

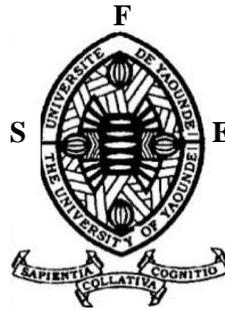
UNIVERSITE DE YAOUNDE I

CENTRE DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE EN
SCIENCES HUMAINES SOCIALES ET
EDUCATIVES

UNITE DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALES EN
SCIENCES DE L'EDUCATION ET DE
L'INGENIERIE EDUCATION

FACULTE DES SCIENCES DE
L'EDUCATION

DEPARTEMENT D'EDUCATION
SPECIALISEE



UNIVERSITY OF YAOUNDE I

POST GRADUATION SCHOOL FOR
SOCIAL AND EDUCATIONAL
SCIENCES

RESEARCH AND DOCTORAL
TRAINING UNIT FOR SCIENCE OF
EDUCATION AND EDUCATIONAL
ENGINEERING

FACULTY OF EDUCATION

DEPARTEMENT OF SPECIALIZED
EDUCATION

QUALITÉ DE VIE DE LA PERSONNE AGÉE ET FONCTIONS MENTALES

*Mémoire rédigé et soutenu en vue de l'obtention du diplôme de Master en Sciences de
l'Education.*

Filière : Education Spécialisée

Option : *Handicaps Mentaux, Habilités Mentales et conseils*

Présenté par :

NDJOMO Éric Jean Pierre

Matricule : 20V3070

Titulaire d'une licence en psychopathologie et clinique

Sous la coordination de :

Marc Bruno MAYI

Professeur des universités



SOMMAIRE

SOMMAIRE	ii
REMERCIEMENT	iv
RESUME.....	v
ABSTRACT	vi
SIGLES ET ABBREVIATIONS	vii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 : LE VIEILISSEMENT	5
CHAPITRE 2: QUALITE DE VIE ET SOUTIEN SOCIAL	34
CHAPITRE 3 : MEMOIRE, FONCTIONS EXECUTIVES, ATTENTION VISUELLE ET GLOBALE	65
CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE.....	94
CHAPITRE 5 : ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS	101
CONCLUSION	133
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	136
ANNEXES	143
TABLE DES MATIERES	164

A

Ma mère MOLO DELPHINE

REMERCIEMENT

Un travail scientifique ne saurait être l'effort d'une seule personne mais le résultat des efforts conjugués de plusieurs idées.

Nous remercions le Professeur Marc Bruno Mayi, notre encadrant pour avoir accepté de nous encadrer, pour sa disponibilité, pour ses conseils et surtout pour avoir suivi de près notre travail.

Nous sommes reconnaissants à tous les enseignants du Département de l'Education Spécialisée de la Faculté des Sciences de l'Education de l'Université de Yaoundé1 pour les différents enseignements qu'ils nous ont dispensés tout au long de notre parcours de Master, particulièrement, aux docteurs Banindjel Joachen, Esaïe Frédéric Song pour leurs orientations, documentations, conseils, instructions, et disponibilité.

Nous exprimons notre profonde gratitude à nos parents, frères et sœurs pour leur soutien sur les plans financiers, moraux, psychologiques.

Nous ne manquons d'avoir un souvenir de nos amis et camarades Feumi Tomy Rostand, Milo Gaston, Fangué Nanou Audrey,

Qu'ils y trouvent leur compte, tous ceux qui de près ou de loin ont participé à l'élaboration de ce travail.

