



➤ Personnes âgées et langage

Plumages grisonnants, ramages hésitants ?

L'avancée en âge s'accompagne-t-elle d'altérations marquées du langage ? Doit-on avec un brin de fatalisme les considérer comme normales - et imparables -, ou partir en croisade de stimulation ? Est-il judicieux de « gaga-tiser » pour s'adresser aux aînés, comme si chacun d'eux était d'office dur à la détente et de la feuille ? N'y a-t-il pas lieu de solliciter plus souvent un(e) logopède dans les démences débutantes (surtout au domicile, et en décidant d'un remboursement) ? Voici quelques éléments de réponse à ces questions imbriquées.

@ Johanne Mathy

CorpAGEst explore le langage verbal et gestuel des aînés

Catherine Bolly est la principale investigatrice d'une recherche européenne qui bat son plein : CorpAGEst. Elle vise à déterminer comment on utilise les ressources verbales et gestuelles pour communiquer de manière adéquate et optimale au grand âge, et comment ces signaux sont perçus par autrui. Le projet s'intéresse aux ressources pragmatiques du langage des personnes âgées, à partir de l'analyse de conversations enregistrées sur support audiovisuel en situation de communication réelle. Il se centre sur l'étude des marqueurs de discours ('euh', 'ben', 'voyez-vous'...) et des expressions non verbales (sourires, hochements de tête...) qui servent à planifier et à structurer le discours, transmettre des émotions et des attitudes, ou s'impliquer dans l'interaction langagière.

La chercheuse nous signale par ailleurs une recherche de l'Ecole de santé publique de l'UCL sur la façon d'améliorer la participation des personnes âgées en consultation de médecine générale.

Sur le bout de la langue

Les années n'épargnent pas les fonctions langagières, impactant tant les capacités réceptives que les habiletés expressives. Coqs-à l'âne, pauses inopinées et répétitions peuvent être le lot même des ex-beaux parleurs. Petit survol des caractéristiques du langage (oral) au grand âge en compagnie de Catherine Bolly, chercheuse spécialisée. Il montre que l'être humain vieillissant s'efforce, par des stratégies compensatoires que vous reconnaîtrez, de sauvegarder sa capacité innée à communiquer.

Plusieurs facteurs affectent le langage de la personne qui vieillit, expose Catherine Bolly, romaniste devenue chercheuse en linguistique au CNRS et à l'UCL, et porteuse du projet de recherche européen CorpAGEst (voir encadré). Les altérations qui s'installent peuvent être imputées à de multiples facteurs d'ordre sensoriel - déficience de l'ouïe, troubles sensori-moteurs... - ou cognitif - troubles attentionnels, ralentissement cognitif... « La personne vieillissante traite de plus en plus lentement les informations, ce qui a un impact sur sa réactivité langagière. Sa vitesse de lecture s'en trouve réduite, également. On observe aussi le phénomène des 'mots au repos' : si le lexique n'est pas sollicité souvent, elle y accède moins rapidement. » Une conversation qui s'appauvrit est souvent associée à un isolement social ou un repli sur soi tant à domicile qu'en institution. C'est une spirale négative, l'un entretenant l'autre.

>>>

Digressions à profusion

« On relève également une perte des capacités d'inhibition [un processus de contrôle qui permet de se focaliser sur les éléments pertinents, ndlr]. La personne âgée éprouve de plus en plus de difficultés à distinguer, dans la conversation, ce qui est important de ce qui est futile. Lorsqu'elle reçoit une abondance d'informations simultanées, elle s'accroche à un élément et part dans une digression. On note aussi une verbosité accrue, souvent 'hors de propos' dans les discours narratifs des plus âgés: usant de beaucoup de mots pour traduire une idée qui n'en nécessitait pas tant, ils s'éloignent souvent du sujet de départ. » S'ils peuvent passer pour de bons conteurs, ils ne répondent donc pas toujours aux attentes de l'interlocuteur.

