuisine, à la différence de Monsieur F., Madame C. ne décrit pas ce qu'elle voit mais donne un point de vue tout à fait subjectif sur la situation et le rôle de chacun. Ainsi nous décrit-elle l'image en ces termes : « Je pense que la mère de famille n'a pas le droit de laisser son gamin monter sur l'escabeau. Ce n'est pas un exemple à donner à sa petite fille. Elle n'est pas attentive. » Cette description peut nous indiquer une difficulté pour Madame C. à se mettre à distance par rapport au support proposé. Nous pouvons relier cela à des troubles des fonctions exécutives.

#### **2.2.4 Madame D.**

Madame D. est âgée de 88 ans. Elle est arrivée à La Chimotaie en juillet 2000. Elle était enseignante de primaire puis de maternelle. Durant ses premières années à l'EHPAD, elle était très active dans la maison puis a vu ses capacités diminuer jusqu'à chuter plusieurs fois il y a deux ans environ. Elle a fait un épisode de décompensation psychologique qui s'est accompagné de délires interprétatifs. Depuis, elle reste dans un discours très fluent voire logorrhéique mais assez répétitif sur fond de délires paranoïaques. En effet, il est souvent question dans ses paroles de mots prononcés par des soignants assez peu délicats à son égard. A chacune de nos rencontres elle reparle de cet épisode évoquant pour elle une souffrance et une forme de culpabilité à avoir besoin d'aide et à perdre son autonomie au fil des années. D'après les données du médecin, Madame D. présente des signes démentiels depuis environ deux ans. Elle serait dans une démence de type mixte. Etant célibataire et sans

enfants, elle semble avoir eu une relation toute particulière à ses parents et ses frères et sœurs. En effet, elle évoque très souvent sa famille, et principalement son père et son frère benjamin décédé il y a quelques années. Marquée par ce décès, elle en parle comme s'il s'agissait d'un événement récent. Ces indications familiales nous permettent de comprendre certaines de ces interventions en individuel ou dans le groupe.

Au 10 août 2011, Madame D. a obtenu un score de 21 sur 30 au MMS. Tout comme Madame C., elle devrait obtenir un score plus proche de 28. En effet, elle se situe dans la tranche d'âge 80-89 ans et dans le niveau socio-culturel 3. La note médiane de cette classe est 28. L'orientation spatio-temporelle est bien réussie puisqu'elle obtient 9 sur 10 à cette série de questions. Mais elle échoue sur le rappel des trois mots et sur les soustractions. Nous pouvons alors dire que ses capacités en mémoire de travail semblent altérées.

Aux questions « logique et raisonnement » du BDAE, nous observons pour Madame D., des réponses tout à fait correctes au début. Puis les items étant de plus en plus complexes, les réponses de Madame D. deviennent plus évasives, par exemple « je suis sceptique » ou encore « sans doute pas ». Ces réponses moins précises peuvent aussi être dues à un effet de longueur. C'est aussi un comportement que nous observerons au long du travail du groupe. Elle approuve l'interlocuteur ou amorce un début de phrase afin de renforcer la parole de l'autre et de manifester sa présence, mais sans pouvoir apporter de réponse informative. Pour l'item du lion, Madame D. se sentant en difficulté, ne répond ni par oui ni par non mais par « je ne sais pas » ou « c'est possible ».

La description de la scène de la cuisine est assez représentative de l'état d'esprit de Madame D. En effet, voici ce qu'elle dit : « La dame fait sa vaisselle. Ça doit être l'entente entre tous. C'est un peu la famille D. » Elle analyse cette image avec tous ses affects et particulièrement sa sensibilité à l'entente familiale. Mais cela montre aussi une grande difficulté à se décentrer de son vécu pour analyser une situation neutre, impersonnelle. Pour Madame D. aussi nous pouvons supposer une atteinte des fonctions exécutives et particulièrement de la flexibilité.

## **2.3 Déroulement des séances**

### **2.3.1 Préparation**

Pour chaque séance, nous préparions un texte à lire, en adoptant une présentation visuelle agréable et claire. Nous avons choisi de numéroter les pages et les lignes pour aider les participants à se repérer. Une fois le texte choisi et mis en forme, nous préparions les questions à travailler pour cette séance.

#### Choix des textes

Le choix des textes s'est fait selon plusieurs critères.

Tout d'abord un critère de longueur. Pour que le travail soit intéressant mais pas trop difficile, nous avons opté pour trois pages. Cela permettait à chaque participant de lire à voix haute et de se passer le relais. Cela suffisait aussi pour aller chercher les informations afin de répondre aux questions. La mémoire de travail étant très sollicitée, nous avons constaté que sur des textes plus longs, les personnes étaient mises en difficulté. Après les premières séances nous avons constaté que les trois pages nous convenaient en terme de durée de lecture à voix haute, de pages à manipuler et d'informations à retenir pour aller retrouver un passage précis dans le texte.

Notre second critère est le contenu. Nous voulons que le texte suscite une évocation de souvenir ou un avis à émettre, ouvre un débat ou contienne une intrigue à dénouer. En effet, par là, nous souhaitons travailler la mémoire à long terme, la flexibilité, l'attention mais aussi l'écoute, le dialogue et la prise en compte de l'avis des autres participants.

Afin que les quatre personnes faisant partie du groupe se sentent à l'aise, découvrent ce travail avec intérêt, nous avons choisi de commencer par des textes se rapportant plutôt aux souvenirs : nous avons donc proposé des récits d'enfance ou des romans régionaux. Ainsi avons-nous choisi comme premier texte un extrait des *Petits bonheurs* de Bernard Clavel. Ce texte parlait d'une scène d'enfance du narrateur, où il nous présentait dans une scène ordinaire de la vie familiale les figures de son père et de sa mère. Cet auteur était

déjà connu des participants et particulièrement apprécié par l'une d'entre eux. De plus, ce récit d'enfance a permis d'entrer dans le texte sans trop de difficulté, l'analyse était tout à fait accessible. Enfin cela nous a permis de parler de l'enfance, d'évoquer des souvenirs.

Nous avons souhaité aussi varier les genres, et les styles littéraires. En restant dans le registre de la famille, nous avons proposé un texte de Camille Laurens décrivant la figure de son père, et la relation à sa propre mère. Sur ce support, les patients ont pu exprimer un avis sur la personne dont il était question, sur son caractère. Mais en allant plus loin, nous avons ensemble cherché à savoir ce qui avait pu se passer avant. En effet, la relation du père à sa mère est assez compliqué mais nous ne savons pas tout de suite pourquoi. Ce genre de texte sollicitait alors les capacités de raisonnement, de flexibilité et de déduction des participants.

Quand le groupe a commencé à se mettre véritablement en place, c'est-à-dire que les participants venaient de plus en plus volontiers et prenaient plaisir à découvrir de nouveaux horizons, nous avons choisi d'aller vers un registre peut-être un peu déstabilisant mais faisant varier les genres. Nous avons alors travaillé sur une histoire policière très courte, *Chi va piano*, de Carlo Lucarelli. Ce récit relate une attaque de banque puis une course poursuite où le cambrioleur se trouve derrière les policiers. Malgré l'inattendu de l'histoire et l'écriture à deux voix, ce texte a été très bien accueilli, suscitant des réactions appropriées, des questions et des rires.

Nous avons aussi souhaité proposer des textes actuels peut-être moins familiers des participants, comme un extrait d'un recueil de Philippe Delerm ou encore un extrait du *Scaphandre et du papillon*, de Jean-Dominique Bauby.

Sur la mise en place d'un tel groupe et quatorze séances sur l'année, nous n'avons pas pu explorer un champ littéraire très large. Nous sommes restés dans une époque plutôt récente, et un style se rapportant plutôt aux sentiments humains, aux relations et aux récits de vie. Il serait intéressant de proposer des textes peut-être plus classiques ou encore étrangers ou d'un style d'écriture différent, plus descriptifs, comme un récit de voyage par exemple. Il faut

garder à l'esprit que ce texte choisi doit être agréable à la lecture et doit permettre une sollicitation des fonctions cognitives et de la compréhension du langage élaboré.

### Questions

La préparation des questions s'est faite sur le même schéma pour garder une unité entre les séances et travailler les mêmes fonctions cognitives avec des supports différents. Ainsi, les premières questions restaient toujours les mêmes : «Avez-vous aimé ce texte ? Qu'avez-vous ressenti ? ». Cela permettait d'entrer dans la partie « questions » de la séance avec une parole libre. Ensuite, nous nous intéressions aux personnages, à une brève description de ceux-ci et un regard sur les relations des uns aux autres.

Puis, nous entrions dans des points plus précis du texte à expliciter. Les questions visaient à approfondir un point particulier ou permettre de donner un avis ou de parler de soi, de son expérience, de sa vie. Souvent à partir de quelques lignes du texte, nous tentions d'en comprendre le sens profond, le caractère d'un personnage ou un point précis de l'histoire. Cela demandait une grande attention, une capacité de mémoire de travail souvent importante. Ayant constaté cela sur les premières séances, nous avons fait le choix d'améliorer la mise en page du texte et de numéroter les pages et les lignes pour faciliter un repérage après la lecture.

Pendant la préparation de la séance, nous gardions à l'esprit deux types de questions. Une première sorte de questions visaient plutôt à travailler la mémoire de travail, l'attention et la compréhension écrite. Ces questions se rapportaient au texte, à une ligne précise, afin que les patients aillent chercher l'information demandée. Cette information était écrite textuellement ou presque. Par exemple il s'agissait des questions du type « où se passe cette histoire ? Combien de personnes voit-on ? Quel âge a le garçon qui parle ? »

Une seconde sorte de questions mettaient plutôt en jeu la mémoire à long terme, la flexibilité, les capacités de raisonnement et de déduction. Nous demandions parfois des avis sur un sujet évoqué, sur un personnage, sur une situation. Il s'agissait par exemple d'évocation orale, en demandant trois mots en rapport avec le texte, ou de répondre par «vrai» ou « faux » à des affirmations données. Ou encore, les patients devaient déduire une

information, par exemple dans le texte extrait des *Petits Bonheurs*, de Bernard Clavel, le narrateur parlait de sa famille et de son retour de l'école. Nous avons demandé aux participants de nous dire si selon ce que disait le narrateur, sa famille était plutôt grande ou petite. Ils devaient déduire des paroles du jeune garçon qu'il n'avait pas de frère ni de sœur et qu'il vivait seul avec ses parents.

Nous pouvions aussi proposer aux patients d'exprimer un avis sur la situation racontée par le texte ou d'évoquer des souvenirs relatifs à cette situation. A ce moment là, la spécificité de la prise en charge de groupe demandait d'écouter l'avis de l'autre, de le prendre en compte, de se décentrer de sa propre histoire pour comprendre ce que vivait le personnage du texte, ou un autre participant. Cela ne s'est pas toujours révélé aisé. Dans la séance sur *La gloire de mon père*, comme nous lisions la scène de la toilette, nous avons évoqué les souvenirs de bains et les équipements de toilette qu'ils avaient dans leur enfance.

Nous avons aussi essayé de passer par l'expression écrite mais cela s'est avéré difficile, au fur et à mesure de l'année, nous avons laissé de côté ce type de questions. Les propositions d'écriture était de deux ordres : un acrostiche ou imaginer la suite d'une phrase.