RESUME

Le présent mémoire intitulé: *Qualité de vie de la personne âgée et fonctions mentales* part du constat selon lequel certains séniles n'ont presque pas des troubles de mémoire et d'attention visuelle alors que d'autres en ont. Il pose le problème de l'influence de la qualité de vie de la personne âgée sur ses fonctions mentales. Pour mieux comprendre ce problème, nous nous sommes posés la question de recherche suivante : « la qualité de vie de la personne âgée influence-t-elle ses fonctions mentales ? » ; qui se décline en deux questions de recherche spécifiques à savoir : « la perception subjective des conditions d'existence de soi de la personne âgée influence-t-elle ses fonctions mentales », et « le soutien social de la personne âgée influence-t-il ses fonctions mentales ? ». Suite à ces interrogations, nous avons formulé les hypothèses suivantes : (HG) « *la qualité de vie de la personne âgée influence ses fonctions mentales* », (HR1) « *La perception subjective des conditions d'existence de soi de la personne âgée influence ses fonctions mentales* », et (HR2) « *le soutien social de la personne âgée influence ses fonctions mentales* ». Pour éprouver nos hypothèses, nous avons opté pour la méthode qualitative. Cette méthode a été choisie pour sa capacité à fournir une analyse en profondeur des phénomènes dans leur contexte. Suivant nos critères d'inclusion et d'exclusion, cinq participants (quatre hommes et une femme) ont été retenus pour cette étude. Toutes ces personnes vivent dans la ville de Yaoundé. La collecte des données auprès de nos participants a été faite à l'aide des entretiens semi-directifs. Ces données ont fait l'objet d'une analyse de contenu. Suite à cette analyse, il en ressort que, pour l'échelle d'autoévaluation des difficultés d'attention, plus de la moitié des individus âgés de 70 à 80 ans de notre échantillon ont une attention globale correcte. Cela peut se justifier par les réponses données au niveau des items (1,9, 16,3, 6, 14, 15, 17). Et pour l'échelle d'autoévaluation de la mémoire, nous notons qu'au moins 3/5 individus ont répondu par « jamais » par rapport aux 23 items sur les 39. Ce qui laisse croire que la plupart des sujets de notre échantillon ont : une mémoire épisodique, une mémoire procédurale, des fonctions exécutives et résolutions des problèmes normales.

ABSTRACT

This thesis entitled: Quality of life of the elderly and mental functions starts from the observation that some senile people have almost no memory and visual attention problems while others have them. It poses the problem of the influence of the quality of life of the elderly person on his mental functions. To better understand this problem, we asked ourselves a series of questions, namely: « Does the quality of life of the elderly person influence his mental functions? », « Does the subjective perception of the elderly person's conditions of self-existence influence his mental function? » and « Does the social support of the elderly person influence his mental function? ». Following these questions, we were able to obtain the following provisional answers: (GH) « The quality of life of the elderly person influences his mental functions », (RH1) « The subjective perception of the elderly person's conditions of self-existence influences his mental function » and (RH2) « The social support of elderly person influences his mental function ». To test our hypotheses, we opted for the qualitative method. This method was chosen for its ability to provide an in-depth analysis of phenomena in context. Following our inclusion and exclusion criteria, five participants (four men and one woman) were selected for this study. All these people live in the city of Yaoundé. Data collection from our participants was done using semi-structured interviews. This data was subject to content analysis. Following this analysis, it appears that, for the self-assessment scale of attention difficulties, more than half of attention difficulties, more than half of the individuals aged 70 to 80 in our sample have decent overall attention. This can be justified by the responses given at item level (1,9,16,3,6,14,15,17). And for the self-assessment scale of memory, we note that at least 3/5 individuals responded with “never” in relation to the 23 items out of the 39. Which suggests that most of the subjects in our sample have: episodic memory, procedural memory, executive functions and normal problem solving.

