

RÉSUMÉ :

Le rééducateur du langage doit connaître les modifications langagières liées à l'âge, à la démence et à la dépression afin de reconnaître ce qui relève du vieillissement cognitif normal et ce qui appartient à un processus pathologique. Lors du vieillissement normal, les capacités de langage sont relativement préservées alors que les capacités mnésiques et d'apprentissage diminuent. La variabilité interindividuelle est importante. Dans la démence, l'appauvrissement du stock lexical précède les modifications de la syntaxe, le schéma de la communication devenant plus imprécis avec l'avance de la maladie. Dans la dépression, les déficits des fonctions supérieures et du langage ne sont que les symptômes de la pathologie et ils régressent quand celle-ci est traitée. Toutefois les relations entre ces deux affections sont complexes et il est parfois difficile de les différencier. Avec l'évaluation du langage et des capacités cognitives, les orthophonistes apportent des éléments pour établir le diagnostic de la dépression ou de la démence et peuvent proposer un soutien psychothérapeutique en institution ou au domicile. Leur rôle est également de sensibiliser l'entourage familial et soignant aux modifications de la communication et d'aider au maintien de la relation avec la personne âgée.

MOTS CLÉS :

Langage - Mémoire - Troubles - Démence - Dépression - Evaluation - Rééducation - Personne âgée.

LES TROUBLES DU LANGAGE DANS LA DÉMENCE ET LA DÉPRESSION DE LA PERSONNE AGÉE

par Leïla BEKHOUKH, Catherine FLOURY-VAROUTSIKOS,
Gaëlle LAZENNEC-PRÉVOST, Isabelle VENDEUVRE

SUMMARY : Language disorders and dementia or depression in the Elderly

Speech-therapists should be aware of language changes linked to age, and depression in order to make clear what is due to normal ageing and what is due to a pathological process. In a normal ageing process, language capabilities are rather well maintained whereas memory and learning capabilities decrease. Interindividual variability is large. In Alzheimer's disease, impoverishment of lexical resources anticipates syntactical modifications because communication scheme gets more imprecise. In depression higher functions and language shortcomings are just symptoms and they are fading away when the person is cured appropriately. However relationships between these two disorders are complex and they are often very difficult to differentiate. Speech-therapists give cues from the rating of language and cognitive resources to establish diagnosis between depression or Alzheimer disease. They are striving to provide psychotherapeutical support at home or in nursing-home. They feel very committed to give some clues to close relatives and nursing aids about changing communication and also to help sustaining relationship with the Elderly persons.

KEY WORDS :

Language - Memory - Disorders - Dementia - Depression - Assessment - Therapy - The Elderly.

Leïla BEKHOUKH,
orthophoniste, Hôpital Ch. Richel,
AP-HP, (95)
Catherine FLOURY-VAROUTSIKOS,
orthophoniste, Hôpital C. Celton,
AP-HP, (92)
Gaëlle LAZENNEC-PRÉVOST,
orthophoniste, Hôpital C. Celton,
AP-HP, (92)
Isabelle VENDEUVRE,
orthophoniste, Hôpital Vaugirard,
AP-HP, Paris XVe
et Hôpital C. Celton, AP-HP (92)

Le rééducateur du langage doit connaître les modifications langagières liées à l'âge, à la démence et à la dépression afin de reconnaître ce qui relève du vieillissement cognitif normal et ce qui appartient à un processus pathologique.

Les modifications que nous analysons ont été relevées aussi bien en situation de test qu'en conversation spontanée. En effet, il nous semble important de laisser la personne âgée s'exprimer sur la façon dont elle perçoit ses difficultés, les modifications et les gênes occasionnées dans la vie quotidienne et les attentes qui en résultent vis-à-vis du rééducateur.

Il ne faut pas perdre de vue qu'une situation de bilan peut être rapidement synonyme de mise à l'épreuve et d'échec.

