

RÉSUMÉ

Les auteurs proposent une réflexion sur l'état des fonctions cognitives de sujets âgés hospitalisés en gériatrie. Grâce à la B.E.C. (Batterie d'Evaluation Cognitive) mise au point par Signoret et coll., ils ont pu explorer les activités mnésiques, les activités organisatrices et les activités verbales et perceptivo-motrices de 721 patients. Si les résultats ne sont pas surprenants et confirment la réalité des troubles de la mémoire et de l'apprentissage ainsi que la diminution des performances cognitives, ils permettent d'affirmer la bonne conservation des activités organisatrices, une certaine efficacité en dénomination et l'existence chez les sujets âgés d'une activité volontaire tenace sur laquelle pourrait s'appuyer une rééducation efficace.

MOTS-CLÉS

Cognition - Gériatrie - Evaluation - Rééducation - Réadaptation - Alzheimer - Mémoire - BEC 96.

Jean MÉTELLUS
Praticien Hospitalier, Neurologue,
Docteur en Linguistique,
Professeur au Collège de Médecine
des Hôpitaux de Paris.

Michel ALLARD
Chercheur Laboratoire IPSEN

Alexandre BODAK,
Colette LAMBERT,
Claude DI MENZA,
Jean-Pierre VINCENT
Chefs de Service

Jean-Marie PÉQUIGNOT,
Daniel SCHACRE
Médecins du Service du Dr Bodak

Anne-Marie MARANE,
Chantal CALVÈS,
Claude BRETON,
Isabelle EYOUM
Orthophonistes,

Pavillon Calmette
94456 LIMEIL-BREVANNE Cedex
Centre Hospitalier Emile Roux

A PROPOS DES FONCTIONS COGNITIVES DE 721 PATIENTS D'UN HÔPITAL DE GÉRIATRIE ÉVALUÉES GRÂCE À LA B.E.C. 96 (Batterie d'Evaluation Cognitive)

SUMMARY

The authors propose a reappraisal of the state of cognitive functions in elderly people in the geriatric department, with B.E.C. test (Cognitive Evaluation Test) made by Signoret et al. They investigated memory, planning, language and perceptivo-motor activities of 721 patients. If the results are not surprising and confirm the reality of mnemonic and apprehension disorders as well as reduction of cognitive performances; they enable to assert the good conservation of planning, a good efficiency in word-naming and the existence in elderly people of a voluntary activity necessary for efficient rehabilitation.

KEY WORDS

Cognition - Geriatrics - Assessment - Therapy - Rehabilitation - Alzheimer - Memory - BEC 96.

INTRODUCTION

L'objet de cette étude est de tracer le profil d'efficience cognitive de divers groupes de sujets âgés, hospitalisés dans un hôpital de gériatrie, aussi bien en service de moyen que de long séjour.

Elle fait suite à une première étude que nous avons effectuée en 1989-1990 à l'hôpital E. ROUX de Limeil-Brévannes sur 87 patients. Ce travail présenté le vendredi 16 mars 1990* à l'Hôpital E. ROUX avait donné lieu à une communication aux Entretiens de Bichat le 21 septembre 1990*. L'idée et la volonté d'explorer systématiquement les sujets âgés sur le plan des fonctions supérieures remontent au début des années 70 ; il n'y avait alors aucun prestige intellectuel ou sociologique à vouloir sortir de leur mutisme des sujets âgés intellectuellement affaiblis. Maintenant les choses ont heureusement changé. Au terme d'un premier travail publié en 1974, nous écrivions : "Nous insisterons, pour terminer, sur le fait que notre expérience est limitée à 4 cas, que deux corpus seulement ont été étudiés pendant cinq mois. Pour l'instant, nous nous gardons de tirer des conclusions. Il nous faudra recueillir et étudier davantage de corpus avant de nous prononcer sur la notion d'irréversibilité des troubles des fonctions intellectuelles chez le vieillard réputé dément. Si de tels faits se confirmaient sur une plus grande population la notion de transfert d'apprentissage et d'habitudes - qui ne remet pas en question l'organicité, l'atteinte lésionnelle - pourrait constituer un début d'explication". Les conclusions auxquelles nous étions arrivés un an plus tard, et que nous présentâmes au Congrès international de Gérontologie/Symposium de Jérusalem en 1975* allaient dans la même direction, c'est-à-dire vers l'importance d'une certaine qualité d'attention, d'écoute, d'échange et d'affectivité avec les sujets âgés : c'est à ce prix qu'on peut mobiliser ce qui est encore mobilisable.