SIGLES ET ABBREVIATIONS

ADN : Acide Désoxyribonucléique

HG : Hypothèse Générale

HR1 : Hypothèse de Recherche 1

HR2 : Hypothèse de recherche 2

ISSB: Inventory of Social Supportive Behaviors

MQOL : Questionnaire MCGILL pour Mesurer la Qualité de Vie

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ON : Oxyde Nitrique

OS1 : Objectif Spécifique 1

OS2 : Objectif Spécifique 2

PAMPS : Motifs Moléculaires Associés aux Pathogènes

QMQV-Cameroun : Questionnaire pour Mesurer la Qualité de Vie (version camerounaise)

RNS : Molécules Réactives de l'Azote

SES : Statut Social

SPS : Social Provision Scale

UE : Union Européenne

USLD : Unités de Soins de Longue Durée

VD : Variable Dépendante

VD : Variable Indépendante

INTRODUCTION

L'homme est issu de la rencontre d'un spermatozoïde et d'un ovule. C'est à travers de cette union que se forme un zygote qui va évoluer en embryon, en nourrisson, en enfant, en adolescent, en adulte et enfin en sénile. C'est cette dernière étape de l'évolution de l'homme qui nous intéresse. Elle est assimilée à la vieillesse, et peut être considérée comme étant une période où les hommes d'hier qui étaient considérés comme n'ayant pas de difficultés (bien portants, productifs, etc.) se retrouvent affaiblis ou diminués dans tous les sens. De nos jours, il y a un véritable souci de savoir l'âge auquel on peut commencer à désigner l'entrée à la vieillesse de façon précise. Mais certains pays se réfèrent à l'âge de la retraite. Par exemple, au Cameroun, l'âge de la retraite est fixé à 60 ans. Et par contre en Angleterre, il est plutôt fixé à 65 ans. Suite au processus du vieillissement, certains peuples (les occidentaux) estiment que les personnes âgées sont des fardeaux. Pour eux, cette catégorie de personne est presque dépendante de tout. Par ailleurs, il y a d'autres peuples (les africains et les asiatiques) qui pensent que les personnes âgées sont une richesse qui doit être préservée malgré la réduction de leur état de santé. Cela se justifie par le fait que, le senior est pris ici comme : un sage ; un conseiller, un traitant (il maîtrise le pouvoir des herbes) ; un éducateur. Dans la même logique, il y a un adage africain qui dit : « lorsqu'un vieillard meurt, c'est une bibliothèque qui disparaît dans les flammes ». Il est à noter qu'elles sont vulnérables à plusieurs maux et elles ont besoin d'une prise en charge pluridisciplinaire pour améliorer leur mode de vie.

En 2019, on comptait dans le monde un peu plus de 1 milliard de personnes âgées de 60 ans et plus, soit 13,2% de la population mondiale de 7,7 milliards d'individus. C'est un nombre 2,5 fois plus important qu'en 1980 (38 millions) et qui devrait encore augmenter pour atteindre près de 2,1 milliards d'ici à 2050. Pour la première fois dans l'histoire de l'humanité, les personnes âgées sont plus nombreuses que les enfants de moins de cinq ans et, d'après les projections des Nations Unies, elles sont appelées à devenir deux fois plus nombreuses que les enfants de moins de cinq ans d'ici à 2050. La plupart d'entre elles vivent dans les pays à revenu intermédiaire. En 2019 : 5% vivaient dans les pays africains de l'OMS, 16% dans ceux

de l'Amérique, 19% dans ceux de l'Asie du Sud-Est, 20% dans les pays européens, 5% dans ceux de la Méditerranée orientale et 33% dans ceux du pacifique occidental. Face au vieillissement de la population, l'OMS s'efforce d'optimiser le bien être des personnes âgées.

En 2022, au Cameroun, les personnes âgées représentaient 5% de la population totale avec une concentration en zone rurale. Plus de 200 associations d'encadrement de ces personnes existent au sein du territoire camerounais. Ce bilan a été présenté par le ministère des affaires sociales à l'occasion de la célébration de la 25e édition de la journée mondiale des personnes âgées sous le thème « prendre position de l'âgisme » qui a lieu le 1^{er} octobre dernier. Ce Ministère aménage des pistes pour inclure les personnes du 3^e âge dans les stratégies du développement social en les permettant d'encadrer les enfants.

