

L'évaluation du discours de la personne âgée avec un Trouble Cognitif Léger

par Guillaume Duboisdindien & Julie Cattini

1. Introduction générale

L'accompagnement des personnes âgées de plus de 75 ans présentant un Trouble neurocognitif léger (TNC ; DSM-V) plus souvent appelé Trouble Cognitif Léger (TCL)¹ dans la littérature médicale, est un enjeu majeur de santé publique selon l'Organisation Mondiale de la Santé, qui nécessite de tenir compte de dimensions plurielles (i.e. éthique, clinique, scientifique, sociétale). Ce constat apparaît dans un contexte où le vieillissement pathologique, ses conséquences et notamment son traitement, sont de plus en plus discutés sur le plan scientifique international (Chertkow, et al. , 2013; McShane, et al., 2011; Mungas et al., 2010; Ritchie, et al. , 2001; Van der Linden & Juillerat Van der Linden, 2014). En parallèle des recherches biomédicales initiées depuis les années 1980, le domaine clinique et celui des Sciences Humaines et Sociales s'attèlent à explorer de nouvelles trajectoires de recherche clinique afin de caractériser des comportements – langagiers dans notre cas – pour les patients présentant un TCL. La logopédie peut répondre à cet enjeu dans la mesure où il s'agit d'une discipline thérapeutique visant notamment à accompagner (i.e. évaluer, sensibiliser, aménager, traiter) les pathologies de la communication qui affectent à un moment ou à un autre de son évolution, le langage d'un individu.

Cet article propose des trajectoires d'analyses cliniques spécifiquement orientées sur les marqueurs verbaux typiques et évolutifs documentés dans la littérature sur le discours verbal des personnes âgées de plus de 75 ans présentant un TNC. Nous caractériserons succinctement dans un premier temps les éléments discursifs considérés comme typiques du discours des personnes TNC (Section 2). Dans un second temps, nous proposerons à l'aide d'un cas clinique issu de la littérature, un ensemble de marqueurs verbaux dont le praticien peut tenir compte lors de son évaluation (Section 3). Enfin, nous donnerons des pistes concernant l'évaluation et l'intervention en accord avec les recommandations cliniques (Section 4).

¹ Le TNC ou TCL rend compte d'une population d'individus se présentant aux consultations-mémoire avec une plainte mnésique, objectivée par des performances déficitaires aux épreuves psychométriques par rapport à des sujets de même âge et de même niveau socioculturel mais dont les altérations sont considérées comme insuffisamment sévères pour entrer dans le cadre des critères de démence (Petersen et al., 1999 ; de Jager & Budge, 2005).

2. Trouble neurocognitif léger et discours

Dans le cadre du vieillissement cognitif, les principaux auteurs (Craik & Salthouse, 2011; Lemaire, 2015 ; Lemaire & Bherer, 2005 ; Rabbitt, 2014 ; Timothy A Salthouse, 2010) s'accordent sur le fait qu'un changement significatif survient sous l'effet du vieillissement dit normal (i.e. chez toute personne ne présentant pas de pathologie neurodégénérative liée à l'âge) et se caractériserait d'autant plus dans le vieillissement dit pathologique. Dans ces descriptions, ce sont notamment les éléments anatomiques et les mécanismes cognitifs dans l'organisation des informations qu'ils entraînent, qui présentent le déclin le plus précoce. Ce déclin ainsi que l'effondrement de la plasticité neuronale seraient d'autant plus marqués entre 70 et 80 ans (Daselaar et al., 2015 ; T A Salthouse, 1996 ; West, 1996). Ces modifications affectent les compétences langagières et communicationnelles de manière plus ou moins discrètes et ce sur des niveaux linguistiques et langagiers distincts (i.e. phonétique, phonologique, lexico-sémantique, morphologique, syntaxique, pragmatique), notamment chez les personnes âgées présentant un TNC/TCL au risque de s'ancre durablement si le processus se caractérise sous sa forme pathologique de type Maladie d'Alzheimer (MA).

Le TNC/TCL rend compte d'une population d'individus présentant des performances déficitaires sur le plan mnésique mais dont les altérations sont considérées comme insuffisamment sévères pour entrer dans le cadre des critères de démence (Petersen et al., 1999). Il faut cependant avoir en tête que les critères diagnostiques indiquant une tendance vers le vieillissement pathologique, ne font pas consensus (Mueller et al., 2018; Mungas et al., 2010). Il en est de même concernant les effets du vieillissement sur le langage, a fortiori chez les personnes TNC/TCL. La grande hétérogénéité des trajectoires d'évolution cognitive des personnes âgées avec TCL ainsi que la diversité des profils et des activités langagières (e.g. conversation, description sur images, rappel, etc.) proposées dans les études, engage les cliniciens à mener leur évaluation avec vigilance et à envisager le vieillissement dans une perspective développementale (LifeSpan perspective) (Baltes & Goulet, 1970; Lecerf et al., 2007).