L'acrostiche partait d'un mot du texte et nous donnions quelques minutes de réflexion aux participants pour trouver des mots, en rapport avec le texte. Ensuite à l'oral, avec des prises de notes pour tout le groupe sur un tableau, chacun pouvait proposer ses mots. Bien que cet exercice soit un peu difficile, nous avons parfois été surprises des propositions. Mais les patients nous exprimaient leurs difficultés et leur manque de goût pour cette proposition et cela ne nous a pas incitées à continuer dans ce sens.

L'imagination d'une suite de phrase consistait à prendre le début d'une phrase du texte et à en changer la fin. Cela sollicite fortement la flexibilité car nous avons déjà lu la phrase initiale et les participants pouvaient l'avoir à nouveau sous les yeux. Cette proposition a aussi été assez difficile à mettre en œuvre.

Les questions proposées permettaient d'aller vers une compréhension un peu poussée du texte et c'est avec un certain intérêt que les participants cherchaient à y répondre, même si l'exercice n'était pas aisé.

### 2.3.2 Séances

Les séances durent environ une heure et se déroulent toujours de la même manière. Nous pouvons dire qu'elles commencent dès le matin avec un rappel du rendez-vous. En effet, mettre un groupe en place chez des personnes très âgées demande une grande attention de la part des soignants car cela vient bousculer leur emploi du temps habituel et il faut accompagner ce changement de beaucoup de douceur. Bien que volontaires, les participants montraient parfois une réticence à venir et avaient souvent oublié le rendez-vous, malgré le planning. Nous avons donc choisi d'aller voir chaque personne environ une heure avant le début de la séance pour leur rappeler celle du jour. C'est aussi le moment de parler à chacun, de voir comment il se sent ce jour-là, et d'accepter un refus quand c'est le cas.

Ensuite, nous passons chercher chaque patient individuellement sauf Monsieur F., qui vient toujours seul et est très ponctuel. Sur le trajet jusqu'à la salle, c'est un moment de partage et d'écoute, un temps informel.

Arrivés à la salle, il faut attendre que tout le monde soit là. Etant deux soignants pour quatre patients, il faut toujours faire un peu preuve de patience pour que le groupe soit au complet. Là encore, c'est un nouveau temps informel, mais cette fois en groupe. Au début de l'année, c'était à nous de faire du lien, d'initier la conversation. Mais par la suite, des relations se sont établies et les participants prenaient ce temps là pour se retrouver, sans que nous ayons besoin de servir d'intermédiaires. Cela aussi fait partie du soin que de permettre à des personnes qui peuvent être assez isolées du fait du grand âge, de se retrouver et de se sentir à leur place, revalorisées comme peut le dire Naomi Feil.

Lorsque tout le monde est là, nous commençons la séance à proprement parler. Nous commençons par présenter le texte du jour, le replacer rapidement dans son contexte et situer l'extrait dans le livre dont il est tiré. Ensuite nous lisons la biographie de l'auteur, que chaque membre du groupe a sous les yeux.

Puis ce sont les patients qui lisent le texte du jour. Lors de la conception du projet, nous avons pensé lire le texte à voix haute et laisser les patients écouter. Mais à la première séance, alors que nous avions la parole pour faire la lecture, Madame H. nous a demandé à lire le texte avec un « On est là pour ça ! ». Nous avons donc approuvé son choix et nous avons par la suite laissé les patients se partager la lecture du texte. Celui-ci étant découpé en

paragraphes, chaque lecteur peut s'arrêter quand il le désire, par unité qui a du sens. Certaines personnes souhaitent lire un peu plus longtemps qu'un seul paragraphe, d'autres moins. Madame D. n'a jamais souhaité lire, de peur d'être submergée par une émotion qu'elle contrôlait difficilement à son goût. Nous avons donc respecté son choix, tout en lui proposant à chaque séance de prendre un tour de parole.

La richesse du groupe à ce moment est de savoir prendre sa place et laisser à l'autre une place. Dans nos quatre participants, certains tenaient facilement leur place mais parfois pouvaient en prendre un peu trop. Il faut rappeler néanmoins que les handicaps liés à l'âge, notamment la baisse d'audition ne facilitent pas toujours la relation. C'est aussi notre rôle d'orthophonistes dans ce type de travail, que de permettre à chacun de s'exprimer et d'avoir accès à tout ce qui se passe dans le groupe. Cela passe par le placement des participants autour de la table et par l'attention que nous avons à parler plus distinctement ou répéter les informations qui n'ont pas été bien reçues.

Mais, là aussi, nous avons vu le groupe évoluer dans le temps et une attention de plus en plus grande se mettre en place entre les membres du groupe. Parfois au moment de la lecture, Madame H., déficiente auditive mais avec une capacité d'initiative importante pouvait couper la parole à Monsieur F. ou Madame C. Mais ensuite, dans les réponses aux questions, nous avons très rarement dû réguler les tours de parole. Chacun laissait s'exprimer celui ou celle qui avait la parole même lorsque l'information donnée n'était pas appropriée.

A la fin de la lecture qui dure environ dix à douze minutes, nous passons à la phase de questions en commençant toujours comme nous l'avons dit précédemment, par « qu'avez-vous pensé de ce texte ? Qu'avez-vous ressenti ? ». Cette question ouverte permet à chacun de donner son avis, sans entrer dans une attente de bonne réponse. Nous avons pu constater qu'à cette question, chacune des quatre personnes s'exprimait. Suivant le texte, et ce qu'il donnait comme écho, nous pouvions avoir des retours positifs, négatifs ou interrogatifs. Cette question d'entrée demande une attention particulière durant le temps de lecture pour pouvoir émettre un ressenti rapide. Les patients ne sont donc pas passifs dans la lecture mais actifs dès le début.

Puis, nous posons les questions préparées en faisant attention à ce que chacun puisse avoir la parole s'il ne la prend pas de lui-même. Nous avons constaté que des réactions suscitées lors de la lecture du texte par exemple des rires pour le texte *Chi va piano* ne voulaient pas dire que l'intrigue avait été comprise. En effet, durant cette séance, nous avons mis un certain temps avant d'explicitier ce qui surprenait dans cette histoire, à savoir les policiers qui courent devant le braqueur de la banque. Nous sollicitons alors la mémoire de travail pour retenir les informations lues précédemment et les traiter. Mais dans ce texte, nous avons aussi fait appel aux capacités de raisonnement et à la flexibilité car il est déstabilisant de se trouver face à une enquête policière où les personnages ne se trouvent pas dans la situation habituelle. Nous avons vu, durant cette séance, que les patients avaient besoin de plus de temps, de réflexion voire d'aiguillage pour saisir tous les détails qui permettent de comprendre la subtilité de l'histoire.

Durant la phase de questions, nous laissons aussi aux participants la possibilité d'aborder un sujet que nous n'avions pas prévu dans la trame de la séance, dans la mesure où cela est adapté au contexte. De plus, ils pouvaient exprimer aussi leurs incompréhensions. En effet Madame H., durant la séance sur *Le scaphandre et le papillon*, a pu dire qu'elle ne comprenait pas la situation du narrateur. Nous avons alors repris l'histoire de celui-ci pour ne pas laisser de malentendus s'installer.

Enfin, nous finissons par un petit bilan en demandant aux patients si ce texte leur avait plu. Puis nous donnons le rendez-vous pour la séance suivante, en règle générale, deux semaines après. Nous présentons très brièvement le texte que nous travaillerons. La séance se clos ainsi.

## **2.4 Conclusions**

Afin de pouvoir évaluer le travail effectué dans ce groupe thérapeutique, nous avons fait un bilan comparatif. Nous avons fait le choix de la Gestion de l'implicite, qui nous semblait le test le plus adapté parmi les épreuves étalonnées, aux fonctions que nous souhaitions travailler.

Notre groupe étant assez réduit, nous avons fait le choix d'une méthode statistique d'étude de cas. Ainsi, nous ne cherchons pas à faire de comparaisons entre les résultats obtenus par les patients mais entre les résultats obtenus pour chaque patient entre octobre et juin. Durant chaque séance, un tableau d'analyse nous a permis de noter les interventions de chaque personne. (cf annexes).

#### **2.4.1 Présentation du test choisi**

Le test de la Gestion de l'implicite<sup>19</sup> consiste à présenter au patient une série de courtes histoires de trois lignes environ et de lui proposer ensuite trois interrogations relatives au texte lu. A chaque proposition, la personne doit répondre par Oui, Non ou Je ne peux pas répondre. Voici un exemple des vingt items du test : « Pierre dit : Il faut beaucoup d'argent pour aller au Canada ; je ne peux pas y aller en ce moment. » Voici les propositions : « Pierre a-t-il beaucoup d'argent en ce moment ? Pierre a-t-il une sœur au Canada ? Pierre a-t-il l'intention d'aller au Canada ? »

Il y a cinq types de questions parmi les soixante questions de l'ensemble du test : les questions « Explicites », « Logiques », « Distracteurs », « Pragmatiques » et « Autres ».

Les questions de type « Explicites » évaluent les capacités de compréhension écrite et de décodage littéral. Elles évaluent aussi les capacités d'adhésion aux règles d'informativité de la communication. Par exemple devant l'énoncé « Catherine dit : « Pierre Durand est un enfant pénible, pourtant il est plus sage que son frère », la question « Pierre Durand a-t-il au moins un frère ? » fait partie de la catégorie « Explicites ».

Les propositions « Logiques » sollicitent les capacités de déduction et de raisonnement logique. Si nous reprenons l'énoncé cité précédemment, la question suivante, « Le frère de Pierre est-il très sage ? », est une question « Logique ». Puisqu'il est dit que Pierre est pénible mais plus sage que son frère, il faut en déduire que son frère est très loin d'être sage mais ce n'est pas dit explicitement dans le texte.

Les distracteurs sont toutes les questions auxquelles il faut répondre par « Je ne sais pas ». Dans l'exemple du Canada, la question « Pierre a-t-il une sœur au Canada ? » est un

distracteur puisque rien ne peut nous permettre de répondre par oui ou par non. Cette catégorie « Distracteurs » évalue la réticence du sujet à dire « Je ne sais pas ». S'il a une tendance à dire « oui », cela révèle une certaine passivité intellectuelle. Au contraire, si le sujet répond quasi-systématiquement aux distracteurs par « non », cela montre qu'il crée sa propre interprétation de la situation mais ne prend pas en compte les informations données.

Les questions « Pragmatiques » sont celles qui découlent d'une information mais ne correspondent pas à un élément explicitement écrit. Par exemple, dans l'énoncé du Canada, la question « Pierre a-t-il l'intention d'aller au Canada, » rentre dans la catégorie « Pragmatique ». En effet, il faut prendre en compte le fait que Pierre envisage d'aller au Canada. Cela fait partie des compétences pragmatiques de tenir compte de ce qui n'est pas dit mais suggéré. Ces questions évaluent les capacités inférentielles du sujet et sa gestion de l'activité de contextualisation. Un score chuté à cette catégorie peut faire penser à une certaine rigidité mentale du sujet aussi bien qu'à une altération de la mémoire de travail.