Connexions perdues et répétitions

Parmi les altérations d'ordre cognitif figure aussi l'incapacité à associer un mot à un sens. « La personne perd la 'connexion'. Cela se marque surtout pour les noms propres, qui renvoient chacun à une entité unique. D'où les confusions fréquentes dans les prénoms des infirmières, par exemple. »

« La perte d'inhibition », reprend la spécialiste, « conduit également les aînés à se répéter et à donner le change pour que la conversation ait l'air de suivre son fil en employant des marqueurs discursifs - les 'euh', les 'bon', les 'vous comprenez'..., ces petites expressions qu'on place pendant qu'on réfléchit à ce qu'on dit. Les plus âgés cherchent à la fois leurs mots et un discours cohérent. »

Des tactiques pour «faire avec»

Faut-il voir ces diverses évolutions de la production langagière avec l'âge comme normales, ou d'ordre pathologique? « Je préfère personnellement considérer qu'il y a

un continuum entre normalité et pathologie. Les répétitions, les marqueurs... sont des stratégies de compensation mises en œuvre par la personne pour maintenir une communication efficace. C'est quand ces stratégies n'y suffisent plus qu'on pourrait parler de 'pathologique', ou à tout le moins, de 'problématique'. J'adhère à cette vision non stigmatisante, qui ne réduit pas le vieillissement à un ensemble de déclin, mais repose sur la reconnaissance des potentialités exploitées pour s'adapter. »

A partir de quel âge voit-on surgir de vrais problèmes de communication ? « Au niveau langagier, les déficits ne se manifestent qu'assez tardivement, vers les 75-80 ans. Mais il est impossible de généraliser, de citer un âge charnière bien précis. Les disparités entre individus sont énormes. De plus, il faudrait distinguer l'âge chronologique de l'âge perçu, subjectif, qui reflète comment la personne se trouve socialement, émotionnellement et mentalement. »

Quand le visage parle

La gestualité (mouvements des mains, mimiques, postures...), contribuant à la compensation, est un domaine encore trop peu exploré au goût de l'experte louvaniste. « Intéressante à observer chez des seniors dits sains, elle est plus marquée encore à l'installation d'un Alzheimer ou d'une démence apparentée. » On touche ici à la pragmatique – pour faire bref, en linguistique: la capacité à mobiliser toutes les ressources langagières, à la fois physiques et verbales, pour interagir. Du moins quand... on y consent ! Pour ses travaux (lire en page 4), Catherine Bolly filme des personnes très âgées, dans leur milieu de vie, en conversation la plus spontanée possible. Une dame de

>>>



92 ans, bien que peu verbeuse, a ainsi pu faire montre d'une interactivité tangible avec sa petite fille à renfort d'expressivité faciale, « avec des sourires, des acquiescements incessants. Il était évident qu'elle ne comprenait pas tout à la conversation, mais voulait prouver qu'elle 'en était'. Étonnamment, la même dame, sur la même thématique mais face à un inconnu, se fige complètement, épaules rentrées, sans aucun effort pour communiquer. »

Sensibiliser à l'individuel et capter l'universel

« Cette gestualité, le personnel des maisons de repos la rencontre tous les jours. Avec l'expérience, certains 'sentent' ce qu'il y a comme message derrière », poursuit Catherine Bolly. Ses recherches l'ont amenée à croiser des soignantes très demandeuses, à titre de formation

continue, de recommandations pour mieux interpréter les expressions. Il y a parfois, à la clef, l'anticipation d'une involution de l'état d'esprit ou de santé.

« Quoique, encore une fois, on ne puisse généraliser. Par exemple, parmi quatre personnes filmées, la surprise n'est associée à l'écarquillement des yeux et au haussement des sourcils que chez une seule personne, alors que les trois autres s'éloignent de ce stéréotype... Cela étant, même s'il n'y a pas de recette miracle de décodage et parce que les soignants ont rarement le luxe d'observer longuement les résidents, il serait intéressant de mettre le doigt sur ce qui est le plus flagrant et leur livrer des clefs de lecture. Le regard par exemple, adressé et non pas vague, reste un indicateur 'universel' que le contact est bien établi entre interlocuteurs. » @

Adapter son discours, pas bêtifier

Jean-Baptiste Dayez, chargé d'études pour Enéo (le mouvement social des aînés proche de la mutualité chrétienne), a relevé dans la littérature les dégâts insoupçonnés d'une manie courante: s'adresser aux plus vieux comme à des enfants.