Chez beaucoup des personnes âgées, il se pose un problème de la qualité de vie. L'OMS (1993) la considère comme étant : *« la perception qu'un individu a de sa place dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large qui peut être influencé de manière complexe par la santé physique de la personne, son état psychologique et son niveau d'indépendance, ses relations sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement »*. Cette conception de la qualité de vie laisse transparaitre plusieurs modalités Mais seul deux parmi tant d'autres qui nous intéressent (la perception subjective des conditions d'existence de soi et le soutien social) dans le cas de notre étude. Comme tout être vivant, les sujets âgés ont besoin de tous types d'aides pour mieux s'adapter dans la société. *Éric Fiat (2006) l'affirme en disant : « Nous devons notre humanité à autrui »*.

Au fur et à mesure que nous prenons de l'âge, nous sommes confrontés à une diminution progressive des capacités des fonctions mentales. Elles se définissent comme étant l'ensemble des capacités que possède notre cerveau et qui nous permettent d'être en interaction avec notre environnement. Elles nous permettent de percevoir, se concentrer, acquérir des connaissances, raisonner, s'adapter et interagir

avec les autres. Chez la majorité des séniles, cette perte de performances des fonctions mentales peut entraîner les démences ou des troubles d'attention. Il existe plusieurs types des fonctions mentales. Mais, seules deux types (la mémoire et l'attention visuelle globale/locale) qui ont été retenu pour le cadre de notre recherche.

Dans ce mémoire, nous nous intéressons sur la façon que le monde extérieur et les représentations subjectives que la personne âgée se fait de sa propre vie peuvent impacter sur ses fonctions mentales. En effet, nous avons constaté qu'autour de nous, que certaines personnes âgées réfléchissaient normalement, respectaient les rendez-vous, reconnaissaient leurs proches et ont une perception visuelle presque normale. Par contre, d'autres sont presque incapables de faire toutes ces choses. C'est cette incompréhension qui nous a poussé amener une analyse sérieuse et approfondie.

Le présent travail pose le problème de l'influence de la qualité de vie de la personne âgée sur ses fonctions mentales. Afin de répondre à la question de recherche suivante : « la qualité de vie de la personne âgée influence-t-elle ses fonctions mentales ? », nous avons émis l'hypothèse suivante : « *la qualité de vie de la personne âgée influence ses fonctions mentales* ».

L'objectif Général dans cette recherche est de montrer que « *la qualité vie de la personne âgée influence sur ses fonctions mentales* ».

Il en découle deux objectifs spécifiques à savoir :

OS1 : montrer que *La perception subjective des conditions d'existence de soi de la personne âgée influence sur ses fonctions mentales* ;

OS2 : montrer que « *le soutien social de la personne âgée influence sur ses fonctions mentales* ».

Suite à ces objectifs, nous avons pu aussi dégager trois intérêts. En première ligne, nous avons l'intérêt général. Il réside dans une meilleure façon de comprendre l'influence de la qualité de vie de la personne âgée sur ses fonctions mentales.

En seconde ligne, nous avons l'intérêt personnel. Au-delà de tout autre bénéfice, ce travail participe d'abord d'un effort de formation qui puisse nous assurer

les savoirs, savoir-faire et savoirs être en matière de compréhension et d'accompagnement des personnes âgées. Face à ce handicap mental, ce travail vient combler un besoin personnel qui est celui de se sentir utile et efficace dans la formulation des réponses à apporter aux problèmes qui touchent à l'humain en général, et aux personnes âgées en particulier. Cette étude nous a permis d'entrer dans le monde restreint du handicap précisément d'aborder les problématiques de la qualité de vie de la personne âgée en rapport avec les fonctions mentales.

Enfin, nous avons l'intérêt scientifique. D'après Aktouf (2004), l'intérêt de la science et des travaux scientifiques est de détecter les problèmes quel que soit leurs natures et d'en apporter des clarifications et les réponses dans le but de faciliter ou d'améliorer la vie sur terre. L'étude sur la qualité de vie de la personne âgée et les fonctions mentales est d'un intérêt particulier dans la mesure où elle nous explique la manière dont la qualité de vie (bonne ou mauvaise) de la personne âgée influence ses fonctions mentales.