Toutes les autres questions qui ne rentrent pas dans les quatre catégories décrites ci-dessus s'appellent « Autres ». Ce sont des questions qui représentent néanmoins un coût cognitif très important.

## **2.4.2 Résultats**

Nous allons donc nous intéresser aux résultats obtenus par chacun des patients ayant participé au groupe « Autour d'un texte », et à leurs interventions durant les séances.

### **2.4.2.1 Madame H.**

La première passation de La Gestion de l'implicite a eu lieu le 10 novembre 2011 et la seconde le 22 juin 2012. Madame H. est très fatigable et il n'a pas été possible de réaliser l'épreuve dans son entier ni en novembre ni en juin. Les mêmes items ont été repris leur de la deuxième passation.

En novembre, Madame H. obtient un score de 34 sur 42. Il est intéressant de s'attacher au détail suivant les catégories vues ci-dessus. Nous notons 7/7 aux questions « explicites », 5/8 aux « logiques », 8/9 aux « distracteurs », 11/12 aux « pragmatiques » et 3/6 aux « autres ».

Durant l'année, Madame H. a été présente à presque toutes les séances (douze sur quinze séances), avec quelques absences dues à une trop grande fatigue. Sa présence au groupe a toujours été très active, elle prenait facilement la parole. Son importante baisse auditive la faisait néanmoins perdre certaines interventions mais elle savait se manifester. Ses interventions dans le groupe ont toujours été pertinentes et elle n'a jamais hésité à donner son avis, même s'il divergeait de celui de la majorité. Cependant nous avons pu remarquer des difficultés de compréhension des situations trop subtiles ou inhabituelles. Durant la séance sur le texte *Le Scaphandre et le Papillon*, elle nous a répéter plusieurs fois durant la lecture qu'elle ne comprenait pas ce qui se passait dans cette histoire et qui était le narrateur. Elle a aussi pu nous dire que les séances la fatiguaient car elle y dépensait une importante énergie cognitive. Lors du bilan de l'année, Madame H. s'est montrée très enthousiaste, appréciant le travail fait durant les séances et regrettant vivement ses absences. Cela montre aussi que le groupe lui apportait un bénéfice, cognitif et humain.

En effet, nous avons remarqué un changement au cours de l'année, lorsque des relations se sont établies entre les membres de ce groupe. A partir de ce moment là, il y a eu plus d'échanges, et plus d'attention les uns envers les autres.

Lors de la passation de juin, la note globale de Madame H. est de 35/42. Nous n'observons pas de changement significatif. Elle obtient 7/7 aux questions « explicites », 6/8 aux « logiques », 7/9 aux « distracteurs », 12/12 aux « pragmatiques » et 3/6 aux « autres ». Son score se maintient avec une légère hausse dans certains domaines.

#### **2.4.2.2 Monsieur F.**

Les passations du test ont eu lieu pour Monsieur F. le 10 novembre 2011 puis le 22 juin 2012. D'un point de vue qualitatif, nous pouvons souligner que Monsieur F. était très lent

à répondre lors de la première passation. Il hésitait beaucoup, réfléchissait longuement. Lors de la passation de juin, il gardait cette même concentration et envie de bien faire, mais avec une plus grande rapidité de réponse.

Les résultats obtenus en novembre sont les suivants : 42/60 en globalité. De manière spécifique, nous relevons 10/11 aux questions « explicites », 9/12 aux « logiques », 3/13 aux « distracteurs », 15/18 aux « pragmatiques » et 5/6 aux « autres ». Nous voyons que Monsieur F. est en grande difficulté sur les questions « distracteurs ». Cela vient renforcer l'idée d'un certain manque de flexibilité et d'un trouble attentionnel que nous avons pu observer durant les séances du groupe. En effet, nous avons pu sentir qu'il était difficile pour Monsieur F. de changer de point de vue ou prendre un compte une nouvelle information.

Néanmoins, Monsieur F. a été le plus fidèle du groupe, avec une seule absence, et manifestait de l'enthousiasme à venir. Après les premières séances où il n'osait pas prendre la parole, Monsieur F. a toujours participé activement aux échanges et aux partages. Il a souvent fait part de son histoire personnelle ou de celle de sa famille. Les textes choisis ont pu lui permettre d'évoquer des souvenirs. Malgré un manque de flexibilité que nous avons déjà souligné, ses interventions étaient adaptées et pertinentes. Pour lui aussi, lorsque la scène du texte devenait plus abstraite ou plus complexe, ou lorsque le texte était un peu trop long, il avait plus de difficulté à comprendre le récit et à avoir des réponses aux questions posées. Nous avons remarqué durant les séances que le temps de la lecture provoquait des réactions nous faisant supposer que les patients avaient saisi les subtilités ou les traits d'humour. Or, quand nous posions des questions sur ces points-là, un laps de temps et un étayage lui étaient nécessaires pour trouver la réponse attendue. Monsieur F. a toujours eu besoin d'un peu plus de temps pour se repérer dans le texte et aller chercher la bonne information.

Les résultats de la passation de juin sont en très légère hausse avec une répartition des réponses similaire au mois de novembre. En effet, il obtient 47/60 en note globale et le profil détaillé donne 11/11 aux questions « explicites », 11/12 aux « logiques », 5/13 aux «distracteurs», 15/18 aux « pragmatiques » et 5/6 aux « autres ». Nous relevons que les questions « logiques » ont été mieux réussies en juin, ce qui peut faire penser à une meilleure mobilisation de ses capacités de raisonnement. Cependant, la note aux « distracteurs » a peu

changé, ce qui fait dire que la flexibilité chez Monsieur F. est une fonction plus difficile à mobiliser.

### **2.4.2.3 Madame C.**

Les passations de la Gestion de l'implicite ont aussi eu lieu pour Madame C. le 10 novembre 2011 et le 22 juin 2012. Madame C. s'est prêtée à l'exercice bien volontiers mais il faut souligner un certain manque de distance par rapport aux questions et un manque de stratégie. Qualitativement, il faut souligner que Madame C. ne se contente pas de répondre par « oui » ou « non » mais ajoute souvent un commentaire personnel du type « point d'interrogation », ou « faut croire » ou encore « elle m'a rien dit ». De plus, elle ne revient pas au texte et répond à chaque question de manière un peu impulsive. Pour les premiers items, Madame C. lit les trois questions à suivre avant d'apporter sa réponse. Elle semble chercher l'affirmation vraie. Nous lui avons donc expliqué à nouveau le principe de l'épreuve et les possibilités de réponses par « oui », « non » ou « je ne sais pas ».

Ces réponses inadaptées révèlent des troubles de planification, par la difficulté à prendre en compte un énoncé et s'y tenir mais aussi des troubles de flexibilité. De même dans le travail de groupe, nous avons noté au vue de ses interventions parfois peu adaptées, qu'elle n'arrivait pas toujours à prendre du recul et à trouver l'information pertinentes dans le texte lu.

Au mois de novembre, le score obtenu par Madame C. est : 23/60. Cette note globale est assez faible. De manière détaillée, nous relevons 6/11 aux questions « explicites », 2/12 aux « logiques », 8/13 aux « distracteurs », 6/18 aux « pragmatiques » et 1/6 aux « autres ». Nous pouvons dire que Madame C. est principalement en difficulté devant les questions « logiques ». Ses capacités de raisonnement semblent altérées. De même, le résultat obtenu aux questions « pragmatiques » souligne une difficulté à déduire une information et à prendre en compte le contexte. Les autres scores révèlent tout de même des difficultés importantes des fonctions exécutives, de la mémoire de travail et de la capacité à faire des inférences. Or c'est aussi ce que nous avons pu observer dans les séances de groupe. Souvent, quand Madame D. prenait la parole pour répondre à une question posée, elle relisait l'extrait du texte où elle croyait trouver l'information attendu. Parfois, le passage qu'elle avait choisi n'apportait pas la réponse mais surtout, elle ne s'appropriait pas le contenu, et citait le texte. Elle relisait

l'intégralité de la partie choisie, sans s'arrêter ni à la fin de la phrase, ni même parfois à la fin du paragraphe. Nous devions alors interrompre sa lecture mais il était parfois difficile de la canaliser. Nous pouvons penser à un trouble de l'inhibition chez Madame C. Néanmoins, elle nous a aussi surprises par ses analyses fines des relations humaines.

Madame C. a toujours participé au groupe très volontiers et n'a manqué que peu de séances. En effet, elle a été présente à douze séances sur les quinze de l'année. Elle a pu dire que ce travail lui permettait de s'évader, de se rappeler de souvenirs vécus ou lus. Aimant lire, elle appréciait le moyen choisi dans notre travail, à savoir, le texte. Les relations avec les autres membres du groupe se sont aussi mises en place petit à petit et nous avons relevé à la fin de l'année des attentions particulières portées par Madame C. aux autres.

Même si Madame C. n'a pas toujours eu des réponses et des interventions appropriées, nous pouvons penser que ce travail lui a été bénéfique à la fois sur le plan cognitif que sur le plan humain. Les résultats de juin 2012 montrent une légère hausse générale avec 31/60. Madame C. obtient 6/11 aux questions « explicites », 4/12 aux « logiques », 9/13 aux « distracteurs », 9/18 aux « pragmatiques » et 3/6 aux « autres ». Nous remarquons que le score aux questions explicites n'a pas changé mais c'est dans le domaine du raisonnement et de la pragmatique que nous voyons une petite hausse. Nous pouvons nous demander si le travail de l'année ne l'a pas aidée à prendre en compte un environnement plus large et prendre un peu plus de recul par rapport au matériel apporté.

#### **2.4.2.4 Madame D.**

Durant les passations du 10 novembre 2011 et du 22 juin 2012, Madame D., bien que coopérante, a été difficilement canalisable. En effet, il est difficile pour elle de rester sur un même sujet sans ramener la discussion à son histoire, sa famille, son père et son frère tout particulièrement. Chaque texte de l'épreuve lui rappelait un souvenir, lui évoquait quelque chose qui revenait souvent aux mêmes discussions. Elle dit souvent avoir les idées noires, être pessimiste. Elle se souvient de son arrivée à La Chimotaie où elle était active alors que maintenant elle a besoin d'aide pour la vie quotidienne. Elle a l'impression d'embêter les autres et particulièrement le personnel soignant. Elle a besoin d'être rassurée et valorisée dans ce qu'elle fait et ce qu'elle est. Aussi la passation a duré plus longtemps que pour les autres

patients. Durant la seconde passation, la canaliser était encore moins aisé. Il a été difficile pour Madame D. de comprendre qu'elle n'aurait les réponses aux questions que par les informations apportées dans le court texte et qu'elle ne devait pas chercher dans ses connaissances personnelles.

La passation de novembre a donné les résultats suivants : 29/60 en note générale. En détail nous notons : 5/11 aux questions « explicites », 5/12 aux « logiques », 7/13 aux «distracteurs», 10/18 aux « pragmatiques » et 2/6 aux « autres ». Le faible score aux questions explicites montre que le décodage littéral est difficile pour Madame D. En effet, elle semble envahie par des événements passés. Ses capacités de raisonnement logiques semblent aussi assez faibles avec un score de 5. Mais elle peut prendre en compte le contexte et l'environnement car le 10 aux questions « pragmatiques » est son meilleur score.