A l'heure actuelle, l'hypothèse exécutive est la théorie explicative la plus probante concernant l'origine des troubles neurocognitifs. Les déficits cognitifs (i.e. mémoire, attention, contrôle exécutif) seraient directement impliqués dans les manifestations langagières observées. Les effets sur les mécanismes microlinguistiques (i.e. phonologie, lexique, sémantique, syntaxique) sont variés mais tendent selon les auteurs, vers un ralentissement généralisé. Il y a un affaiblissement dans le traitement du lexique mental et phonologique avec de fait, une augmentation des erreurs de sélection lexicale et des manques du mot (Hasher & Zacks, 1988). Au niveau syntaxique, il est reconnu que les personnes âgées ont tendance à simplifier leur syntaxe et à émettre des segments plus réduits. La dimension sociolinguistique et adaptative des interlocuteurs influencent les performances discursives des personnes âgées.

Ainsi, les personnes âgées sous-accommodent l'interaction alors que les personnes plus jeunes sur-accommodent (Williams et al., 2003).

Ces perturbations microlinguistiques entraînent des atteintes macrolinguistiques (pragmatique, discours). Les personnes âgées ont des difficultés à maintenir la cohérence et la cohésion² du discours. On constate notamment que l'informativité du discours est fragilisée avec un emploi abusif d'anaphores ambiguës (Fossard, 2006). Des études en linguistique clinique soulignent que des faits pragmatiques sont trop souvent déconsidérés lors de la prise de corpus écrits/oraux de la personne âgée. Les marqueurs pragmatiques ou marqueurs de discours ainsi que d'autres ressources langagières comme les formules préfabriquées, les routines narratives, les pauses pleines/vides sont à l'œuvre dans le discours des personnes TNC/TCL afin de maintenir l'échange et devraient être prises en compte. La plupart des tests normalisés n'évaluent pas de telles ressources (Amiridze et al., 2010 ; Duboisindien et al., 2016 ; Hamilton, 1996 ; Wray, 2008, 2017). Le clinicien doit pouvoir sélectionner les marqueurs potentiellement à risque qui pourrait justifier d'une intervention ou du moins de recommandations via une évaluation critériée.

3. Illustration de l'analyse clinique d'un corpus oral

Pour illustrer notre propos nous reprendrons l'extrait issu de Berrewaerts et ses collaborateurs (2003 : 168)³ qui faisait un état des lieux des difficultés pragmatiques d'une personne atteinte de MA. L'exemple donné ici est volontairement plus marqué sur le plan sémiologique afin de donner le plus d'éclairage possible aux lecteurs.

- Expérimentatrice : « *Et cette personne, c'est quelqu'un que vous admirez?* »
 - Patient: « *Oui parce que voyez-vous c'était le c'était le Premier ministre à ce moment-là le plus le plus important, et j'étais jeune à l'époque, avec lui on on avait tous les deux 22 ans, et alors euh; quasiment près de, je vous dis s'il y a un un endroit magnifique pour les ministres, et on peut on on on allait là comme des princes, et c'est c'est-à-dire que là euh on l'a vu très très très souvent très souvent, et ça je l'ai beaucoup aimé parce que c'est parce qu'il y avait lui, lui et elle, de toute façon il est décédé maintenant il est décédé c'est fini, mais voilà une personne dont je peux vous parler, avec qui j'ai beaucoup été, que j'ai vu régulièrement. »*

² Le concept de cohérence implique l'organisation logique de la pensée autour d'une intention globale. Rendant compte de l'organisation conceptuelle du texte, la cohérence se rapporte au niveau sémantique du discours (Pour une revue plus complète, consulter : Wulf, 2008). La cohésion désigne l'ensemble des moyens linguistiques qui assurent les liens intra- et interphrastiques dans le texte. Elle se rapporte au niveau morphosyntaxique et est régie par trois types de phénomènes : la référéntiation, l'ellipse et la connectivité (Halliday & Hasan, 1976)

³ J. Berrewaerts, M. Hupet, & P. Feyereisen (2003) *Langage et démence : examen des capacités pragmatiques dans la maladie d'Alzheimer*. R. Neuropsychologie, Vol. 13, N° 2, 165-207.