La **B.E.C. 96** (Batterie d'Evaluation Cognitive) nous a fourni l'occasion d'un dialogue simple, structuré, direct et peu inquisitorial avec des sujets âgés pour explorer leurs capacités, leurs connaissances et leurs performances. Nous nous sommes emparés parmi les premiers de cet outil d'investigation pour tester des sujets affaiblis par le temps qui passe. C'est avant tout le caractère malléable et convivial du test qui fut à l'origine de notre choix.

La B.E.C. 96 est un outil psychométrique conçu et réalisé par le Pr Jean-Louis SIGNORET en 1986 (à partir de la B.E.M. 144 - Batterie d'Efficience Mnésique), à la demande de l'institut IPSEN, pour mettre à la disposition du corps médical un ensemble de tests d'utilisation rapide, simple et fiable, en particulier face à des troubles mnésiques ou psycho-comportementaux quelle qu'en soit l'étiologie. En effet le praticien, en ville ou en institution, ne dispose pas toujours du temps nécessaire pour évaluer de manière objective à l'aide d'outils plus élaborés et plus complexes le degré d'une détérioration mentale avant d'adresser son patient pour un bilan (neuro) psychologique approfondi. La B.E.C. 96 a largement rempli son rôle, comblant la carence en la matière puisque l'accueil a été d'emblée massif tant par les médecins généralistes, les psychiatres, les gériatres, les neurologues que par les psychologues ou les orthophonistes. Plus de dix ans après, le recours à ce test n'a pas diminué et on peut estimer à plusieurs dizaines de milliers, le nombre d'exemplaires en circulation, utilisés quotidiennement en France voire à l'étranger. Plusieurs publications récentes relatent des travaux dans lesquels la B.E.C. 96 a été utilisée comme instrument de mesures*, **, ***.

En raison de l'attrait récent pour les troubles mnésiques (et plus généralement les atteintes cognitives), en raison du vieillissement de la population, cet outil, grâce à sa facilité d'emploi et à sa pertinence, trouve une place sans cesse grandissante, chez les gériatres, psychiatres, neurologues, psychologues et orthophonistes.

Il existe des tests psychométriques ou des échelles psychocomportementales

*Métellus J. et coll.

*Métellus J. et coll.

* Métellus J.

* Samuelian J. C., Billardon M., Guillou n.

* Samuelian J. C., Billardon M., Guillou n.

**Base de données Medline

***Montani C., Bouati N., Pellisier C., Couturier P., Jasso-Mosqueda G., R. Hugonot, A. Franco.

(comme le MMS*, l'ADAS**, le SPMSQ***...) très utiles pour le dépistage et le suivi des démences. Mais il existe peu d'instruments qui s'adressent spécifiquement aux troubles de la mémoire, quelle que soit leur origine. Or, la démence (dégénérative, type Alzheimer, vasculaire ou mixte) ne représente qu'une minorité des troubles mnésiques.

Il nous a donc paru utile d'approfondir les aspects métrologiques mal connus de cet outil bien connu.

A partir d'un certain âge, la plupart des êtres humains se plaignent de troubles de la mémoire. Mais qu'en est-il de leur réalité et de leur signification ?

Pour SIGNORET et coll.* ces troubles ont un versant subjectif désagréable et agaçant (l'oubli par exemple ou le mot sur le bout de la langue) et objectif que des épreuves standardisées (apprentissage et rappel d'informations) peuvent évaluer ou mettre en évidence. On peut donc parler de la réalité des troubles de la mémoire.

Le syndrome appelé jadis "oubli bénin" est maintenant pleinement reconnu sous la dénomination de "déclin lié à l'âge" dans le D.S.M. IV dans son article R41.8 (780.91). Cette catégorie peut être utilisée lorsque le motif d'examen clinique est un vieillissement qui est, compte tenu de l'âge de la personne, dans les limites de la normale. Les individus dans cette situation peuvent se plaindre de difficultés à résoudre des problèmes complexes. Cette catégorie doit être prise en compte seulement après avoir établi que l'altération cognitive n'est pas attribuable à un trouble mental spécifique ou à une affection neurologique.

Mais la signification du trouble varie selon qu'il est isolé ou associé à d'autres désordres. Dans la population que nous étudions, il est habituellement associé à d'autres dysfonctionnements que la B.E.C. 96 permet de cerner.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

a) Matériel

Il est composé :

- de deux planches, l'une comportant au recto six images d'objets à rappeler et au verso les images pour le rappel-reconnaissance, l'autre comportant douze images à dénommer,
- d'une feuille de cotation,
- d'une montre chronomètre pour l'épreuve de fluence verbale,
- d'un crayon pour l'épreuve de visuo-construction.

b) Epreuves

La B.E.C. 96 comporte 8 épreuves différentes qui explorent les différentes dimensions cognitives.