Madame D. a été absente à quatre séances. L'organisation de l'EHPAD, ses troubles de planification et son humeur ne lui permettaient pas toujours d'être disponible. Même si parfois sa participation au groupe était un coût cognitif pour Madame D., elle était ravie à chaque fin de séance.

Madame D. a toujours refusé de lire le texte à voix haute. Elle avait peur d'être trop émue et de ne pas pouvoir contrôler ses larmes. Ensuite, elle restait un peu en retrait mais elle participait quand on lui donnait la parole. Madame D. n'avait pas toujours des réponses appropriées ou n'allait pas toujours au bout de ses phrases. Elle approuvait souvent ce qui avait été dit avant, pour manifester sa présence et son avis mais sans s'aventurer sur un terrain nouveau ou donner un point de vue différent.

Les résultats obtenus à la passation de juin sont proches dans la note globale mais différents dans le détail. En effet, on relève 30/60 en note générale. Mais ensuite, on trouve 8/11 aux questions « explicites », 2/12 aux « logiques », 9/13 aux « distracteurs », 8/18 aux «pragmatiques» et 3/6 aux « autres ». Nous pouvons remarquer que la note aux questions «explicites» a augmenté, Madame D. a mieux su tenir compte de l'information énoncée. Mais sa note aux questions « logiques » peut faire penser que ses capacités de raisonnement restent altérées.

		Note Globale	Explicites	Logiques	Distracteurs	Pragmatiques	Autres
Madame H.	Novembre 2011	34/42	7/7	5/8	8/9	11/12	3/6
	Jun 2012	35/42	7/7	6/8	7/9	12/12	3/6
Monsieur F.	Novembre 2011	42/60	10/11	9/12	3/13	15/18	5/6
	Jun 2012	47/60	11/11	11/12	5/13	15/18	5/6
Madame C.	Novembre 2011	23/60	6/11	2/12	8/13	6/18	1/6
	Jun 2012	31/60	6/11	4/12	9/13	9/18	3/6
Madame D.	Novembre 2011	29/60	5/11	5/12	7/13	10/18	2/6
	Jun 2012	30/60	8/11	2/12	9/13	8/18	3/6

## 2.5 Discussion

La conclusion de ce travail de groupe ne peut pas se faire seulement au travers de chiffres, bien que nécessaires pour l'analyse objective. Les résultats obtenus aux épreuves de juin montrent un maintien des capacités cognitives des patients voire une légère hausse. Nous ne pouvons cependant pas imputer ces résultats au seul travail de notre groupe. Ces patients sont aussi sollicités par ailleurs et nous n'avons sûrement pas un recul assez grand pour pouvoir en tirer de telles conclusions. Néanmoins, notre travail d'année a sollicité les fonctions cognitives parfois défaillantes chez nos patients et cela n'est pas négligeable. Il faudrait continuer ce travail et l'évaluer avec plus de distance. Il faut rappeler que nous avons participé à la création de ce groupe et que cela demande un petit délai de mise en place. En effet nous avons déjà parlé de la difficulté à modifier l'organisation réglée des personnes âgées mais il faut aussi rappeler qu'une telle prise en charge demande aussi un ajustement de

la part des soignants. Il faut tout d'abord instaurer la relation, créer du lien. Ensuite il faut ajuster notre travail. Nous avons vu que certaines propositions mettaient les patients en difficulté, nous avons alors choisi de les simplifier ou de proposer à nouveau ces exercices quelques séances plus tard.

Plus en amont, il serait aussi intéressant d'avoir davantage de renseignements médicaux et de bilans cognitifs plus poussés. En effet, des bilans neuropsychologiques nous éclaireraient sur les déficits et les capacités préservées de chaque patient. Mais se pose la question de l'âge du patient et du réel intérêt qu'il retirerait de tout cela. Nous voyons alors que dans ce genre de prise en charge nous nous situons bien dans une démarche d'accompagnement et non plus dans une prise en charge à visée rééducative. Il s'agit de maintenir des fonctions qui s'altèrent, voire de les améliorer si possible mais nous ne pouvons pas avoir qu'un objectif en terme de chiffres et de résultats aux tests. Le patient reste maître de ses choix, et il doit pouvoir trouver dans le travail proposé un bénéfice cognitif certes, mais aussi humain. C'est ce que nous avons essayé de mettre en œuvre, à la fois dans notre relation à chaque patient mais dans les liens qu'ils pouvaient tisser entre eux. Au départ nous servions d'intermédiaires entre chaque participant puis petit à petit nous avons pu nous retirer des relations informelles car ils avaient créé des liens où nous n'avions presque plus besoin d'intervenir dans les échanges précédant le début de la séance.

La séance de fin d'année, le 22 juin, a été un bon bilan sur le plan tant cognitif qu'humain. Pour faire une sorte de bilan de l'année, nous avons repris un extrait des treize textes de l'année. En relisant chaque texte, les patients redonnaient leurs impressions et nous pouvions évoquer non seulement le texte mais aussi la séance et les échanges que nous avions pu avoir. Bien souvent les patients nous disaient avoir oublié ce texte mais un souvenir d'une anecdote de la séance leur permettait de retrouver le souvenir de ce jour. Nous avons pu travailler la mémoire à long terme et aussi laisser les patients s'exprimer sur leur ressenti, échanger sur leur vécu. Nous avons aussi demandé aux patients leur avis sur ce travail d'année. Ils ont pu nous dire que leur présence dans ce groupe leur avait apporté une détente, une ouverture, un travail de la mémoire et une certaine forme d'évasion dans leur quotidien. Ils se sont dit aussi qu'ils ne se connaissaient pas très bien au début mais qu'ils étaient ravis d'avoir pu passer ces moments ensemble.

Cette expérience de groupe mériterait d'être poursuivie avec ces mêmes patients s'ils le désirent afin de prolonger le travail qui n'a été qu'amorcé cette année. On pourrait aussi imaginer l'introduction d'un nouveau patient pour dynamiser le groupe et ne pas tomber dans une routine. Néanmoins, après une coupure de plusieurs mois, un nouveau lancement aurait peut-être besoin de se faire pour réintroduire ces rendez-vous dans l'emploi du temps des patients.

La question pourrait aussi se poser d'un rendez-vous hebdomadaire. A la création du groupe il y avait deux objections à cela : chaque séance de groupe demande une préparation pour laquelle il n'y a pas de temps prévu dans les heures de travail de l'orthophoniste. La seconde concerne les patients : afin d'installer ce rendez-vous dans leurs habitudes, il fallait commencer par un rythme allégé. Après 8 mois de travail, nous pourrions peut-être, de ce point de vue, envisager un changement de rythme.

Nous savons que nous n'avons pas l'exclusivité des propositions de groupe auprès des personnes vivant à l'EHPAD. Nous avons choisi de faire auprès des patients du groupe un travail orthophonique et il est important pour les patients et pour la profession que nous gardions notre spécificité et que nous sachions ce que nous voulons faire. Les patients choisis cette année ne sont pas les seules qui pourraient bénéficier d'orthophonie mais les moyens matériels et les contraintes d'un travail en institution nous obligent à faire des choix. De plus, il est important dans un travail de groupe de sentir dans le choix des membres qu'une entente sera possible, ou du moins que le groupe sera relativement homogène. Nous retirons de cette expérience que ce n'est qu'un petit échantillon de ce que nous pourrions faire en tant qu'orthophoniste. Les retours positifs des patients, que ce soit à la fin de l'année ou à la fin de chaque séance nous confortent dans le fait que nous sommes à notre place dans cette proposition. Elle est bien sûr à développer, approfondir et sûrement à améliorer avec l'expérience et le recul.

## CONCLUSION

Mettre en place un travail de groupe auprès de personnes âgées touchées par le vieillissement des fonctions cognitives ou une démence n'est pas forcément chose aisée. Cela demande du temps et de la compréhension. En effet, il faut se mettre avant tout à la portée du patient pour comprendre ses attentes, ses choix, ses difficultés. Il peut avoir le désir d'entrer dans le travail proposé ou le refuser. Il faut surtout qu'il y trouve un bénéfice, un intérêt. Cela peut être une stimulation et un maintien de la mémoire, de l'attention, du raisonnement, du langage mais aussi un bien-être ou une amélioration de la relation, parce que le patient se sent accompagné, avec un regard bienveillant posé sur lui.

Dans le groupe présenté ici, nous sommes parties de l'hypothèse qu'à partir d'un texte et d'une séance sollicitant les fonctions supérieures, nous contribuerions à une amélioration des capacités de compréhensions fines du langage. Les résultats obtenus nous permettent de constater un maintien des compétences des patients pris en charge.

Ce travail nécessiterait d'être poursuivi et approfondi pour en tirer des conclusions plus solides avec un recul plus important. Il pourrait être imaginé éventuellement un léger changement de formule avec une participation encore plus active des patients dans la discussion et la réflexion autour du texte en restant davantage en retrait pour que les patients puissent échanger un peu plus entre eux. Nous pourrions aussi approfondir l'expression écrite qui a été laissée de côté car elle représentait une certaine difficulté. Les patients étant maintenant familiarisés avec le groupe, pourquoi ne pas solliciter leurs capacités d'écriture à travers un travail collectif. Au grand âge, n'est-il pas aussi important de laisser une trace ?

# BIBLIOGRAPHIE

## Ouvrages et articles

1-Bérubé Louise, (1991), Traité de Terminologie de neuropsychologie et de neurologie du comportement, La Chenelière, coll. Recherche et rééducation, p.80.

2- Boujon Christophe et al., (2002) , L'inhibition : au carrefour des neurosciences et des sciences de la cognition : fonctionnements normal et pathologique, Marseille : Solal, coll. Neurosciences cognitives.

3- Caradec Vincent, (2010) [2005], Sociologie de la vieillesse et du vieillissement, Paris : Armand Colin, coll. 128.

4- Derkinderen Pascal, (2003), « Maladie de Parkinson et déclin cognitif », Neurologies.

5- Dujardin Kathy et Lemaire Patrick, (2008), Neuropsychologie du vieillissement normal et pathologique, Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson., coll. Neuropsychologie.

6- Eustache Francis et Faure Sylviane, (2005) [1996], Manuel de Neuropsychologie, Paris : Dunod.

7- Feil Naomi, De Klerk-Rubin Vicki (2005) Validation. La méthode de Naomi Feil. Pour une vieillesse pleine de sagesse. Pays-Bas : Ed. Lamarre

8- Fiori Nicole, (2006), Les neurosciences cognitives, Paris : Armand Colin, coll. Cursus.

9- Gil Roger, (2010) [1996], Neuropsychologie, Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, col. Abrégés.

10- Godefroy O. et le GREFEX (Groupe de Réflexion pour l'Evaluation des Fonctions Exécutives), (2011), Fonctions exécutives et pathologies neurologiques et psychiatriques Évaluation en pratique clinique, Marseille : Solal, coll Neuropsychologie

11- Jambaqué Isabelle et Auclair Laurent, (2008), Introduction à la neuropsychologie de l'enfant et de l'adulte, Paris : Belin, coll. Atouts psychologie.