Ce « parler personnes âgées », condescendant, que le monde anglo-saxon nomme *patronizing speech*, relève de la sur-accommodation. Il est normal d'adapter son discours à son interlocuteur (c'est l'accommodation) mais pas de forcer le trait. Or, ceux qui s'adressent à des aînés ont souvent tendance à monter le volume, ralentir le rythme, articuler exagérément, simplifier leurs mots, prendre une voix haut perchée et qui monte... Voire, et là on flirte avec le manque de respect, se permettre des diminutifs ou des familiarités.

Il n'y a pas forcément malice dans le langage « gagatisant »: on l'emploie par inadvertance et/ou en voulant bien faire, indique la littérature internationale, notamment quand on considère que le plus âgé est en difficulté de compréhension. Il n'en demeure pas moins basé sur des stéréotypes liés à la vieillesse et semble d'autant plus exploité que, par son aspect ou son attitude, l'interlocuteur renforce involontairement ces derniers. Les recherches



existantes montrent toutefois que ce sont les gens qui ont peu de contacts avec les seniors qui sont les plus enclins à adopter un registre gâtifiant envers ceux-ci.

Les effets négatifs de cette façon de parler l'emportent sur les bénéfices, souligne le chargé d'études. Au rayon du positif, ce parler répond à des évolutions notées dans les capacités cognitives au grand âge (lire page précédente). Il est admis que parler distinctement, découper les idées complexes en phrases simples, être explicite, répéter ce qui est important et paraphraser concourt à une meilleure compréhension en tout cas du côté des personnes dont l'audition et la cognition sont altérées. Le revers de la médaille, c'est que des composantes de ce parler s'avèrent parfois contreproductives: la lenteur et l'intonation exagérées, les affirmations qui sonnent comme des questions... peuvent rendre le message incompréhensible pour le récepteur.

Mais le problème le plus prégnant, c'est que le parler cucul-la-praline et/ou paternaliste est très largement

perçu comme infantilisant et humiliant par ses destinataires. Un jeune adulte n'apprécie pas qu'on lui parle « comme à un c... »; un adulte plus âgé non plus, mais l'expérience - surtout répétitive - est davantage toxique sur lui. Elle peut en effet prendre des allures de prédiction auto-réalisatrice. La condescendance sous-entend que le senior est diminué, moins compétent, plus dépendant. Ce qui peut nuire à son estime de soi et l'amener à intégrer l'idée qu'il est, de fait, devenu moins capable et, partant, « ne plus essayer, réclamer plus d'aide et, finalement, décliner », résume Jean-Baptiste Dayez.

En guise de conclusion, celui-ci rappelle une règle d'or: chaque personne âgée est unique, avec des capacités préservées qui lui sont propres. « Cela ne sert à rien de se mettre automatiquement à parler à toutes de la même façon. » @

D'après « Parler aux personnes âgées comme on parle aux enfants: une fausse bonne idée », J.-B. Dayez, Analyses Enéo, juillet 2012.

Aux côtés de ceux qui perdent les mots et la tête

Annick Piette préside l'UPLF, l'Union professionnelle des logopèdes francophones. Reconnue depuis 1989, celle-ci joue les interfaces entre ses quelque 1.300 membres – très majoritairement féminins et conventionnés à 97% – et les autorités. L'activité de logopédie en institution se concentre sur deux pôles essentiels, gérer la dysphagie et contrecarrer l'aphasie. Face au défi du vieillissement, l'UPLF vote pour l'ajout des troubles du langage induits par l'Alzheimer dans la nomenclature.



La prise en charge des dysphagies inclut e.a. une rééducation de la langue, un travail sur la posture des résidents et sur la texture de leurs aliments. « Ce sont des interventions très très présentes, car les problèmes de déglutition peuvent dans certains cas mettre la vie en danger, par fausse route notamment. » D'autre part, les logopèdes s'efforcent de remédier à l'aphasie, ce déficit langagier (à la compréhension ou dans l'expression) né d'une lésion des zones cérébrales liées au langage, le plus souvent à la suite d'un traumatisme crânien ou d'un

accident vasculaire cérébral – et on sait que l'âge avancé influence le risque d'AVC.