L'ordre de passation des tests est le même pour tous les malades :

- 1) épreuve de manipulation mentale,
- 2) épreuve d'orientation,
- 3) épreuve des problèmes,
- 4) épreuve de fluence verbale,
- 5) épreuve de rappels (les six images destinées à être rappelées ont été présentées après l'épreuve n° 2),
- 6) épreuve d'apprentissage,
- 7) épreuve de dénomination,
- 8) épreuve de visuo-construction.

Ces 8 épreuves, cotées chacune sur 12 points - d'où le nom de B.E.C. 96 -, sont faciles à faire passer et permettent une évaluation quantitative et qualitative du fonctionnement cognitif.

Trois orthophonistes ont fait passer les épreuves, la durée de passation était de 10 à 15 minutes avec des extrêmes allant de 2 à 25 minutes.

c) Population testée

Cette étude a été réalisée sur 721 patients hospitalisés aussi bien en moyen qu'en long séjour.

Tableaux concernant les patients testés

Tableau I	Hommes		Femmes		Patients H et F		Population Totale
	LS	MS	LS	MS	LS	MS	
Nombre	78	95	245	303	323	398	721
Moyenne d'âge	76,5	75,7	84,2	82,4	82,3	80,6	81,5

(LS = long séjour - MS = moyen séjour)

Tableau II	Hommes	Femmes	Hommes + Femmes
Nombre	173	548	721
Moyenne d'âge	76,0	83,2	81,5

Tableau III	721	Hommes	Femmes	LS	MS
Nombre	173	548	323	398	
% de la population testée	24	76	44,8	55,2	

- Les hommes sont plus jeunes que les femmes et la population d'hommes testée représente le quart de la population totale.
- La moyenne d'âge est de 81,5 ans, elle varie selon le sexe et le type de séjour.

Les patients en long séjour sont plus âgés que les patients en moyen séjour avec une différence moyenne de 2 ans, plus marquée chez les femmes.

Sur les 721 patients, nous en n'avons retenu que 488 pour l'analyse des résultats car les 233 autres étaient pour la plupart dans l'impossibilité de passer la B.E.C. pour des raisons diverses (aphasie, surdité, cécité ou refus). Ce groupe de patients non retenus a une moyenne d'âge de 82,6 ans donc plus élevée que celle du groupe des patients retenus dont la moyenne d'âge est de 81,02 ans. On note parmi ces 233 patients un plus grand nombre de patients de long séjour que parmi les 488 patients retenus.

Tableaux concernant les patients récusés

Tableau IV

	Hommes		Femmes		Patients		Hommes + Femmes
	LS	MS	LS	MS	LS	MS	
Nombre	27	21	121	64	148	85	233
Moyenne d'âge	74,6	75,1	85,8	82,3	83,0	80,6	82,6

Tableau V

233	Hommes	Femmes	LS	MS
Nombre	48	185	148	85
% de la population testée	20,6	79,4	63,4	36,6

Tableau VI

233	Hommes	Femmes	Hommes + Femmes
Nombre	48	185	233
Moyenne d'âge	74,8	84,6	82,6

Tableaux concernant les patients retenus

Tableau VII

	Hommes		Femmes		Patients		Hommes + Femmes
	LS	MS	LS	MS	LS	MS	
Nombre	51	74	124	239	175	313	488
Moyenne d'âge	77,5	75,9	82,6	82,4	81,2	80,9	81,0

Tableau VIII

488	Hommes	Femmes	LS	MS
Nombre	125	363	175	313
% de la population testée	25,6	74,4	35,8	64,2

Tableau IX

488	Hommes	Femmes	Hommes + Femmes
Nombre	125	363	488
Moyenne d'âge	7,6	82,5	81,0

On compte 25 % d'hommes dans la population analysée ; les patients sont beaucoup plus nombreux en moyen séjour dans la population analysée que dans la population récusée.

Les hommes sont plus jeunes que les femmes.

RÉSULTATS

“L'analyse des résultats, écrivait SIGNORET, doit permettre de conduire à une estimation quantitative du fonctionnement cognitif, somme des scores obtenus à chaque épreuve, ainsi qu'à une estimation qualitative puisque chaque épreuve renvoie à une activité cognitive”.

Rappelons que le score en dessous duquel on considère qu'il existe un trouble franc et net du domaine testé est de 9/12 selon la feuille de cotation.