12- Mallon Isabelle, (2004), Vivre en maison de retraite : le dernier chez-soi, Rennes : Presses Universitaires Rennes, coll. Le sens social.

13- Mauss, (2004) Sociologie et anthropologie, Paris : PUF

14- Ollat Hélène, (2009), « La dégénérescence lobaire frontotemporale, sa clinique et sa neuropathologie », Neuropsychiatrie : Tendances et Débats, n°37, [en ligne]

[http://www.neuropsychiatrie.fr/extranet/upload/article/346942959\\_29-40%20HO%20texte%201.PDF](http://www.neuropsychiatrie.fr/extranet/upload/article/346942959_29-40%20HO%20texte%201.PDF) (pp. 29-40 consultées le 10.05.2012)

15- Paulin Marion et Pasquier Florence, (2010), Syndrome démentiel, diagnostic et prise en charge, Traité de médecine Akos, Paris : Elsevier Masson.

16- Personne Michel et Vercauteren Richard, (2009), Accompagner les personnes âgées fragiles, Toulouse : Erès, coll. Pratiques Gérontologiques.

17- Rigaud Anne-Sophie. et al., (2010), Troubles cognitifs et principales « démences » ou maladies dégénératives non Alzheimer, Paris : Elsevier Masson, coll. Psychiatrie.

18- Rousseau Thierry et al, (2007), Démences : orthophonie et autres interventions, Isbergues : Ortho édition.

19- Seron Xavier et Van der Linden Martial, (2000), Traité de Neuropsychologie clinique, Tomes I et II, Marseille : Solal, coll. Neuropsychologie.

20- Schnider Armin, (2008), Neurologie du comportement : la dimension neurologique de la neuropsychologie : une introduction destinée aux médecins et psychologues, Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, coll. Neuropsychologie.

21- Veysset Bernadette et Deremble Jean-Paul, (1989), Dépendance et vieillissement, Paris : l'Harmattan, coll. Logiques sociales.

### **Bilans orthophoniques**

22- Duchene May Carle Annick, La Gestion de l'implicite, (2000) Orthoédition

23- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR, (1975) Mini-mental state : a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician, Journal of psychiatric Research, Novembre ;12(3):189-98.

24- Goodglass H., E.Kaplan, Adaptation française de Mazeaux J.M. et Orgogozo J.M. (1972), HDAE (Boston Diagnostic Aphasia Examination), Echelle d'évaluation de l'aphasie, Editions du Centre de Psychologie Adaptée

25- Kalafat M., Hugonot-Diener L. et Poitrenaud J., (Etude de 2002) Standardisation et étalonnage française du « Mini Mental State » (MMS), version GRECO

# ANNEXES

**Extrait de « les petits bonheurs » de Bernard Clavel**

5 « (...)si je décide aujourd'hui de feuilleter ces souvenirs, c'est dans l'espoir égoïste –  
probablement un peu vain- d'en respirer le parfum fané en me racontant ces petits bonheurs  
de rien du tout dont je ne savais pas, à l'époque, qu'ils allaient imprimer en moi une marque  
indélébile » BC

10 Nous habitons la ville. Une toute petite maison au fond d'un vaste jardin  
qui nous séparait d'une rue où passaient encore plus d'attelages que de belles  
voitures à moteur.

A la belle saison, nous vivions sans lumière. On veillait dehors, sur des  
bancs où des voisins venaient parfois bavarder jusqu'au moment où mon père  
se levait en annonçant :

15 - Bon ! Moi, je vais monter.

C'était une manière polie de signifier aux bavards que l'heure était venue  
de rendre le jardin au silence de la nuit. Et ces gens, qui savaient que mon père  
serait debout bien avant eux, le faisaient de bonne grâce.

20 Nous allions nous coucher à tâtons. Mon père restait le dernier pour  
fermer la porte, ma mère montait la première et je m'accrochais à ses jupes  
dans l'escalier obscur. Les marches craquaient. Derrière moi, la main de mon  
père avançait lentement sur la rampe de bois où sa paume calleuse faisait un  
bruit de râpe. Les volets de la chambre demeuraient grands ouverts, et, même  
25 par les nuits les plus noires, on y voyait assez pour se dévêtir et se couler entre  
les draps.. Notre œil était familier de la nuit.

30 En hiver, à mon retour de l'école, je trouvais la cuisine plongée dans la  
pénombre. Seule la grille du foyer vivait, éclairant un rectangle de plancher. Au  
plafond, un minuscule confetti de feu dansait, venu des cercles de la grosse  
cuisinière. La bouillotte chantait. S'il y avait de la neige, le profil de mon père,  
assis devant la fenêtre, se détachait en ombre chinoise. Dès que j'avais refermé  
la porte au nez de la bise qui gémissait pour entrer, mes parents se levaient de  
leur chaise. Mon père tirait les volets. Ma mère allumait la suspension.

35 Alors, la cuisine se mettait à vivre. Seule pièce éclairée et chauffée de la  
maison, elle était comme un îlot tiède au cœur de l'hiver.

Une vie dans une autre vie qui nous était étrangère.

Lorsqu'il fallait aller chercher quelque chose dans l'armoire de la chambre ou le buffet de la salle à manger, nous prenions la lampe Pigeon.  
40 Ainsi, ce petit objet de cuivre surmonté d'un verre sphérique était-il le compagnon de toutes nos expéditions nocturnes. Porté à bout de bras, il nous précédait partout, tirant de l'ombre des meubles et des objets qui n'avaient plus leur visage du grand jour.

A la lumière électrique, une pièce est immobile, ce qui est inanimé y  
45 demeure sans vie. Avec une lampe Pigeon, tout change. Notre salle à manger devenait, à la nuit close, un univers terrifiant. J'en avais peur, mais il m'attirait. La lampe Pigeon posée sur la table n'éclairait jamais certains recoins d'où pouvaient bondir des ogres, des loups ou des monstres. Lorsque j'ouvrais un tiroir, je devais y fouiller à l'aveuglette et mes mains  
50 partaient à la découverte d'un monde où il fallait tout deviner. Le bois des vieilles portes grimaçait de toutes ses veines, furieux d'être tiré de son sommeil. Tout était froid, souvent humide, mais il y avait là une présence que je n'ai retrouvée nulle part ailleurs.

La veillée ne se prolongeait jamais au-delà des devoirs faits et des leçons  
55 apprises, mais mon père avait rarement la patience de nous attendre. Il allumait de nouveau la lampe Pigeon et montait se coucher. Ma mère l'accompagnait pour redescendre la lampe. Quand nous montions à notre tour, le père dormait, le bonnet de coton enfoncé jusqu'aux sourcils, le visage émergeant à peine de l'oreiller.  
60

Lorsqu'il tomba malade, pour la première fois de sa vie, à près de soixante ans, on dut laisser la lampe allumée toute la nuit. Posée sur un petit pétrin qui séparait du mien le lit de mes parents, elle brûlait en tremblotant, noircissant peu à peu le rebord de son verre.

65 Cette maladie de mon père allait me conduire à une découverte extrêmement intéressante. Un jour que ma mère avait dû se rendre en ville pour acheter du sirop des Vosges, sans doute guidé par cet instinct qui pousse les grands explorateurs vers des îles au trésor, je m'habillai comme pour sortir et je me rendis dans la salle à manger. Outre un buffet deux corps dont les  
70 vitres étaient décorées d'iris violets peints par ma tante Léa, se trouvait là une énorme armoire qui contenait toute la garde-robe de mes parents. Je savais

que dans le bas de ce meuble étaient entassées des vieilleries dont on m'avait toujours dit qu'elles n'étaient pas pour les enfants. C'est là, bien entendu, que je me mis à fouiller. Que de richesses ! une énorme lanterne de voiture. Une  
75 autre plus petite avec des vitres rouges. Un casque de la guerre de 14 tout cabossé. Une longue-vue de marine. Un képi bleu du 44. Et tout au fond : des armes. Des vraies. Pas des bricoles de panoplie !

Le sabre de cavalerie devait bien peser deux kilos et je ne parvins pas à le tirer de son fourreau. Mais je pus sortir une épée moins impressionnante. J'étais  
80 tellement ébloui par ma découverte que j'en oubliai l'heure. Quand ma mère rentra, quelques mots suffirent à me ramener sur terre.

L'armoire fut fermée à clef. Il ne me restait plus qu'à trouver la clef, et je savais bien que cette recherche ne me prendrait pas très longtemps.

Mais j'étais triste surtout parce que ma mère me fit honte en me  
85 reprochant de m'être amusé et d'avoir laissé s'éteindre le feu dans la chambre. Mon père se lamentait pour sa provision de bois, et ma mère s'inquiétait surtout de la lampe Pigeon dont la lumière m'empêchait de dormir. En réalité, je luttai contre le sommeil. J'écoutais et je regardais vivre cette pièce qui, jamais encore, n'avait été chauffée.

90 Quand mon père toussait trop fort, la flamme vacillait. Les murs couverts de givre étincelaient. Une houle d'ombres courait au plafond où elle dessinait des cercles pareils à ceux que forment les cailloux en crevant une eau endormie.

Il fallut à mon père un bon mois pour triompher de cette congestion  
95 pulmonaire et des médicaments dont il affirmait qu'ils ruinaient sa santé et son porte-monnaie.

Durant tout ce temps, je restai à l'affût d'une chose qui ne vint jamais. Une chose sans visage et sans nom, que la clarté indécise de la lampe et la vague lueur du feu à travers les micas noircis semblaient se disputer.

100 Finalement, elles la repoussaient aux limites fluctuantes et impalpables de la nuit tapie dans tous les recoins de la pièce.



<b>Acrostiche</b> <i>(propositions)</i> <b>Père</b> <b>Imagination</b> <b>Garçon</b> <b>Endormir</b> <b>Onirique</b> <b>Nuit</b>	<b>Ilôt</b>  <b>Enfance</b>	<b>Poltron</b> <b>Iris</b> <b>Idole</b> <b>Garçon</b> <b>Elève</b> <b>Ombre</b> <b>Nuit</b>	<b>Père</b>  <b>Givre</b>  <b>Obscurité</b> <b>Neige</b>
---	-----------------------------------	---	---

**Le Mari,**

Camille Laurens

-1-

5 Le mari n'est pas de son temps. Il garde dans son portefeuille une photographie de son père prise dans les années cinquante, où l'on voit un homme élégant, jambes croisées, un bras reposant nonchalamment sur l'accoudoir d'un fauteuil club qui semble appartenir au salon d'un transatlantique. Il porte une veste à chevrons et des chaussures de cuir brillantes. Il est contremaître sur les docks, qui le croirait ?

10

Le mari s'est arrêté là, à cette époque où sans doute il vient à peine de naître et où son père a cette prestance qu'il perdra bientôt, devenant vieux, malade, obèse. Le mari s'est fixé là, sur cette image figée qui lui donne depuis toujours, au cœur même du mouvement, la pose à tenir, la conduite à suivre. Il aime le tweed, les cigarettes anglaises, le jazz, les chaussures de luxe, Ella Fitzgerald, Miles Davis, Great Gatsby, le thé, Gary Cooper, Ava Gardner, le tennis, les paquebots, les vieilles Rolex, le crawl, et surtout, passionnément, il aime les voitures qui roulaient dans les rues ces années-là, toutes, surtout les plus belles, les Triumph, les Aston Martin, les Jaguar, il aime ces automobiles merveilleuses que son père ne pouvait pas s'offrir.