Une connaissance des problématiques liées à la vieillesse est nécessaire pour comprendre l'enjeu que peut représenter un bilan des capacités de langage et de mémoire.

Ce bilan n'aura d'intérêt pour l'orthophoniste et pour la personne âgée que s'il est suivi de propositions pour elle-même et pour son entourage familial et soignant.

LANGAGE ET VIEILLISSEMENT NORMAL

On entend par vieillissement normal le vieillissement conforme à la règle, celui habituellement observé chez la personne âgée sans qu'il y ait une pathologie sous-jacente causale et objectivable.

Le vieillissement normal se caractérise par un certain nombre de modifications qui affectent le physique, les fonctions physiologiques et les activités cognitives que ce soit le langage, les gnosies, les praxies ou la mémoire.

La baisse des performances liées à l'âge n'est pas homogène ; l'ensemble des fonctions cognitives n'est pas affecté par le vieillissement.

Il existe également une variabilité interindividuelle : chez certains sujets il n'y a aucune baisse des capacités cognitives alors que chez d'autres les modifications liées au vieillissement sont notables et ceci en dehors de toute pathologie.

Les causes de cette variabilité sont encore mal connues ; les capacités cognitives des personnes âgées sont dépendantes de facteurs socio-économiques, de la personnalité, de la motivation et de l'attention, de l'état de santé et du mode de vie. Il existe des facteurs de risques tels que la présence de maladie cardio-vasculaire, la consommation importante d'alcool, l'absence d'activité intellectuelle et physique.

Malgré tout, quelle que soit cette variabilité, les changements cognitifs liés au vieillissement normal doivent être distingués des détériorations cognitives présentes dans les stades précoces des démences dégénératives, notamment la démence de type Alzheimer.

En ce qui concerne le langage, on observe que les personnes âgées se plaignent souvent d'un manque du mot ou de difficultés de compréhension dans les conversations. Il faut tenir compte de :

- * la diminution des capacités attentionnelles c'est-à-dire les capacités à se concentrer sur une tâche et à l'effectuer sans perdre de vue son but ; on peut signaler par exemple la difficulté des personnes âgées à suivre plusieurs conversations à la fois lors de réunions ou autour de la table familiale,

- * la fatigabilité plus grande des personnes âgées,

- * les modifications de l'audition et les difficultés qui en résultent au niveau de la communication.

Dans l'observation du vieillissement normal, l'analyse des spécialistes fait parfois l'objet de différences d'appréciation en ce qui concerne le maintien ou la baisse de certaines capacités de langage et de mémoire. Les caractéristiques sont les suivantes :

expression verbale :

* la *dénomination* est modifiée, la fluence verbale diminue, les personnes âgées produisant moins de mots que les sujets jeunes en un temps donné : il s'agit d'une modification de l'accès au lexique ;

* les performances aux tests de *vocabulaire* sont stables lorsqu'il s'agit d'une utilisation plus passive du lexique, par exemple dans les tâches de reconnaissance lorsqu'on sollicite le choix d'une définition parmi plusieurs propositions ;

* le *traitement syntaxique* est modifié : avec l'âge, on observe une imprécision dans le choix et la construction des structures syntaxiques ;

* les capacités de *narration* sont analysées différemment suivant les travaux de recherche : certaines études remarquent une diminution dans la production et la qualité de l'information ; d'autres études soulignent que le discours des personnes âgées est plus élaboré et enrichi de mots et de phrases complexes ;

* on note en général une raréfaction des thèmes abordés en conversation.

compréhension verbale :

* la compréhension *écrite* n'est pas modifiée.

* la compréhension des *phrases à structure complexe* serait par contre moins bonne à l'oral parce qu'elle est liée aux capacités mnésiques de la personne ; plus la phrase est longue, plus la mémoire de travail est en jeu pour garder présents tous les éléments de cette phrase.

capacités mnésiques et cognitives :

La diminution des capacités mnésiques et la baisse des capacités d'apprentissage sont les facteurs les plus associés au vieillissement. Avec l'âge certains aspects de la mémoire peuvent être plus ou moins touchés.