Une première étude compare la moyenne des résultats selon deux variables : le sexe et la durée d'hospitalisation.

En tenant compte du sexe des patients sans prendre en considération le type de séjour, nous constatons que les hommes réussissent mieux que les femmes.

En considérant uniquement le critère de la durée du séjour, les patients en moyen séjour sont plus performants que les patients en long séjour.

Tableau X

	note sur 96	nombre de patients
Population totale	54,7	488
Hommes (MS et LS)	56,8	125
Femmes (MS et LS)	53,9	363
Moyen séjour (H et F)	57,6	313
Long séjour (H et F)	49,5	175

Tableau XI

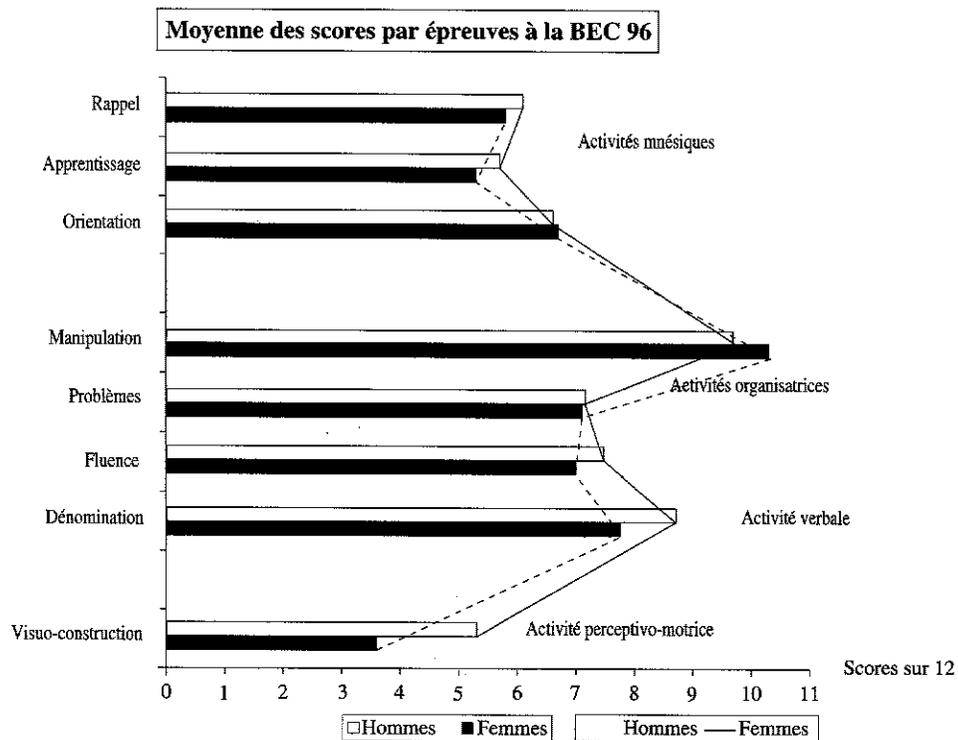
	Hommes MS	Femmes MS	Hommes LS	Femmes LS
Note B.E.C. 96	60,9	56,5	50,9	48,9

En considérant les deux critères précédents, nous constatons que les meilleures performances sont obtenues par les hommes hospitalisés en moyen séjour.

Une seconde étude compare la moyenne des résultats obtenus par les patients aux différents subtests de la B.E.C. 96. Les résultats chiffrés sont donnés dans le tableau ci-dessous et visualisés sur un graphique.

Tableau XII

Subtests	Hommes	Femmes
	note/12	note/12
Manipulation mentale	9,76	10,35
Orientation	6,63	6,74
Problèmes	7,15	7,10
Fluence	7,51	7,01
Rappel	6,10	5,81
Apprentissage	5,70	5,39
Dénomination	8,70	7,88
Visuo-construction	5,38	3,66



La meilleure réussite est obtenue à l'item manipulation mentale ; l'épreuve la moins réussie est celle de visuo-construction aussi bien pour les hommes que pour les femmes.

En général, les hommes ont un niveau de performance plus élevé aux différents subtests. Cette supériorité est plus faible pour le subtest des problèmes mais très nettement marquée pour l'épreuve de visuo-construction.

Cependant, nous notons une exception pour les subtests de manipulation mentale et d'orientation pour lesquels les femmes présentent un score supérieur à celui des hommes.