20 Le mari n'est pas de son temps, il est du temps de son père. L'avenir a bien réussi quelques percées dans le cliché noir et blanc – il aime aussi les Beatles, les films de Fellini, les romans de Philip Roth et les femmes libérées. Mais à un moment le temps se condense et fait bouchon, tout s'arrête, et n'est plus éclairé que par cette scène ancienne où se joue le passé : il déteste le rap, les hamburgers, les tags, le piercing, la vulgarité, les autoroutes, les baskets, la pub, les côtes bétonnées, les femmes qui fument dans la rue, les drogués, les sciences de l'éducation, les Mercedes, la techno, les T-shirts, les stock-options, Virginie Despentes, Disneyland, les techniques de communication, les jeux télévisés, la télévision, la connerie des gens, et surtout, par-dessus tout, il déteste ce qu'est devenue la langue – « non, dit-il sans cesse aux filles, on ne dit pas : « c'est trop cool », « c'est top », « ça le fait », on ne dit pas, c'est tout »-, la façon dont on parle pour ne rien dire, cette langue qui n'est plus une parole, cette langue sans parole.

35 Elle le comprend, elle admet sa nostalgie. Mais d'autres fois, les années passant, elle n'en peut plus (elle met Cheb Khaled plein tube), et lorsque le mari, pris de tristesse, s'abîme dans la photographie de son père encore jeune et beau, assis jambes croisées dans un fauteuil bridge, elle a cette pensée fugace qui les confond : « C'est un homme mort ».

-2-

40 Un jour il rentre du collège de ZEP où il enseigne l'anglais depuis leur retour en France ; c'est en mars, elle est en congé de maternité, elle ne travaille pas et vit dans l'angoisse de la naissance à venir –une fille, elle le sait, une deuxième fille. Il accroche son imperméable au portemanteau, « mais qu'est-ce que tu as dans le dos, mais qu'est-ce que c'est ? Viens voir... » Il s'approche. Sa veste de laine claire est constellée de taches bleues et  
45 noires – de l'encre, c'est de l'encre. Il l'enlève et la regarde longuement, incrédule, puis il s'effondre sur le canapé, la tête dans les mains. Ses élèves ont trouvé ce moyen simple et silencieux de s'amuser : lorsqu'il écrit au tableau ou passe dans les rangs pour les aider individuellement, d'un mouvement sec de poignet ils projettent dans son dos, comme au jeu de fléchettes, un jet de leur stylo-plume.

50 Le lendemain, il fait une mise au point en classe, il parle de l'humiliation, du mépris, de la tolérance et du respect de l'autre, il dit qu'il ne faut pas salir l'autre – jamais, d'aucune manière.

Lorsqu'il rentre, il ne pense même pas à regarder le dos de sa veste. C'est elle qui voit les taches la première. Elle n'ose pas le lui dire, elle a le cœur broyé, il lui semble que c'est  
55 une épreuve dont ils ne sortiront vivants ni l'un ni l'autre.

Le mari refuse tout compromis, il entre en guerre sans céder d'un pouce, il y va de sa dignité : non, il ne s'habillera pas autrement, même si son élégance est l'objet de la haine, il ne changera rien – justement, *il ne changera pas*, ce serait accepter la négation de lui-même, courber le dos sous l'intolérance qui veut le ravalier à la neutralité, lui faire endosser  
60 l'uniforme, le fondre dans la masse, non il ne substituera pas un T-shirt et un jean à ses costumes-cravates achetés à Londres, il restera lui-même quoi qu'il lui en coûte (« des notes de pressing », dit-elle en s'efforçant de rire), c'est la meilleure leçon qu'il puisse leur donner, la seule chose qu'il ait envie d'enseigner, d'ailleurs : être soi-même parmi les autres.

Tous les jours, pendant des semaines, il a de l'encre sur ses vêtements.

65 Il ne parle plus au milieu des tables, il écrit peu au tableau, il reste face à eux, il fait front.

A la maison, il ne parle plus, il regarde à peine leur fille aînée encore bébé, oublie la naissance à venir. Il reste prostré des heures, la mâchoire dure, les poings serrés. Il est seul.

70 Elle lui dit de s'arrêter, de prendre un congé. Elle lui demande d'en informer son chef d'établissement, ses collègues. Elle l'exhorte à écrire au rectorat, à rédiger un rapport.

Il ne fait rien, il répond qu'au collège tout le monde pense comme les élèves, « les collègues en total look Camif » grince-t-il – qu'il est snob et prétentieux en son dandysme

vain. Sur son bureau, *Les Hommes creux*, de T.S. Eliot, reste ouvert des jours entiers à la même page :

75            *This is the way the world ends*  
              *This is the way the world ends*  
              *This is the way the world ends*  
              *Not with a bang but a whimper*

80            Elle écrit à sa place à l'Inspecteur Général d'Anglais, elle signe une lettre de détresse, elle envoie pour lui un appel au secours, elle dit qu'il est fragile, qu'ils ont perdu un enfant, qu'il ne peut pas rester comme ça.

              Le destinataire répond trois semaines plus tard, la lettre vient de Paris.

              « Cher collègue,

85            Votre épouse s'inquiète gentiment de votre situation professionnelle. Je pense que vous devez examiner votre pratique pédagogique avec lucidité et un certain détachement. Il s'agit d'un nouveau poste, certes un peu difficile, auquel vous devrez vous adapter. Il est en effet souhaitable que des professeurs agrégés comme vous l'êtes dispensent leur enseignement aux enfants les plus défavorisés – c'est pour l'école une garantie de démocratie, pour les jeunes un gage de réussite et d'égalité, pour vous une expérience très enrichissante. En outre, je ne veux pas croire qu'on puisse longtemps voir tout en noir

90            lorsqu'on vit au pays de Paul Valéry et de Georges Brassens.

              Recevez, cher collègue... »

              Deux jours plus tard, se retournant brusquement, le mari surprend un élève bras levé, stylo pointé dans sa direction. Il va vers lui et lui envoie son poing dans l'estomac ;

95            l'autre répond, ils s'empoignent tous les deux parmi les tables, au milieu des élèves debout, hurlant, ils se battent à mort.

              Le lendemain, le mari met sa plus belle cravate pour aller en cours. Son adversaire est absent. Il n'y a pas d'encre sur sa veste claire, ce jour-là, ni les jours suivants. Au loin là-haut le soleil brille sur le cimetière marin.

100            Nous sommes les hommes creux  
              Nous sommes empaillés.

              Ceux qui s'en furent  
              Le regard droit, vers l'autre royaume de la mort  
105            Gardent mémoire de nous –s'ils en gardent- non pas  
              Comme de violentes âmes perdues, mais seulement  
              Comme d'hommes creux

## Annexe 4

Séance du 27/01/2012

### Le Mari, Camille Laurens

Présents : Mme H., Mme C. et Mr F.

	<u>Mme H.</u>	<u>Mme C.</u>	<u>Mr F.</u>
- Discussion : Que ressentez-vous après cette lecture ? Avez-vous aimé ce texte ? Pourquoi ?	C'est un pauvre type	C'est un homme seul	Il est confiné dans sa pensée et ne se détache pas de l'admiration de son père
-Evocation orale : 3 mots qui définissent le mari  La femme  Le père du mari ?	Souffre douleur Faible  Elle n'aime pas la façon dont il se distrait  C'est un homme mort	Malheureux, seul, « il ne parle plus... » <i>(Mme C. cite la texte)</i>  Gentlemen farmer	Obstiné, bloqué par le passé  Patiente. Elle l'exhorte à changer d'attitude
-Questions : Quel métier fait le mari ?  Comment se passe sa vie professionnelle ?	Prof d'anglais au collège  « En look total Camif, c'est vache pour la Camif »		Au lycée mais enseigne quelle matière ?
Acrostiche : COLLEGE (exemple) Culture Oser Livres Liberté Elèves Générosité Enseignants	Cimetière Orgueil Luxe Lettre Gatsby	Collègues Camif Old-fashion Laisser-aller Look Camif	Espoir Enseigner

<p><b>-Affirmations : vrai ou faux ?</b></p> <p><b>-Le mari et sa femme ont des enfants</b></p> <p><b>-Le père du mari était riche</b></p> <p><b>-Le mari est apprécié de ses élèves.</b></p> <p><b>-Sa femme a peur pour lui</b></p> <p><b>-Son supérieur le soutient dans cette épreuve</b></p>	<p>Il aurait voulu s'offrir des choses</p> <p>Surement puisqu'elle écrit à l'inspecteur et qu'elle dit qu'il est fragile. J'aimerais pas.</p> <p>Non.</p>	<p>Elle attend un enfant</p> <p>snob et prétentieux</p> <p>Il est craint</p> <p>Le couple n'est pas solide</p> <p>Non. Lui conseille de rester à sa place.</p>	<p>Ils ont perdu un enfant. « c'est rigolo on ne s'en souvient pas » <i>(texte)</i></p> <p>Non, il était contremaître sur les docks</p> <p>Pas du tout</p> <p>C'est un prof agrégé, il faut qu'il redonne du sens à ses responsabilités</p>
<p><b>« Lorsque le mari, pris de tristesse, s'abîme dans la photographie de son père encore jeune et beau, assis jambes croisées dans un fauteuil bridge, elle a cette pensée fugace qui les confond : « C'est un homme mort ».</b></p> <p><b>Que veut-on dire par là ?</b></p>	<p>Le père est mort réellement et le mari est mort dans la vie</p>	<p><i>Mme C. relit le texte</i></p>	<p>Il n'a plus de sentiment</p> <p>Il n'y a plus rien à en tirer</p>

Extraits de Mon dernier cheveu noir, avec quelques conseils aux anciens  
jeunes

De Jean-Louis Fournier

Biographie

Jean-Louis Fournier est né à Arras, le 19 décembre 1938. Il est écrivain, humoriste et réalisateur de télévision.

Il est le créateur, entre autres, de *La Noiraude* et d'*Antivol, l'oiseau qui avait le vertige*. Par ailleurs, il a été le complice de Pierre Desproges en réalisant les épisodes de *La Minute nécessaire de Monsieur Cyclopède*, ainsi que les captations de ses spectacles au Théâtre Grévin (1984) et au Théâtre Fontaine (1986). On lui doit également l'intitulé de la dépêche AFP annonçant le décès de l'humoriste : « Pierre Desproges est mort d'un cancer. Étonnant non ? ».

Mais c'est en tant qu'auteur facétieux et touchant que le public le découvre véritablement. Avec ses essais humoristiques, Jean-Louis Fournier rencontre un succès immédiat. Dans *'Arithmétique appliquée et impertinente'* (1993), il apprend au lecteur à calculer le poids du cerveau d'un imbécile ou la quantité de caviar que peut acheter un smicard ! Dans un même registre, sa *'Grammaire française et impertinente'* conjugue culture et absurde. Jean-Louis Fournier consacre également deux ouvrages à son enfance. En 1999, il aborde l'alcoolisme de son père dans *Il a jamais tué personne, mon papa'* et obtient le prix Femina 2008 pour *'Où on va papa ?'*, une évocation émouvante du handicap de ses fils.