Cet extrait présente bien les difficultés de structuration du message de la part du locuteur présentant une MA. En abondant dans le sens des conclusions cliniques des auteurs, nous pouvons objectivement repérer les problématiques de cohérence, de cohésion, d'introduction de nouveaux sujets en parallèle de digressions chez ce locuteur. Cette illustration donne un échantillon de ce que peut être la vie d'un locuteur âgé présentant une MA sur le plan interactionnel. Cependant, nous pouvons partager des conclusions plus complètes de ces compétences, à la lumière des données issues de études en linguistique sur ces questions. En effet, on voit ici s'opérer un déploiement de marqueurs linguistiques (ici en **gras**) très variés qui signalent la volonté du locuteur de maintenir le flux discursif, de rester au mieux dans la thématique, de véhiculer ses émotions et des pans de son identité, malgré ses difficultés de traitement cognitif. On peut notamment voir produire tour à tour :

1. des marqueurs pragmatiques (**en rouge**) : en vue de maintenir la cohésion et les fonctions interactives/expressives : parce que, je vous dis, voyez-vous ;
2. des répétitions (**en bleu**) : en vue de garder le tour de parole, de donner une valeur renforçatrice au propos énoncé et d'aménager la suite du script discursif malgré les manques du mot : très très, très souvent, parce que c'est parce que ;
3. et enfin des collocations⁴ stéréotypées/formules préfabriquées (**en vert**) qui permettent au locuteur de « meubler » le discours par l'intermédiaire de segments figés moins coûteux cognitivement (comme des princes, c'est fini).

Ces différents marqueurs discursifs font partie intégrante de nos habiletés interactionnelles et pragmatiques en vue à la fois de soutenir la planification discursive (régulation de l'interaction), l'expression des émotions (Cowie & Howarth, 1996) et selon la sociolinguiste Hamilton (1996) : préserver l'identité de la personne âgée en situation de trouble cognitif. Avec l'avancée en âge, ces « béquilles linguistiques » se multiplient et s'accroissent, selon plusieurs études prenant le parti d'une analyse empirique des faits langagiers à travers des corpus orientés sur le vieillissement.

4. Quelques recommandations pour la clinique

Des difficultés discursives et pragmatiques sont un facteur de risque pour le bien-vieillir et l'intégration sociale, qu'il est crucial de prendre en compte chez les personnes âgées les plus fragiles sur le plan cognitif. Les méthodologies d'analyse de corpus oraux, issues des Sciences du Langage ont le potentiel d'informer les acteurs de santé qui exercent auprès des personnes TCL ou présentant une

⁴ Une **collocation** est la combinaison d'un mot à un autre au sein d'un segment ou encore un rapprochement de termes qui, sans être fixe, n'est pas pour autant fortuit, par exemple : « mince espoir », « entraîner des conséquences » « tel père, tel fils ». Lorsque la collocation n'autorise aucune variation de ses éléments, on parle aussi d'« expression » ou de « locution figée » (ex.: passer son tour), qui peut aboutir à transformer l'expression en unité lexicale (ex.: au fur et à mesure) (lire Tremblay, 2014).

démence, en délivrant des informations facilitatrices pertinentes pour la prise en soin, dans une démarche d'Evidence Based Communication and Caring Strategies (stratégies de communication et d'accompagnement basées sur des données probantes – White et al., 2018).

L'analyse sur corpus a l'avantage de décrire les caractéristiques langagières du discours d'un patient et pourrait pallier le manque de données communicationnelles obtenues lors des épreuves normalisées. Lors de la constitution d'un corpus oral en situation clinique, nous conseillons d'emblée, de respecter quelques éléments pour obtenir des données robustes et comparables :

- Déterminer des critères préétablis pour l'analyse linguistique et langagière ;
- Sélectionner judicieusement la tâche de production orale (conversation ou épreuve narrative, entretien dirigé ou semi-dirigé etc.) et une trame d'échange avec questions de relance si vous développez une approche en entretien semi-dirigée ;
- Veiller à enregistrer avec un dictaphone ou une caméra la séquence (surtout si vous envisagez d'intégrer une analyse gestuelle par la suite) ;
- Transcrire rigoureusement le corpus oral en se basant sur un protocole de transcription faisant référence⁵ ;
- Proposer la tâche de production orale dans un cadre identique d'une séquence d'évaluation à une autre, en vue d'assurer une comparabilité inter-tâche.