ANALYSE DES RÉSULTATS

Le rapport des scores respectifs aux huit épreuves permet de définir un profil dont la représentation visuelle est celle de la droite brisée qui joint tous ces points. On constate que les hommes et les femmes de notre étude présentent un profil identique.

a) Les activités les mieux conservées sont les activités organisatrices (manipulation mentale, problèmes et fluence) aussi bien chez les hommes que chez les femmes :

Tableau XIII

	Hommes		Femmes	
	Note/36	Note/12	Note/36	Note/12
Activités organisatrices	24,42	8,14	24,46	8,15

Remarquons que parmi les trois problèmes d'arithmétique, le troisième pose des difficultés dans la plupart des cas.

En général, les patients répondent à la 1ère question :

- combien valent 2 kilos de tomates à 6 F ?

En revanche, ils sont incapables de répondre à la deuxième :

- si je donne 10 F, combien me rend-on ?

On trouve dans cette épreuve un défaut de la mémoire de travail : les sujets sont incapables de garder une information et de la traiter.

D'autre part, le caractère absurde du problème est difficilement perçu par les patients. La plupart donnent même une réponse fautive (ils disent : on me rend 2 F). On note ainsi une difficulté de raisonnement.

Dans les problèmes verbaux, une des épreuves les plus difficiles est l'explication du proverbe "rien ne sert de courir il faut partir à point". On obtient souvent des périphrases ou bien cette explication renvoie à des souvenirs personnels, au nom de La Fontaine ou bien à une tentative de traduction du genre "il ne faut pas se presser, il ne faut pas courir". On note ici la limite de la faculté d'abstraction des sujets âgés.

Cette défaillance de la pensée abstraite chez le sujet âgé se retrouve dans l'épreuve de similitude entre un lit et un fauteuil. La plupart des patients donnent une réponse reposant sur l'usage : "c'est pour se reposer."

Dans l'épreuve de fluence verbale l'énumération se fait par catégorisation des animaux, selon leur lieu de vie (maison, bois, ferme,...).

Souvent, quand les patients ont énuméré un grand nombre d'animaux vivant dans un type d'environnement ou appartenant à une catégorie, ils ont du mal à penser à d'autres animaux. C'est peut-être dû à une lenteur d'idéation, à une diminution de l'agilité mentale. Par exemple si les patients commencent par les volailles, ils ne passent pas ensuite au gros bétail.

Les résultats donnés dans le tableau XIII peuvent être rapprochés de ceux obtenus à l'épreuve de dénomination qui est la mieux réussie après celle de la manipulation mentale. Même si les scores obtenus à cette épreuve chez les sujets testés sont encore pathologiques selon les critères mêmes de SIGNORET, il convient de remarquer qu'ils font cependant bonne figure au sein de la faillite générale des fonctions supérieures et qu'ils mettent en lumière la permanence d'un type d'activités qui se situent au même niveau que les activités dites organisatrices. "Car le langage, comme l'écrit CASSIRER, vit dans un monde de dénomination"*.

Le simple acte de dénomination implique toujours une certaine disponibilité qui permet de capter l'objet ou sa représentation dans l'instant, car on ne dénomme pas après coup, mais sur le champ. Il y a dans le cas de la dénomination un rapport direct entre savoir et réalité. Cela montre que les activités de dénomination comme les activités organisatrices sont celles qui résistent le plus longtemps au naufrage du vieillissement et que l'utilisation groupée de ces deux types d'activités peut aider la prise en charge des sujets âgés présentant des troubles de la communication.

Dans la fréquence des réponses, les images les moins bien dénommées sont celles de "l'hélicoptère" et du "parachute" car elles appartiennent à un vocabulaire peu familier des patients.

Les erreurs sont dues à :

- des confusions au niveau de la reconnaissance de l'image
"lampe" pour "champignon"
"ballon dirigeable" pour "parachute"
- à des difficultés lexicales dues au manque du mot.

Quand le patient est en difficulté devant une image, il fournit dans la plupart des cas une réponse qui se situe sur le même axe paradigmatique que le mot cible :

Exemple : - ballon pour parachute - et, avion pour hélicoptère

Chez tous les patients on note une meilleure réussite à 4 subtests : la manipulation mentale, les problèmes, la fluence verbale et la dénomination. Ces quatre activités sont classées, comme le montre l'illustration du tableau XII (P.9), en activités organisatrices pour les trois premières et en activité verbale pour la dernière. La mieux réussie de toutes reste la manipulation mentale qui donne déjà une indication sur les possibilités du sujet âgé de raisonner encore, de fonctionner mentalement. Il en est de même des problèmes qui nécessitent de toute façon une prise de distance, une mise entre parenthèses, pour pouvoir manipuler des chiffres sans émotion. Mais en est-il de même de la fluence d'une part et de la dénomination d'autre part ? La fluence, problème de catégorisation par excellence pose la redoutable question des représentations conceptuelles d'états. Soit un