Depuis, il a écrit deux autres romans : *Poète et Paysan* en 2010 et *Veuf* en 2011.

Texte 1

A quoi reconnaît-on un ancien jeune ? D'abord et avant tout, à ce qu'il est encore là.

L'ancien jeune est gris et pas seulement la nuit.

5 Il est chargé, il a des valises au bout des bras et sous les yeux.

Il est sur le départ et sur le quai, prêt à embarquer. Il prend le bateau qui fait la liaison entre la jeunesse et la vieillesse.

Il n'est plus jeune, il n'est pas encore vieux.

Il a moins d'illusions. Il parle moins, il n'en pense pas moins.

10 Il rit encore, et pourtant il n'y a pas de quoi rire.

La mer est agitée, la traversée va être périlleuse.

Mettez des gilets de sauvetages et restez près des canots. Ne comptez pas trop sur l'équipage, il attend l'héritage.

15

Texte 2

Interdits le saucisson, le foie gras, les frites, la mayonnaise, le confit de canard, le pain, le beurre, le fromage, le vin, le café. Réduire le sucre, ne pas en mettre sur les fruits, ça tue le goût.

20

Le médecin a ajouté : « il ne faut pas sucrer les fraises. Il a ri. Moi pas.

« Le soir mangez légèrement ». Il n'a pas osé dire : « une petite soupe et au lit », je suis sûr qu'il l'a pensé.

« En plus, ce serait bien de vous arrêter de fumer. »

25 « Qu'est-ce qui va me rester ? »

Il n'a pas répondu tout de suite.

« Est-ce que, au moins, je vais augmenter ma durée de vie ? »

Il a eu l'air embarrassé. Il a simplement dit :

« Je ne peux pas vous le garantir... »

30 - Alors, où est l'intérêt ?

- Vous ne vivrez peut-être pas plus longtemps, mais, vous verrez, il y a une surprise.

- Quelle surprise ?

- Ça vous paraîtra beaucoup plus long. »

35 Texte 3

Il m'a examiné, avec soin, il a écouté mon cœur longuement, il a l'air étonné. Peut-être qu'il n'entendait rien. Depuis soixante ans, mon cœur a déjà battu un milliard huit cent quatre-vingt-treize millions quatre cent cinquante-six mille fois. Peut-être qu'il en a eu marre.

Enfin, après un moment de silence qui paraît long, il me dit :

40 « Rien de particulier, ça suit son cours... »

Je ne lui ai pas demandé :

« Qu'est-ce qui suit son cours ? »

Il a ajouté :

« Vous n'avez plus vingt ans. »

- 45 Si je réponds : « merci de me l'apprendre », il va croire que je me fous de sa gueule.  
Je suis à un âge où il faut être poli avec les médecins.  
Comme il faut être poli avec les garagistes, quand on a une vieille voiture.

#### Texte 4

- 50 Tous les soirs, je suis à ses pieds, je la regarde. Je l'admire. Elle est tellement belle que j'ai envie de me mettre à genoux devant.  
Parfois, une colombe se pose sur son épaule.  
Le dimanche, elle chante en latin.  
Elle est discrète. Elle est simple, elle est romane. C'est la petite église de mon village.
- 55 Elle est du XIe, moi du XXe.  
Elle a neuf cents ans de plus que moi.  
La différence d'âge, ça n'empêche pas les sentiments.

#### Texte 5

- J'ai toujours au poignet la montre de ma communion, c'était une montre moderne, maintenant c'est une montre ancienne.  
J'ai passé ma jeunesse à la regarder, surtout en classe. Je trouvais que la trotteuse n'allait pas assez vite, la grande aiguille était encore plus lente et je ne parle pas de la petite aiguille,
- 65 carrément immobile. J'aurais tout donné pour les accélérer, surtout pendant les cours de maths. On m'avait fait croire que si je fixais les aiguilles en pensant très fort, et en répétant « plus vite, plus vite... », elles allaient aller plus vite.  
J'ai été exaucé, mais seulement cinquante ans plus tard. Maintenant, je trouve qu'elles vont trop vite et je donnerais tout pour qu'elles ralentissent.
- 70 Avant, j'étais impatient de grandir. Alors que j'avais toute la vie devant moi, je voulais tout, tout de suite. Maintenant, je suis beaucoup moins pressé, comme si je pouvais attendre.  
Avant, je vidais mon verre très vite, je voulais le finir tout de suite, je croyais qu'il y avait une surprise au fond. Je n'ai rien trouvé.  
Avant, je brûlais ma vie, à feu vif. Maintenant, je laisse mijoter, à feu doux.
- 75 C'est plus long, mais c'est meilleur.

#### Texte 6

- Quand j'avais dix ans, un vieux avait trente ans.  
Quand j'avais trente ans, un vieux avait cinquante ans.
- 80 Quand j'ai eu cinquante ans, un vieux avait soixante-dix ans.  
Quand est-ce que je vais les rattraper ?

Texte 7

- 85 J'ai retrouvé par hasard un vieil ami de classe. Je l'ai invité chez moi. Je voulais le recevoir bien. J'ai choisi tout ce qu'il y avait de mieux.  
J'ai sorti le service en vieux Paris, l'argenterie de la grand-mère, des verres en baccarat XVIIIe. On a dîné aux bougies.  
On a commencé par un très vieux porto. Ensuite, un gigot d'agneau à l'ancienne avec un vieux bordeaux. Puis un vieux sauternes avec un vieux parmesan.
- 90 Après, on a écouté un vieil enregistrement d'Armstrong et on a évoqué quelques morts fraîches en dégustant un cognac hors d'âge.  
Qui a dit que ce n'était pas bon de vieillir ?

95

Texte 8

- La campagne contre le bruit porte ses fruits.  
Le matin, j'entends moins le bruit des poubelles qu'on roule dans la rue.  
Le bruit de la benne à ordures, les cris des enfants qui vont à l'école sont assourdis.
- 100 Les cloches de l'église voisine et ma pendule Napoléon III se sont donné le mot, elles sonnent plus discrètement.  
Les jeunes ont enfin compris, ils ont mis des silencieux sur le pot d'échappement de leur motocyclette.  
Les journalistes de la radio se sont mis à chuchoter dans le poste, la télévision aussi a baissé le son.
- 105 Ma chaîne haute-fidélité a perdu de sa puissance, il faut dire qu'elle est vieille, je suis obligé de monter le volume. Même pour entendre Wagner.  
Depuis quelques temps, ma femme parle plus bas, je suis obligé de lui demander de répéter. Elle a répété, j'ai enfin compris.
- 110 Elle disait : « tu deviens vieux. »  
J'ai fait la sourde oreille.  
Il vaut mieux être sourd que d'entendre ça.

Texte 9

- 115 Dans le métro, une jeune fille de vingt ans est assise, charmante, distinguée. J'ai l'impression qu'elle me regarde furtivement.  
Je me tiens à la barre chromée devant elle.  
Peut-être qu'elle me trouve élégant ?  
J'ai un manteau noir et une belle écharpe écossaise. Le matin, je me suis lavé les cheveux, ils sont longs et mousseux. Elle me trouve peut-être une tête d'artiste, de musicien.
- 120 J'ai pris un air inspiré, je me suis mis à pianoter distraitemment sur la barre chromée, comme sur une contre basse.  
Peut-être a-t-elle un père ordinaire dont elle aimerait changer et elle se dit, avec nostalgie :  
« C'est un père comme ça que j'aimerais avoir » ?

- 125 Non, c'est bien mieux, elle pense aux jeunes qu'elle fréquente, souvent incultes. Elle rêve d'un type qui lui apprenne des choses, qui lui ouvre les portes de la culture. Question culture, j'en connais un rayon, je peux lui citer, dans l'ordre alphabétique, dix pianistes classiques et dix peintres dont le nom commence par un B.  
Soudain, elle se lève, elle vient vers moi, elle me sourit. Elle est encore plus belle, je suis
- 130 bouleversé.  
Comment va-t-elle s'y prendre pour me dire que je l'intéresse ?  
Elle dit :  
« Voulez-vous vous asseoir, monsieur ? »  
J'encaisse le coup.
- 135 J'accepte l'offre, je remercie et je m'assois.  
Elle m'a pris pour un vieux, je vais la prendre pour une petite morveuse.  
Je lui propose une place assise.  
Sur mes genoux.  
Les dix pianistes dont le nom commence par B étaient dans l'ordre alphabétique :
- 140 Paul Badura-Skoda, Jean-Noël Barbier, Pierre Barbizet, Daniel Barenboïm, Arturo Benedetti, Michel Béroff, Stephen Bishop Kovacevitch, Whilhem Blackhaus, Jorge Bolet, Alfred Brendel.  
Les dix peintres étaient :  
Balthus, Bellini, Blake, Bonnard, Bosch, Botticelli, Boucher, Boudin, Braque, Breughel.  
Tant pis pour elle...
- 145

#### Texte 10

- C'est le crépuscule des vieux, bientôt la nuit. C'est beau. Il y a plein d'étoiles dedans.  
Parmi elles, peut-être une étoile morte.
- 150 Comment la reconnaître ?  
Les étoiles, mêmes mortes, continuent leur course, pleins phares, comme si de rien n'était.  
Quand ils sont morts, les hommes roulent tous feux éteints.  
Ils n'éclairent plus la nuit.  
Sauf les génies.
- 155 Mozart, mort en 1791, continue de briller.  
Avec sa petite musique, de nuit.

#### ***VEILLIR S'ECRIT AVEC DEUX AILES***

## Annexe 6

Séance du 06/03/2012

### Mon dernier cheveu noir et quelques conseils aux anciens jeunes, Jean-Loup Chiflet

Présents : Mme H., Mme C., Mme D., Mr F.