Cette évaluation permettra, selon les critères que vous aurez choisis sur base de modèles ou de données externes (e.g. revue systématique, revue narrative, études observationnelles, avis d'expert), d'analyser des critères comme : la productivité, la diversité lexicale, la simplification syntaxique, les pauses, la cohérence, la cohésion et les routines narratives. Le logopède pourra ainsi objectiver des comportements langagiers évolutifs du discours d'un patient âgé par rapport à lui-même.

Il est indispensable pour les aidants et soignants, d'avoir connaissance des ressources communicationnelles des personnes âgées en situation de dépendance ou de fragilité cognitive.

5. Conclusion

Selon les recommandations de bonnes pratiques, il est important que le clinicien réalise des mesures en discours afin d'évaluer de manière fonctionnelle le langage du patient, de contrôler la présence d'un éventuel effet de généralisation à la suite de l'intervention proposée et de promouvoir des approches rééducatives écologiques (Hopper et al., 2013; Morello et al., 2017). Cet article a présenté de manière succincte le caractère évolutif du langage de la personne vieillissante en contexte de TNC qui est davantage à considérer dans un continuum.

⁵ Convention ICOR CNRS, téléchargeable sur : http://icar.cnrs.fr/projets/corinte/documents/2013_Conv_ICOR_250313.pdf,
Convention Ciel-F, téléchargeable sur : http://www.ciel-f.org/assets/files/conventions_ciel-f.pdf

Dans ce cadre, il est important de proposer une évaluation adaptée et individualisée qui permette de mettre en évidence les déficits mais également les ressources du patient âgé pour maintenir la communication. L'objectif du clinicien dans cette perspective, serait de proposer un ensemble de plans d'actions (i.e. recommandations versus intervention) et d'objectifs permettant à un/des individu(s) d'accéder à l'indépendance, à l'autonomie (Hawley & McWriter, 1991). Un vieillissement réussi dépend particulièrement de l'environnement social de la personne âgée.

À PROPOS DES AUTEURS

Julie Cattini est logopède et exerce en activité libérale en pédiatrie et adolescence au Luxembourg. Elle est formatrice sur l'approche en Evidence-Based Practice et collabore sur des projets de recherche clinique (France, Canada) orientés vers l'étude la cognition mathématique chez l'enfant, la modélisation des évaluations critériées et l'analyse psychométrique des tests.

Guillaume Duboisindien est orthophoniste et chercheur en psycholinguistique à l'Université Paris-Nanterre (UMR 7114). L'essentiel de son activité de recherche porte sur la caractérisation langagière du continuum entre le vieillissement sain et pathologique, l'étude de la pragmatique clinique dans une approche LifeSpan et l'analyse de la communication multimodale pour des besoins cliniques et technologiques.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Amiridze, N., Davis, B. H., & MacLagan, M. (2010).** *Fillers, Pauses and Placeholders. In Typological Studies in Language: Vol. 93.* Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.
- Baltes, P. B., & Goulet, L. R. (1970).** Status and issues of a life-span developmental psychology. In *Life-span developmental psychology: [R]esearch and theory* (pp. 4–23).
- Berrewaerts, J., Hupet, M., & Feyereisen, P. (2003).** Langage et démence: Examen des capacités pragmatiques dans la maladie d'Alzheimer. *Revue de Neuropsychologie*, 13(2), 165–207.
- Chertkow, H., Feldman, H. H., Jacova, C., & Massoud, F. (2013).** Definitions of dementia and predementia states in Alzheimer's disease and vascular cognitive impairment: consensus from the Canadian conference on diagnosis of dementia. *Alzheimer's Research & Therapy*, 5(Suppl 1), S2. <https://doi.org/10.1186/alzrt198>
- Cowie, A. P., & Howarth, P. (1996).** Phraseology - a Select Bibliography. *International Journal of Lexicography*, 9(1), 38–51.
- Craik, F. I. M., & Salthouse, T. A. (2011).** *The Handbook of Aging and Cognition: Third Edition.*
- Daselaar, S. M., Iyengar, V., Davis, S. W., Eklund, K., Hayes, S. M., & Cabeza, R. E. (2015).** Less Wiring, More Firing: Low-Performing Older Adults Compensate for Impaired White Matter with Greater Neural Activity. *Cerebral Cortex*, 25(4), 983–990.
- Duboisindien, G., Bolly, C., & Lacheret, A. (2016).** De la sémiologie linguistique à la sémiologie clinique : L'intérêt d'une approche multimodale auprès des personnes âgées les plus vulnérables. *Actes de Colloque. COLDOC 2015 - Dimensions Multimodales Des Pratiques Discursives: Une Perspective Actuelle Pour Les Linguistes*, 20–32. France: Université Paris-Nanterre.
- Fossard, M. (2006).** Aspects psycholinguistiques du traitement des démonstratifs : résultats « croisés » en français et en anglais. *Langue Française*, 152(4), 82.
- Halliday, M. H., & Hasan, R. (1984).** Cohesion in English. In *Mei-yun Yue, Cohesion and the Teaching of EFL Reading. Forum* 31(2), 2-20.
- Hamilton, H. E. (1996).** Intratextuality, intertextuality, and the construction of identity as patient in Alzheimer's disease. *Text*, 16(1), 61–90.
- Hopper, T., Bourgeois, M., Pimentel, J., Qualls, C. D., Hickey, E., Frymark, T., & Schooling, T. (2013).** An evidence-based systematic review on cognitive interventions for individuals with dementia. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 22(1), 126–145.