*Cassirer in la philosophie des formes symboliques.



animal... et on demande au sujet d'en fournir 12 dans la minute. Le fonctionnement cognitif du sujet recourt à des processus complexes pour retrouver des noms d'animaux : la pragmatique joue à plein et si elle échoue, le sujet fait appel à des situations où il voit habituellement des animaux. Cette épreuve permet d'évaluer la flexibilité cognitive et d'une certaine manière se rapproche de la résolution des problèmes et de la dénomination. En d'autres termes, elle se situe à égale distance de l'une et de l'autre car elle requiert d'une part la maîtrise des situations et d'autre part la connaissance du champ lexical.

L'épreuve la moins bien réussie, chez les hommes comme chez les femmes est celle de visuo-construction.

Cette activité se révèle difficile d'une part à cause des problèmes visuels rencontrés chez les personnes âgées, d'autre part parce qu'elle nécessite une programmation des différents actes nécessaires à la reproduction de la figure. Ceci démontre bien que les fonctions exécutives sont touchées chez la plupart de ces patients.

Il est à noter que la réussite de cette épreuve est très souvent corrélée au niveau socio-culturel du patient en dehors de tout état démentiel.

Plus le patient a un niveau socioculturel bas, plus il est opposant à cette épreuve et insiste sur le fait qu'il n'a pas fréquenté longtemps l'école. Le test de visuo-construction est perçu comme une activité scolaire chez la majorité des patients.

La supériorité incontestable notée pour les hommes à l'épreuve de visuo-construction est très vraisemblablement liée au plus jeune âge des hommes en général car la vue et le doigté interviennent dans les épreuves de visuo-construction. En outre pour la génération des sujets testés, les hommes en général ont fréquenté l'école plus longtemps que les femmes.

Il faut remarquer - problèmes d'âge compris - la supériorité des femmes dans deux épreuves : manipulation mentale et orientation. On ne peut que faire le constat pour l'instant. Peut-être peut-on y voir l'impact des activités journalières ou quotidiennes tout au long d'une vie : traditionnellement les femmes s'occupent de l'aspect concret de la vie au jour le jour, cette habitude, cette expérience accumulée retentit sans doute sur leurs performances à ces tests. Mais devant le résultat final, on se rend compte que le rapport des scores respectifs aux huit épreuves donne le même profil chez l'homme et chez la femme.

b) Activités mnésiques :

Si l'on regroupe les résultats aux tests 2 - 6 - 7 (orientation, rappel, apprentissage) qui permettent d'étudier les activités mnésiques, on peut dresser le tableau suivant :

Tableau XIV

	Hommes		Femmes	
	Note/36	Note/12	Note/36	Note/12
Activités mnésiques	18,43	6,14	17,94	5,98

Cette baisse de performance mnésique confirme les données de la littérature et toutes les connaissances accumulées jusqu'ici par l'expérience clinique.

Le support visuel constitue une aide au rappel (cf épreuve de reconnaissance).

Dans cette même épreuve, il y a perte de la consigne : le sujet se mettant à dénommer toutes les images, en faisant des persévérations avec l'épreuve précédente (épreuve de fluence verbale).

L'apprentissage se fait de façon désorganisée : le patient n'essaie pas de structurer l'information à retenir. Il n'y a pas de représentation mentale de l'image à retenir, l'effet de récence est au maximum : seuls les derniers mots de la liste sont retenus, toujours avec persévération dans le cas où les images montrées dans l'épreuve de reconnaissance précédente reviennent.

On note aussi de nombreuses transformations syllabiques : ballon pour balai, bouton pour mouton.