« Le traitement est hautement personnalisé, en fonction du type d'aphasie, sa gravité, les séquelles, l'âge du résident... Notre travail vise soit à démutiser, à restaurer la communication - y compris avec des pictos ou des photos - chez ceux qui ne savent plus parler, soit à canaliser et réapprendre un langage efficace à ceux qui parlent tout le temps sans produire du compréhensible. »

« On a bien avancé »

Ne rencontre-t-on pas une certaine inertie du côté des médecins face aux troubles du langage acquis tardivement, qui seront lents à céder à la rééducation - s'ils cèdent - tandis que leurs victimes n'iront pas en rajeunissant ? Bref, ne règne-t-il pas un « à-quoi-bonisme » qui les retient de prescrire ? « Je sais qu'à certains endroits, on entend encore ce genre de discours. Ça dépend des médecins, et de l'institution. Et heureusement, c'est loin d'être majoritaire », indique la présidente de l'UPLF.

« Il faut savoir admettre que la logopédie a ses limites, qu'après plusieurs années, certaines récupérations n'interviendront plus. Cela étant, la situation a bien évolué : on rencontre de moins en moins de directions ou de médecins fermés à notre apport, les patients aphasiques sortent systématiquement des hôpitaux avec des prescriptions de logopédie, nous avons une nomenclature, des remboursements pour la prise en charge d'une palette de troubles de langage, ce qui est aussi une reconnaissance. »

Pour Annick Piette, l'un des écueils rencontrés par ses collègues en MRS - surtout les plus jeunes, peu sûres de leur fonction -, « c'est de se voir assigner des tâches qui ne relèvent pas de la logopédie, de la distribution de repas ou des toilettes, par exemple. Tout ce qui est animation ne devrait pas leur être délégué non plus. » @

Un handicap de départ

- L'arrêté royal du 9 mars 2014 fixant les normes pour l'agrément MRS ne place pas les logopèdes en pole position pour la composition des staffs KEL. La norme de personnel parle certes, par 30 résidents, d'un ETP kiné et/ou ergo et/ou logopède, mais le texte stipule « que les deux premières disciplines sont dans tous les cas suffisamment représentées au sein de l'établissement ». La logopédie n'est pas désignée comme prioritaire, mais réputée « offerte en fonction des besoins des résidents ».
- En MRPA, même si peu de directions (voire de logopèdes elles-mêmes) en ont conscience, la logopédie est à charge de l'établissement. La convention MRPA/MRS/CSJ - OA, texte du 01/01/2014, précise que ces prestations sont comprises dans le forfait mais pas couvertes financièrement par l'intervention pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière.

Le domicile, ce sacerdoce

Le patient aphasique surtout âgé, est affaibli et fatigué, parfois peu mobile, dépeint Annick Piette. Les visites à domicile prennent du temps, bien plus que de recevoir des enfants à la

queue leu-leu au cabinet. De plus, bien qu'elles le demandent depuis des années à l'Inami, les logopèdes n'ont pas droit à des frais de déplacement remboursés, comme les kinés. « Nous, on est dans l'humain, et pas des business women. Les logopèdes qui font du domicile le font avec cœur mais, si vous ajoutez les trajets, la demi-heure de rééducation vous a 'coûté' une heure. » Moralité, on trouve de moins en moins de logopèdes prestant à domicile. Alors qu'on est dans un contexte de vieillissement démographique et que le maintien à domicile est sur toutes les lèvres...

A ce propos, la présidente de l'UPLF insiste également sur le rôle que ses collègues pourraient jouer auprès des aînés ayant un début d'Alzheimer - avec répercussions positives aussi sur leurs aidants. La maladie s'accompagne de perturbations de la communication, sources d'incompréhension et parfois de vraies crises de colère quand les patients ne parviennent plus à se faire comprendre. « Il est établi que chez ceux qui font de la logopédie au stade initial de la maladie, le développement de celle-ci est ralenti. » Mais, embraie-t-elle, « le travail avec les personnes Alzheimer n'est pas pris en charge par l'assurance maladie. L'UPLF demande, de longue date, qu'on ajoute ce trouble dans la nomenclature. On a introduit un dossier à l'Inami, mais la période n'est budgétairement pas propice... », commente Annick Piette. « Cela n'aurait pas de sens de poursuivre des séances aux stades avancés, les spécialistes s'accordent à le dire - et c'est d'ailleurs la difficulté de fixer un nombre de séances qui pose problème à l'Inami. Mais encore une fois, au début, la logopédie est un soutien, aussi pour la famille désemparée. »