- Lemaire, P. (2015). *Viellissement cognitif et adaptations stratégiques*.
- Lemaire, P., & Bherer, L. (2005). *Psychologie du vieillissement : une perspective cognitive*.
- McShane, R., Noel-Storr, A., Ritchie, C., & Flicker, L. (2011). The quality and extent of evidence for biomarkers: a Cochrane systematic review. *Alzheimer's & Dementia*, 7(4), S100–S101.
- Morello, A. N. D. C., Lima, T. M., & Brandão, L. (2017). Language and communication non-pharmacological interventions in patients with Alzheimer's disease: a systematic review. *Communication intervention in Alzheimer. Dementia & neuropsychologia*, 11(3), 227-241.
- Mueller, K. D., Koscik, R. L., Hermann, B. P., Johnson, S. C., & Turkstra, L. S. (2018). Declines in Connected Language Are Associated with Very Early Mild Cognitive Impairment: Results from the Wisconsin Registry for Alzheimer's Prevention. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 9. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2017.00437>
- Mungas, D., Beckett, L., Harvey, D., Tomaszewski Farias, S., Reed, B., Carmichael, O., ... DeCarli, C. (2010). Heterogeneity of cognitive trajectories in diverse older persons. *Psychology and Aging*, 25(3), 606–619.
- Petersen, R. C., Smith, G. E., Waring, S. C., Ivnik, R. J., Tangalos, E. G., & Kokmen, E. (1999). Mild cognitive impairment: Clinical characterization and outcome. *Archives of Neurology*, 56(3), 303–308.
- Rabbitt, P. (2014). The Elements of Cognitive Aging. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 68(1), 205–206.
- Ritchie, K., Artero, S., & Touchon, J. (2001). Classification criteria for mild cognitive impairment: a population-based validation study. *Neurology*, 56(1), 37–42.
- Salthouse, T. A. (1996). The processing-speed theory of adult age differences in cognition. *Psychological Review*, 103(3), 403–428.
- Salthouse, Timothy A. (2010). Selective review of cognitive aging. *Journal of the International Neuropsychological Society*, Vol. 16, pp. 754–760.
- Tremblay, O. (2014). No Title. *Québec Français*, 171, 74–76.
- Van der Linden, M., & Juillerat Van der Linden, A.-C. (2014). Penser autrement le vieillissement. In *PSY-Théories, débats, synthèses*.
- West, R. L. (1996). An application of prefrontal cortex function theory to cognitive aging. *Psychological Bulletin*, 120(2), 272–292.
- White, C. L., Overbaugh, K. J., Pickering, C. E. Z., Piernik-Yoder, B., James, D., Patel, D. I., ... Cleveland, J. (2018). Advancing Care for Family Caregivers of persons with dementia through caregiver and community partnerships. *Research Involvement and Engagement*, 4(1), 1.
- Williams, K., Kemper, S., & Hummert, M. L. (2003). Improving nursing home communication: an intervention to reduce elderspeak. *The Gerontologist*, 43(2), 242–247.
- Wray, A. (2008). Formulaic sequences and language disorders. In M. Ball, M. Perkins, N. Muller, & S. Howard (Eds.), *Handbook of clinical linguistics* (pp. 184–197). Oxford: Blackwell.
- Wray, A. (2017). The Language of Dementia Science and the Science of Dementia Language. *Journal of Language and Social Psychology*, 36(1), 80–95.
- Wulf, J. (2008). Singulière cohérence. *Congrès Mondial de Linguistique Française 2008*.