Dans les recherches sur le vieillissement, la contradiction porte sur le maintien ou non de la *mémoire de travail*, cette capacité de la mémoire à retenir des types variés d'information pendant de courtes périodes de temps. La mémoire de travail serait d'autant plus altérée que la tâche à effectuer est complexe et nécessite à la fois le stockage et le traitement de l'information.

Le vieillissement a également une influence sur la *mémoire épisodique*, la mémoire des événements personnels organisés dans un contexte spatial et temporel. Les autres systèmes de mémoire sont peu affectés par le vieillissement : la *mémoire procédurale* impliquée dans l'apprentissage des habiletés comportementales et cognitives et la *mémoire sémantique* qui concerne la connaissance des mots et des concepts et les connaissances sur le monde en général.

On note enfin une baisse des capacités visuo-spatiales mais à un âge assez tardif avec le déclin progressif des capacités d'identification perceptive.

Les capacités d'abstraction et de conceptualisation semblent diminuées chez les personnes âgées qui ont plus de difficultés à discerner le concept général qui unifie les objets.

LANGAGE ET VIEILLISSEMENT NORMAL

Capacités affectées	Capacités atteintes	Capacité affectées
vocabulaire étendu		difficulté d'accès au lexique
	capacités de narration	compréhension des phrases complexes
		thèmes abordés
		mémoire de travail
mémoire procédurale mémoire sémantique		mémoire épisodique
		attention
		conceptualisation
		abstraction

LANGAGE ET DÉMENCE

Appauvrissement du stock lexical

La réduction du nombre de mots disponibles est corrélée à la perte progressive de la pensée catégorielle. Les personnes âgées démentes ont de plus en plus de difficultés à nommer des éléments à l'intérieur d'une série (animaux, fleurs, villes,...) et à dénommer la classe correspondant à un ensemble d'objets. Au niveau du lexique, on observe :

* *une difficulté d'évocation des noms propres et des dates, avec des confusions de registre et des approximations ; par exemple :*

1 Q : « Quel est votre nom ? » (la patiente s'appelle Marie tandis que sa mère s'appelait Marguerite).

R : « Marguerite mais non Marguerite, ce n'est pas moi, alors peut-être... »

2 Q : « Quelle est la date ? » (28/11)

R : « Aujourd'hui c'est un mois d'hiver, pas loin, bientôt ».

* *la fragilité de certaines classes grammaticales (noms et adjectifs),*

* *la diminution du lexique spécialisé ; par exemple l'éléphant est dénommé boeuf, cheval, animal,*

* *une réduction du stock de termes utilisés en langage spontané ou dirigé, parallèlement à une perte d'initiative dans les conversations,*

* *l'emploi de termes génériques : « truc », « machin », pronoms, adjectifs, adverbes utilisés sans qu'ils apportent d'information ; par exemple en réponse à une question fermée :*

Q : « est-ce que vous aimez chanter ? »

R : « autrement, moi »

** l'utilisation de paraphrases et de périphrases*

Les paraphrases sont une reprise sous forme de répétition de l'énoncé proposé par l'interlocuteur. Les périphrases sont des stratégies utilisées en l'absence du mot précis : elles consistent à employer plusieurs mots à la place du mot unique faisant défaut. La dénomination du crocodile peut devenir : « un animal à ramper qui se promène sur le ventre ».

On observe que ces circonlocutions vont être d'abord utilisées en remplacement des mots les moins fréquents du lexique et s'étendre progressivement au lexique plus familier.

** les persévérations sont de plus en plus fréquentes*

On observe une diminution des thèmes abordés, ceux qui sont inlassablement repris par la personne âgée étant probablement signifiants pour elle. Avec l'évolution de la maladie, il n'y aura plus que l'émission de quelques mots et dans les formes les plus graves des troubles du langage quelques sonorités ou quelques bruits.