	<u>Mme H.</u>	<u>Mme C.</u>	<u>Mme D.</u>	<u>Mr F.</u>
- Discussion : Que ressentez-vous après cette lecture ? Avez-vous aimé ces textes ? Pourquoi ?	Humoristique <i>A beaucoup ri durant la lecture.</i> <i>A aussi fait de nombreux commentaires</i>	Impertinence	Regard	Il analyse son état, fait le point  Mélancolique
L'expression « ancien jeune » vous fait-elle sourire ? Pourquoi ?				Ça change le point de vue
A quelle image compare-t-il l'avancée en âge ? Quels éléments de cette image prend-il ?  Quels avantages montre-t-il dans le fait de vieillir ?  Quels inconvénients souligne-t-il ?	D'abord, il est encore là !  On n'entend plus <i>Mme H. a une importante perte auditive</i>	Un équipage qui attend l'héritage : dénote la mentalité de certains jeunes qui attendent le fric Prévoyant  On dit va-t'en te faire sucrer les fraises <i>faisant allusion au texte 2</i>	Voyage  Faut pas sucrer les fraises	S'habituer à voir le monde d'un aspect différent entre jeunesse et vieillesse  On interdit un tas de choses

<p>A quoi associe-t-il l'adjectif « vieux » ou « âgé » à part aux hommes ?</p> <p><i>On relit le texte 7</i></p> <p>Est-ce pour ces objets ou monuments mieux qu'ils soient vieux ?</p>	<p><i>Mme H est dans ses pensées</i></p> <p>Le service est en vieux Paris. Tout est vieux</p>	<p>Il retrouve un ami de classe.</p> <p>gigot</p>	<p>Bordeaux est meilleur vieux</p>	<p>Il évoque le passé</p>
<p>Comment parle-t-il des médecins ?</p> <p>Quel rôle jouent-ils dans la vie d'une personne âgée ?</p>	<p>Il a de l'humour</p> <p>On pense qu'on en a besoin. C'est pas par sympathie</p>	<p>Comme des empêcheurs de tourner en rond</p> <p>Il s'assimile à une vieille voiture</p>	<p><i>Mme D. approuve</i></p>	<p>Il faut pas qu'ils nous abandonnent</p> <p>Il les compare aux garagistes</p>
<p>Quelle réflexion fait-il sur le temps ?</p> <p>Dans quelles circonstances a-t-on l'impression que le temps passe trop vite ou pas assez vite ?</p>				<p>Sa vision du temps a changé</p> <p>On est pressé quand on est jeune et maintenant on veut voir l'aiguille ralentir</p>
<p>Quel est le quiproquo du texte 9 ?</p>	<p>C'est gentil de la part de la fille</p> <p>Il s'imagine qu'il a une touche</p> <p>Il sait un tas de choses</p>	<p>Il regrette de ne pas avoir son âge</p>		<p>Il lui en veut d'être jeune. Il regrette d'avoir vieilli.</p> <p>Ça le vexe qu'elle lui propose de s'asseoir.</p>
<p>Quelle pourrait-être la « moralité » de ses extraits ?</p> <p>Quelle leçon en tirer ?</p>	<p><i>Ne dit pas grand-chose mais sourit beaucoup</i></p>	<p><i>Relit le texte 10</i></p>		<p>Ça correspond à certaines choses réelles. On s'aperçoit bien qu'on n'entend plus bien, que les jambes fonctionnent moins bien...</p>

### Séance du 22 juin (bilan de l'année)

Phrases extraites de tous les textes de l'année.

- « Lorsqu'il fallait aller chercher quelque chose dans l'armoire de la chambre ou le buffet de la salle à manger, nous prenions la lampe Pigeon. Ainsi, ce petit objet de cuivre surmonté d'un verre sphérique était-il le compagnon de toutes nos expéditions nocturnes. Porté à bout de bras, il nous précédait partout, tirant de l'ombre des meubles et des objets qui n'avaient plus leur visage du grand jour. »  
*Bernard Clavel, Les petits bonheurs*

-« On va s'installer dehors avec un petit sourire. D'autres marcheurs arrivent à présent, ont les mêmes hésitations, puis les mêmes initiatives. Ces déambulations quasi-domestiques donnent à l'instant de la dégustation un charme singulier. On n'est pas tout à fait dans un endroit public, on se sent juste toléré, un peu en fraude. Le soleil pleut entre les branches. Il fait bon. »  
*Philippe Delerm, Une présence*

- « Le père a beaucoup souffert, c'est sûr. C'est un pauvre papa sans maman. [...]. La petite fille devenue femme n'a rien d'un bourreau des cœurs : son ambition la plus noble, au contraire, son projet le plus fier, dès qu'un homme lui plaît, surtout s'il est triste et sombre, c'est de le rendre heureux. »  
*Camille Laurens, Dans ces bras-là. Le père*

-« Elle ne s'était pas trompée : dès qu'elle déboucha devant le grand portail par où elle était entrée tant de fois chez elle – avec, chaque fois, la sensation de pénétrer au cœur de sa vie, surtout quand elle revenait du collège après un bref exil de cinq jours – elle ne vit plus rien, soudain, et dut arrêter la voiture au milieu du passage. « Qu'est-ce que j'ai fait là ? » se demanda-t-elle, sans bien savoir si elle regrettait d'être revenue ou d'être partie. Elle demeura immobile un long moment, laissant se calmer son cœur devenu fou, puis ses yeux aperçurent enfin la maisonnette de l'entrée, celle d'Anselme et de Marie, l'homme et la femme de confiance de ses parents, qui habitaient là depuis toujours. »  
*Christian Signol, La promesse des sources*

-« Deux jours plus tard, se retournant brusquement, le mari surprend un élève bras levé, stylo pointé dans sa direction. Il va vers lui et lui envoie son poing dans l'estomac ; l'autre

répond, ils s'empoignent tous les deux parmi les tables, au milieu des élèves debout, hurlant, ils se battent à mort. »

*Camille Laurens, Dans ces bras-là. Le mari*

- « A 13h 52 mn et 26 s, l'adjudant Mozzi faillit passer par la fenêtre en arrivant au niveau de la voiture noire qui venait de ralentir. « Vous l'avez eu ? Comment ! Vous ne l'avez pas eu ? » hurla-t-il aux agents qui couraient vers lui derrière les voitures bleues de la police qui barraient la route. *Merde, il est rapide ! On aurait dû faire plus vite, ce salaud est déjà passé !* »

*Carlo Lucarelli, Chi va piano...*

-« Vers l'époque des fenaisons, le bruit courut que j'aurais très prochainement un petit compagnon... Mes parents, disait-on avaient engagé des pourparlers mais ils hésitaient sur le choix d'un garçon ou d'une fille. Toutefois, la chose était sûre, la rumeur publique le confirmait : je ne serais plus, à bref délai, l'unique petit du Jean et de la Marie. »

*Antoine Sylvère, Toinou - le cri d'un enfant auvergnat*

-« J'ai retrouvé par hasard un vieil ami de classe. Je l'ai invité chez moi. Je voulais le recevoir bien. J'ai choisi tout ce qu'il y avait de mieux.

J'ai sorti le service en vieux Paris, l'argenterie de la grand-mère, des verres en baccarat XVIIIe. On a dîné aux bougies.

On a commencé par un très vieux porto. Ensuite, un gigot d'agneau à l'ancienne avec un vieux bordeaux. Puis un vieux sauternes avec un vieux parmesan.

Après, on a écouté un vieil enregistrement d'Armstrong et on a évoqué quelques morts fraîches en dégustant un cognac hors d'âge.

Qui a dit que ce n'était pas bon de vieillir ? »

*Jean-Louis Fournier, Mon dernier cheveu noir*

-« J'inaugure mon papier par vous...

Si vous venez, apportez-moi à la main, pour que je l'aie plus tôt mon ATLAS dont j'ai bien besoin, je vous en remercie de tout mon cœur.

Merci mille fois de tout ce que vous faites pour moi, il ne faut pas croire, à cause de mes mouvements de mauvaise humeur, que je suis un ingrat, vous savez comme je vous aime, maman chérie. »

*Antoine de St Exupéry, Lettre à sa mère*

- « Bien entendu, Vincendon ignorait les machines. Il avait même fabriqué la plupart des outils qu'il utilisait. S'il acceptait de travailler les métaux, c'était uniquement pour pouvoir

les mettre au service du bois. Car pour lui, le bois était la seule matière noble. Le bois était digne de l'homme, mais l'homme devait savoir se montrer digne du bois. »

*Bernard Clavel, Les petits bonheurs*

-« Alors, j'appelais Paul, qui commençait par grogner lamentablement, en se retournant vers le mur ; mais il ne résistait pas à l'ouverture de la fenêtre, soudain resplendissante au claquement des volets de bois plein, tandis que le chant des cigales et les parfums de garrigue emplissaient d'un seul coup la chambre élargie. »

*Marcel Pagnol, La gloire de mon père*

-« Pour nous, les mots, il est impératif que les sons qui sont l'essence de notre existence soient bien traités par la voix. C'est elle, et elle seule, qui peut y ajouter de l'émotion qui nous permet de revendiquer notre paternité : la pensée. C'est ce qui s'est passé dans mon cas. »

*Jean-Loup Chiflet, J'ai un mot à vous dire*

-« Tous ne sont pas égaux devant le code, comme on nomme aussi ce mode de traduction de mes pensées. Cruciverbistes et scrabbleurs ont une longueur d'avance. Les filles se débrouillent mieux que les garçons. A force de pratique, certains connaissent le jeu par cœur et n'utilisent même plus le sacro-saint cahier, moitié aide-mémoire qui rappelle l'ordre des lettres, moitié bloc-notes où l'on relève tous mes propos, tels les oracles d'une pythie. »

*Jean-Dominique Bauby, Le scaphandre et le papillon*

## RESUME

L'avancée en âge, qu'elle soit ordinaire ou doublée d'une entrée en démence, entraîne des changements et des pertes des capacités physiques et cognitives. La mémoire, le langage, l'attention, la flexibilité et le raisonnement peuvent être touchés. Une prise en charge orthophonique en gériatrie doit prendre en compte ces déficits mais surtout les capacités restantes pour les maintenir voire les améliorer. En mettant en place un travail de groupe dans un EHPAD, nous avons fait l'hypothèse qu'il améliorerait ces capacités. Basé sur la lecture d'un texte et la réflexion autour de cette lecture, nous avons fait l'expérience de deux aspects fondamentaux : la sollicitation des fonctions cognitives, plus ou moins difficile suivant les patients, et la rencontre au sein d'un petit groupe. Les patients concernés sont avancés en âge mais ont des capacités cognitives assez préservées avec pour certains un début ou une suspicion de démence. Au fil de l'année, à raison de rencontres d'une heure toutes les deux semaines, nous avons vu naître une cohésion de groupe et une attention mutuelle. De plus, les patients ont petit à petit pris leurs repères dans ce travail et nous les avons sentis davantage en confiance et ainsi, plus réactifs, plus naturels. Ce travail nous a montré qu'il fallait du temps pour instaurer une nouveauté dans l'organisation des personnes âgées mais que cela méritait d'être poursuivi. De fait, bien que cette première année ait été positive dans le bien-être des patients au sein du groupe et dans le travail des fonctions cognitives, ce n'est que sur du plus long terme que nous pourrions tirer des conclusions plus fiables.

The ageing process, ordinary or characterized by a beginning of demential syndrome, causes changes and losses of physical and cognitive capacities. Memory, language, attention, flexibility, reasoning can be affected. A speech therapy with old people has to consider these deficits. It has especially to work about the preserved intellectual abilities in order to keep it and improve it if possible. Creating a group work in an old age pension, we thought that it would improve these capacities. Working about the reading of a text and then a questioning time about it, we brought two fundamental things up: the practice of cognitive functions, sometimes difficult, and the meeting process in a small group. The concerned people are old but keep good intellectual abilities. Some of them have a beginning of senile dementia or may have one. All along the year, we met them an hour every two weeks. We saw the beginning of group cohesion and a mutual care. Little by little, people found their way about this group work. We felt them more and more in confidence and more natural. This work showed us that time is necessary to create a new way to organize old people, but it would be good to keep go on. Even if this first year is positive about old people well-being in the group and about the cognitive functions work, we could find more interesting conclusions if we could work longer.

**Mots-clés** : fonctions cognitives, démence, personnes âgées, groupe, lecture

**Key-words** : cognitive functions, senile dementia, old people, group, reading