Si les activités mnésiques sont plus perturbées que les activités organisatrices, cela tendrait à prouver que le noyau dur de la maladie, - les troubles de la mémoire - peut être en partie contourné par des stratégies palliatives basées sur le raisonnement et des activités logiques. On ne doute plus maintenant de la conservation des facultés intellectuelles à un âge très avancé. Entre le jaillissement diffus, généreux et prodigieux d'une excellente mémoire capable en dehors de tout contexte et de toute structure de retrouver et de saisir sur une simple demande, un renseignement enfoui dans les limbes ou dans la masse des accumulations et le travail méthodique, qui dresse des repères et reconstitue des coordonnées permettant d'épingler enfin une donnée évanescence ou en train de s'évanouir, il y a tout un chemin à parcourir que le rééducateur peut aider le malade à effectuer : il s'agit là d'un effort d'invention qui incombe au thérapeute. On voit apparaître la possibilité de structurer les différentes activités cognitives pour pouvoir transférer sur un domaine des tâches irréalisables dans un autre domaine. A l'horizon se profilent donc des techniques de structuration des activités intellectuelles. C'est la pratique de la vie et l'observation de très nombreux sujets âgés qui nous conduisent à ces hypothèses assez réconfortantes. Tout n'est donc jamais totalement perdu. L'effort peut pallier l'aspontanéité, l'impuissance. Ce qui semble avoir sombré chez ces patients, c'est la spontanéité, l'automatique, ce qui survit, c'est le volontaire. Tout prouve que plus les sujets sont handicapés, plus ils vivent sur le mode volontaire et moins ils peuvent se référer à l'automatique. Encore une fois la fameuse Dissociation Automatique Volontaire doit être revisitée.

DISCUSSION

En examinant les résultats de la B.E.C. 96 sur le plan quantitatif et qualitatif on se rend compte que le vieillissement cognitif ne réalise pas une maladie d'Alzheimer a minima : certes, il comporte des troubles de la mémoire mais si les performances intellectuelles sont à la baisse, elles ne reflètent pas complètement un profil de type D.T.A.

Nous en voulons pour preuve les bons résultats au niveau des activités organisatrices qui supposent une activité volontaire, coordonnée et susceptible d'efficacité, donc la vieillesse n'est pas nécessairement une façon d'entrer dans la maladie d'Alzheimer.

La bonne réussite de la manipulation mentale par rapport à l'ensemble des autres épreuves milite en faveur de la relativement bonne conservation des facultés intellectuelles, volontaires. Nous étions bien loin de penser à une pareille éventualité. C'est aussi une invitation à solliciter les capacités intellectuelles de ces sujets pour les rééduquer.

Les conclusions actuelles de cette étude permettent - en suivant le travail de Barbara Wilson, psychologue clinicienne et les intuitions de Alan Baddeley - d'envisager les trois étapes suivantes dans la tentative d'améliorer les capacités mnésiques de nos patients :

1 — Dans un premier temps solliciter les activités organisatrices qui sont les mieux conservées par le sujet âgé et les faire valoir pour prouver au patient que tout n'est pas perdu.

2 — Dans un deuxième temps, accompagner le patient en l'assurant de la continuité de ses progrès, et en l'évaluant périodiquement, en comparant les évaluations-contrôle successives afin d'encourager encore les efforts de rééducation du patient.

3 — Dans un troisième temps, inclure les moyens d'évaluation dans une procédure de traitement : par exemple mémoriser les noms (si nécessaire) par la répétition, acquérir une conduite, apprendre un trajet, retenir des articles de journaux : la compréhension et la mémorisation des articles de journaux, peut utiliser "la méthode **PQRST**, ainsi nommée en raison des quatre étapes successives que le sujet est encouragé à effectuer : **P** pour "preview" au cours de laquelle le sujet doit effectuer une première lecture, **Q** pour "question" étape où les informations importantes sont identifiées, **R** pour "read" étape où l'article est lu avec soin, puis **S** pour "state" étape où le patient doit énoncer les caractéris-

tiques principales de l'article, suivie par **T** pour "test" étape où le souvenir du contenu est auto-évalué. La technique **PQRST** est, bien sûr, un moyen de s'assurer que le lecteur traite l'information de manière approfondie, l'élabore et l'organise. Cette méthode est efficace pour faire prendre conscience aux malades qu'ils sont capables de lire et comprendre des articles bien qu'il soit peu probable qu'elle soit utilisée pour la lecture occasionnelle de journaux. Elle a montré son efficacité...*.

CONCLUSION

Dans une institution gériatrique polyvalente, il est possible de faire passer la B.E.C. 96. Cet ensemble de tests se révèle un outil pertinent chez les 2/3 des patients, taux remarquable.

Les scores d'un groupe de 488 sujets âgés institutionnalisés soumis à la B.E.C. 96 révèlent :

- un trouble certain de l'apprentissage et de la mémoire immédiate,
- une diminution des performances cognitives liées à l'âge,
- un profil qui n'est pas celui d'un dément, car il n'y a pas d'effondrement systématique et massif des fonctions cognitives,
- enfin, la relativement bonne conservation des activités organisatrices parallèlement à une certaine efficacité en dénomination plaide pour l'existence, au sein de cette détérioration intellectuelle, d'une activité volontaire tenace sur laquelle pourrait s'appuyer une rééducation efficace ;
- il y a, tout compte fait, une assez faible différence entre les performances des hommes et des femmes ; les différences qui existent sont plus liées à l'âge qu'au sexe. C'est là un fait que ce travail a aussi mis en évidence. L'analyse des différents tableaux éclaire les différences.