Certaines personnes âgées vont également reprendre en écho des propos de l'interlocuteur comme si elles ne pouvaient plus générer leur propre message.

** les paraphasies phonémiques (par exemple « Marie-Daure » pour « Marie-Laure ») et sémantiques (par exemple « une brosse » pour « un peigne ») peuvent se multiplier mais elles n'apparaissent pas systématiquement dans les discours qui se déstructurent.*

Modifications de la syntaxe

On observe que les capacités syntaxiques sont mieux préservées que les capacités lexicales et qu'elles se modifient ultérieurement.

** le débit est souvent conservé et même parfois augmenté,*

** les phrases sont simples, courtes et parfois inachevées,*

** la combinatoire syntaxique se dissocie progressivement de la logique,*

** le désordre de l'énoncé augmente au fur et à mesure de sa progression ; par exemple :*

Q : « Où vont ces personnes ? »

R : « Dans la rue, elles vont le long, ça peut arriver qu'elles prolongent une essoreuse, peut-être je... ».

Imprecision du schéma de la communication et réduction du contrôle sur les émissions

** le schéma de la communication se modifie avec l'emploi indifférencié du JE et du TU ou du JE et du IL ; par exemple une patiente au sujet de son mari absent : « mon mari qui désespère parce que son mari elle pense qu'elle est trop long à arriver ».*

** l'absence de référents explicites pour les pronoms employés, comme dans l'exemple précédent, constitue une gêne pour l'interlocuteur.*

** la réduction progressive du contrôle sur les émissions s'accompagne d'une perte des capacités d'autocritique et d'autocorrection du discours.*

** la référence à des situations personnelles est de plus en plus fréquente : chaque thème de conversation est perçu et relié à un événement ou à une personne connue du patient ; par exemple lors d'une description d'une image de mer, le patient dit : « là c'est au bord de la mer, ma maison, quand c'était, maintenant c'est fini... ».*

** tendance à la prise de parole exagérée et inadaptée,*

** intérêt pour les détails secondaires au détriment des aspects principaux.*

LANGAGE, MÉMOIRE ET CAPACITÉS COGNITIVES

Vieillesse normale	Dépression	Démence
Relative préservation des capacités de langage	Variabilité des performances de langage et de mémoire	Déficit des performances de mémoire et des capacités cognitives
Plainte mnésique	Régression des troubles si traitement possible de la pathologie	Troubles du langage plus ou moins importants

LANGAGE ET DÉPRESSION CHEZ LE SUJET ÂGÉ

La pathologie dépressive provoque des troubles multiples qui concernent soit le comportement soit les performances cognitives. Il est important de les connaître afin de déterminer s'il s'agit d'une véritable pathologie dépressive ou d'un autre déficit et par la suite d'orienter le patient vers un traitement antidépresseur ou une autre prise en charge, de type psychothérapeutique par exemple.

Lorsqu'une personne âgée est adressée pour un bilan, on considère en général que le déprimé vient consulter seul alors que le dément est souvent accompagné. En fait cela est vrai pour les déprimés indemnes de toute altération cognitive car lorsqu'une atteinte existe, le contact est le fait de l'entourage.

Lors de ce premier entretien, les conditions du début de la dépression seront datées avec une certaine précision ainsi que les modalités d'évolution, l'installation de la dépression coïncidant souvent avec un événement affectif précis. De plus, il ne sera pas utile d'interroger le sujet sur des aspects précis de sa vie mais de laisser libre cours aux évocations spontanées.

L'observation va se faire autour de 3 points : le comportement, le discours, les fonctions supérieures.

Comportement

En ce qui concerne le comportement, le dépressif ou la famille du dépressif se plaint d'une réduction d'activité, d'un confinement au domicile, d'une anéthonie ou perte de la recherche de plaisir. Le patient est fatigué, ne montre plus d'intérêt, manque de vigueur et ne prend plus de décision. Le ralentissement psychomoteur concerne toutes les activités. Le patient a le visage fixe, ses mouvements sont lents, ses attitudes crispées.

Par contre, on constate que la lenteur est mobilisable et on observe au cours de l'entretien une certaine réactivité. De plus les performances sont souvent supérieures à ce que laissent prévoir les plaintes du patient. Le caractère, aussi, est différent : le patient peut se montrer irritable voire agressif.

Discours

Le discours spontané renvoie à des événements et à des souvenirs tristes, des évocations négatives. La voix est faible, monotone.

Fonctions cognitives

Les fonctions supérieures, la mémoire, le langage sont aussi perturbés. Différents bilans permettent d'évaluer les déficits. Lors de ces tests, les épreuves les mieux réussies sont celles concernant la copie, la dictée, la répétition, la dénomination. L'orientation temporo-spatiale est à peu près normale (on notera parfois une difficulté pour donner la date du mois). Le stockage et les processus de consolidation sont préservés et la rétention immédiate est bonne (si elle chute, le rappel indicé s'avérera efficace).

Les épreuves les plus touchées sont celles sollicitant l'attention, la concentration, la logique, les capacités d'adaptation. L'évocation de mots est faible voire chutée, les définitions de mots sont courtes (ce sont souvent des définitions par l'usage), la narration est peu élaborée avec des phrases courtes, une syntaxe et un vocabulaire simples.

A des demandes précises le sujet répond par approximations, par « je ne sais pas ». Il lui arrive de chercher ses mots. Il faudra accorder une certaine importance aux répétitions.

L'apprentissage est ralenti, défectueux, mais souvent on a l'impression que les patients ne font pas d'effort pour se souvenir ou pour accomplir des tâches relativement simples. Les oublis portent surtout sur les activités qui demandent de l'attention.

Il est important de souligner que quel que soit l'âge du patient dépressif, les déficits des fonctions supérieures et donc du langage ne sont que des symptômes de la pathologie. Tous ces troubles régressent en même temps que la pathologie dépressive. Avec une évaluation précise nous pourrions relier des troubles du langage et des fonctions supérieures à une dépression et toujours penser qu'un patient même très âgé peut ne présenter qu'une pathologie dépressive.

LANGAGE ET DÉPRESSION

1 - COMPORTEMENT

- * Réduction d'activité
- * Fatigue
- * Ralentissement psychomoteur sur toutes les activités
- * Attitudes crispées
- * Troubles de l'humeur

2 - DISCOURS

- * Voix faible
- * Renvoie à des événements tristes

3 - FONCTIONS SUPÉRIEURES, MÉMOIRE, LANGAGE :

Ce qui est préservé :

- * Copie, dictée, répétition, dénomination

Ce qui est touché :

- * Evocation des mots
- * Narration
- * Apprentissage
- * Mémoire, jugement (souvent liés à des problèmes d'attention, de concentration)

RELATIONS ENTRE DÉMENCE ET DÉPRESSION

Il est important de donner quelques éléments permettant de mieux cerner les liens pouvant exister entre la dépression et la démence. Les relations entre ces deux pathologies sont complexes : ce sont les deux affections mentales que l'on rencontre le plus fréquemment chez la personne âgée. Leur sémiologie est en partie commune et il est parfois difficile de les différencier lorsque le patient est vu pour la première fois pour des troubles de la mémoire ou une modification du comportement. De plus on observe de réelles manifestations dépressives chez les patients présentant une maladie d'Alzheimer. Trois tableaux cliniques expliquent ces relations.

La dépression se présente comme une démence : on la retrouve sous le terme de dépression pseudo-démentielle. Le patient présente en général les perturbations cognitives et les troubles du comportement décrits auparavant. La réversibilité des troubles cognitifs sous traitement antidépresseur peut constituer un critère diagnostique fiable, mais il faut savoir que ce traitement peut s'avérer inefficace en raison d'un mauvais choix ou d'une mauvaise utilisation voire même aggraver un état démentiel débutant.