Si la perception du monde social et l'intercommunication semble pouvoir activer automatiquement des processus qui permettent de saisir un mot ou de mettre en branle des mécanismes de résolution des problèmes, on devrait - et c'est peut-être un truisme de le dire - maintenir en alerte régulièrement les différents systèmes sensoriels du sujet âgé : perception auditive, visuelle, gustative, somatique générale (tactile, musculaire, articulaire). En effet, l'isolement du sujet âgé n'est pas seulement affectif et émotionnel, donc psychique, il est aussi somesthésique. Et le réveil des sensations corporelles en général pourrait s'accompagner du resurgissement de vocables oubliés ou négligés. Il s'agit là d'autant d'activités susceptibles de réactiver des pans entiers du lexique de l'individu.

L'épreuve de manipulation mentale mérite une réserve : si elle invite le sujet à énoncer à l'envers les jours de la semaine, donc à "diriger, selon une règle imposée, une capacité cognitive de manipulation d'informations" comme le dit Signoret, elle paraît un peu trop simple et trop rapide. Nous rencontrons en clinique plus d'échecs chez des sujets affaiblis quand nous leur demandons de faire la même opération avec les mois de l'année.

A l'avenir de nouvelles recherches devraient s'intéresser aux activités automatiques, aux activités volontaires et aux activités organisatrices des sujets âgés, à la prise en charge linguistique des sujets âgés réputés déments, à la typologie des affaiblissements intellectuels, aux stratégies palliatives dans les états démentiels.

Comme le système humain de traitement de l'information dépend des perceptions du monde physique et social environnant, il conviendrait de solliciter des activités cognitives plus en rapport avec le passé de l'individu qu'avec des schémas de recherche. Autrement dit la rééducation devrait être en grande partie personnalisée.

BIBLIOGRAPHIE

- MÉTELLUS J. ET COLL. (16 mars 1990). Troubles de mémoire et désordres cognitifs associés chez 87 patients âgés. Evaluation et analyse. C.H. Emile Roux.
- MÉTELLUS J. ET COLL. (1990). Entretiens de Bichat.
- MÉTELLUS J. (Juillet 1974). Colloque Champcueil - Brévannes.
- MÉTELLUS J., GRUMBACH R. (juin 1975). Langage du vieillard dément. Language in aged patients showing dementia symptoms. Actes du 10ème Congrès International de Gériologie. Symposium de Jérusalem. 22-27 juin 1975 p.89
- SAMUELIAN J.C., BILLARDON M., GUILLOU N. (1995). Retentissement sur les fonctions cognitives de deux traitements anxiolytiques chez des patients souffrant d'anxiété généralisée. L'Encéphale. XXI : 147-53.
- Base de données Medline, Embase (Cd-rom) Publications d'études utilisant ou citant le B.E.C. 96 réf. en anglais et français. IPSEN-MEDIPSEN.
- MONTANI C., BOUATIN, PELLISIER C., COUTURIER P., JASSO-MOSQUEDA G., HUGONOT R., FRANCO A. (1997). Cotation et validation du test du cadran de l'horloge en psychométrie chez le sujet âgé. L'Encéphale. XXIII : 139-9
- M.M.S. : "Mini Mental State" Folstein M.F., Folstein S.E., Mc Hugh P.R. MMS a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J. Psychiat. Res 1975 ; 12 : 189-98
- A.D.A.S. : "Alzheimer's Disease Assessment Scale" Rosen WG, Mohs RC, Davis KL. A new rating scale for Alzheimer's disease. Am J Psychiatry 1984 ; 141 : 1356-1364 Stern RG, Mohs R, Davidson M. et al. A longitudinal study of Alzheimer's disease. Am J Psychiatry. 1994 ; 151 : 390-396
- S.P.M.S.Q. : "Short Portable Mental Status Questionnaires" : Pfeiffer. E, Journal of the American Geriatrics Society, 1975, 23, 10, 433-441. Reproduced with the permission of the author.
- In B.E.C. 96, Evaluation des troubles de la mémoire et des désordres cognitifs - IPSEN, 24, rue Erlanger - 75016 Paris.
- CASSIRER in la philosophie des formes symboliques. Tome 3. Le phénomène de la connaissance. Introduction p 27.
- BADDELEY A. (1993). La mémoire humaine théorie et pratique. PUG. p.479