La démence se présente comme une dépression ou démence pseudo-dépressive, mais certains signes peuvent alerter et permettre de mieux cerner ce dont il s'agit. Ainsi un patient présentant une affection cérébrale organique minimise volontiers ses troubles ou les conséquences de ses troubles.

L'entourage se plaint que le patient répète toujours la même question et oublie aussitôt la réponse. Le début d'installation des troubles est en général flou, peu précis. Au cours de l'entretien, la plainte mnésique du patient dément est modeste, bien qu'il manifeste des incertitudes, des erreurs sur la chronologie des événements. Il fournit facilement des réponses erronées ou se tourne vers la personne qui l'accompagne pour demander de l'aide. Il présente une désorientation temporo-spatiale.

En ce qui concerne le comportement, le dément garde très longtemps du plaisir dans les actions simples, affectives, sensorielles. Le ralentissement psychomoteur ne porte que sur les activités intellectuelles ou complexes. Il garde bon appétit, dort correctement, et ne présente pas de plaintes somatiques.

La démence et la dépression coexistent ou peuvent être secondaires l'une à l'autre.

Dans le cas où la démence est secondaire à la dépression (syndrome démentiel de la dépression), on considère que la dépression serait peut-être le mode d'entrée dans la démence. Il y aurait ainsi un continuum entre la dépression du sujet âgé et la démence constituant deux stades successifs d'adaptation précaire d'un sujet incapable de se soumettre aux exigences du milieu. On remarque d'ailleurs qu'un certain nombre de dépressions, notamment celles qui s'accompagnent de troubles cognitifs importants, évoluent vers une démence à brève échéance.

Quand la dépression est secondaire à la démence, on parle de syndrome dépressif de la démence. Les démences peuvent comporter des périodes dépressives. Une accentuation des difficultés alimentaires, une expression douloureuse de la mimique, des cris ou des gémissements, la majoration des troubles cognitifs sont en faveur d'une dépression chez les sujets déments. Un traitement antidépresseur devra être envisagé, pour soulager la personne.

PRISE EN CHARGE ORTHOPHONIQUE

L'objectif des orthophonistes travaillant avec des personnes âgées est de leur permettre de garder une communication orale et/ou écrite en maintenant le contact avec leur environnement familial, soignant et social. Une conversation dirigée est l'occasion d'un repérage dans le temps et l'espace, de l'utilisation d'un lexique parfois inemployé, de la sollicitation du raisonnement...

Prendre le temps de parler est souvent une opportunité pour exprimer un souhait, un besoin ou une préoccupation que d'autres intervenants n'ont pas pu décoder.

Avec les personnes âgées déprimées, la prise en charge est plutôt individuelle et vise, de la part des médecins et des paramédicaux, à rassurer et à revaloriser les patients. Ils soutiennent ces personnes dans la reconnaissance et l'acceptation des capacités diminuées et de la dépendance plus grande qui en résulte.

Lorsque les personnes âgées démentes ont une réduction du langage oral qui gêne les capacités de communication, les orthophonistes peuvent leur proposer des rencontres en groupe. Les fonctions de ces groupes seront de favoriser la communication interindividuelle, de maintenir les liens sociaux tout en respectant l'identité de chacun et d'encourager les productions de langage.

Les supports à la communication dépendent des centres d'intérêts des personnes âgées et de leurs capacités. On peut alterner des temps d'échanges spontanés où l'animateur privilégiant l'écoute attentive et empathique, favorise l'expression des préoccupations et des affects des participants et des temps avec des activités plus dirigées : celles-ci peuvent s'appuyer sur les capacités sensorielles et avoir comme supports des photos, des affiches, de la musique, des odeurs, des textes...

CONCLUSION

En face d'un sujet âgé présentant des troubles cognitifs et/ou un comportement de dément, il faut toujours s'interroger sur l'éventualité d'une pathologie dépressive, puis sur l'étiologie d'une démence éventuelle. Les rapports entre démence et dépression sont complexes et soulèvent de nombreuses questions.

En France, dans la situation actuelle, le diagnostic de dépression est souvent porté par excès et celui de démence par défaut, que ce soit par la famille, le généraliste, voire même par le spécialiste.

Ces erreurs peuvent s'avérer très graves. Tout d'abord parce qu'aujourd'hui des thérapeutiques existent dans le traitement de la maladie d'Alzheimer, qu'il s'agisse de réduire les symptômes ou de freiner la progression de la maladie. Ensuite parce que certains antidépresseurs peuvent avoir un effet désastreux sur les troubles cognitifs de la personne âgée. Enfin parce que la confusion entre la démence et la dépression peut conduire la famille à adopter des attitudes erronées face aux difficultés du patient.

La dépression et la démence peuvent se succéder ou s'associer. Avec l'évaluation, les orthophonistes peuvent apporter des éléments au diagnostic de la pathologie démentielle ou dépressive. L'essentiel est moins ce problème de diagnostic que la prise en charge des patients associant traitement biologique et soutien psychothérapeutique.

BIBLIOGRAPHIE

- BERGER L., MAILLOUX-POIRIER D. (1989). *Personnes âgées, une approche globale*, Paris : Maloine.
- BOTEZ M. I. et coll. (1987). *Neuropsychologie clinique et neurologie du comportement*, Masson.
- CLÉMENT J.P., PAULIN S., LEGER J.M. (1997). *Le risque démentiel de la dépression du sujet âgé*, L'année gériatologique.
- DEROUESNE C. (1997). *Dépressions et démences, Les dépressions du sujet âgé*, Paris : Masson.
- GOLDBLUM M.C. (1995). Troubles du langage et démence d'Alzheimer, *Rééducation orthophonique*, n° 181, février 1995.
- FERREY M., LEGOUES G. (1995). *Psychopathologie du sujet âgé*, Paris : Masson.
- HABIB M., JOANETTE Y., PUEL M. (1991). *Démences et syndromes démentiels. Approche neuropsychologique*, Paris : Masson.
- HERISSON C., TOUCHON J., ENJALBERT M. (1996). *Maladie d'Alzheimer et médecine de rééducation*, Paris : Masson.
- NASR-WYLER A., PELLERIN J., PIETTE F. (1998). Le vieillissement cognitif normal, *La Revue de Gériatrie*, T. 23, n°2, février 1998.
- PARTIOT, JOUVENT (1994). Dépression et troubles cognitifs, *Ardix Médical*.
- PELLERIN J., BOIFFIN A. (Juin 1997). Conduite à tenir devant l'association d'une dépression et d'une altération cognitive chez un sujet âgé. *La revue du généraliste et de la gériatologie*. N° 36.
- REMOND-BESUCHET C. (1987). *Bilan de langage de l'adulte âgé*, Isbergues : Ortho Edition
- ROUSSEAU T. (1995). *Communication et maladie d'Alzheimer*, Isbergues : Ortho Edition
- Chroniques d'Alzheimer, N° spécial 6/8, Septembre 1997, Universités PARKE-DAVIS (DUBLIN)
- Etre vieux, *Autrement*, n°124, octobre 1991

RECTIFICATIF

Dans le numéro 66 de la revue *Glossa* s'est glissée une erreur dans le tableau présenté page 17 (article de Mmes Bekhoutck, Flourey-Varoutsikos, Lazennoc-Prévost, Vandœuvre).

Il fallait lire :

LANGAGE ET VIEILLISSEMENT NORMAL		
=	?	↘
Capacités préservées	Capacités ± préservées selon les auteurs	Capacités altérées
vocabulaire étendu		difficulté d'accès au lexique
	capacités de narration	compréhension des phrases complexes
mémoire procédurale mémoire sémantique		thèmes abordés mémoire de travail mémoire épisodique
		attention conceptualisation abstraction

Merci aux auteurs et aux lecteurs de Glossa de bien vouloir nous en excuser.