L'organisation de ce travail est faite en chapitre. Et il est constitué de cinq chapitres à savoir : chapitre 1 : le vieillissement ; chapitre 2 : qualité de vie et soutien social ; chapitre 3 : mémoire, fonctions exécutives, attention visuelle et globale ; chapitre 4 : la méthodologie et enfin le chapitre 5 : l'analyse et interprétation des résultats.

CHAPITRE 1 : LE VIEILLISSEMENT

1.-DEFINITIONS

1.1.-Le vieillissement

Régis Debray le définit comme étant : « l'embouteillage de déficits ». C'est-à-dire le vieillissement est la diminution des fonctions de l'organisme avec le passage du temps qui se traduit par une modification des organes du corps. Le vieillissement c'est la vie, comme le dit Messy (2002, p. 15) : « Le vieillissement n'est pas la vieillesse, pas plus que le voyage ne se réduit à l'étape. Le vieillissement est un processus irréversible qui s'inscrit dans le temps. Il débute dès la naissance et s'achève avec la destruction de l'individu ».

Le vieillissement est physiologique, il correspond à la manière dont l'homme doit s'adapter à mesure que ses capacités diminuent. Au même titre que notre corps se modifie, nos habitudes changent, notre rythme ralentit et l'état de santé se dégrade, sans qu'on le décide délibérément. Le vieillissement est ainsi naturel et inéluctable, progressif et irréversible. Il fait partie du cours du développement humain, sous la dépendance de l'environnement et de facteurs génétiques et personnels. Il touche tout le monde mais est loin d'être uniforme, le rythme et les modalités oscillent selon chacun. En fait, à un âge donné, les effets et conséquences du vieillissement varient fortement d'un individu à l'autre. Il existe une véritable diversité dans le processus de vieillissement par la mise en jeu du patrimoine génétique, culturel, le niveau social, l'environnement familial, le mode de vie, les expériences passées, etc.

1.2.-La vieillesse

Elle est considérée comme la dernière partie de la vie. Comme l'absence de l'adolescence, il s'agit d'une période de grands changements durant laquelle il faut puiser dans ses capacités d'adaptations. Cette dernière est à étudier dans son contexte socioculturel, religieux et historique. En effet, selon la situation, il y a une variabilité de la perception et du regard porté sur les personnes âgées. Au paravent par exemple, l'âge conférait un certain respect : le vieillard, en tant que patriarche, était alors le symbole de la sagesse, de la connaissance. A l'inverse, à l'époque de la Renaissance

où primait la beauté extérieure, « la personne âgée » était généralement effacée des intérêts d'antan. La vision de la vieillesse diffère géographiquement aussi.

Selon le *Larousse*, la vieillesse est la dernière période de la vie normale, caractérisée par un ralentissement des fonctions. C'est une période naturelle pouvant être caractérisée par l'arrêt de l'activité professionnelle et une diminution des capacités physiques et cérébrales. Les limites de la vieillesse sont discutables. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) considère que l'entrée en vieillesse se situe à 65 ans. Mais le seuil de la vieillesse peut également être d'ordre social (correspondant à la retraite) ou médical (signes de dépendance).

A partir d'un point de vue plus individuel, on pourrait dire que l'entrée en vieillesse serait une perte de trop dans le processus du vieillir, que le sujet ne peut pas supporter. Celle-ci peut être événementielle (chute, traumatisme psychique, etc.) ou progressive pour certains Mishara et Riedel (1984) le disent en ces termes :

« La vieillesse n'est pas un état mais un processus continu, (...) une période inévitable et naturelle de la vie humaine caractérisée par une baisse des fonctions physiques, la perte du rôle social joué comme adulte, des changements dans l'apparence physique et un acheminement graduel vers une diminution des capacités » (Mishara et Riedel, 1984, p.35).

2.-LES PERSPECTIVES ANTHROPOLOGIQUES

2.1.-Vieillir dans les cultures africaines

En Afrique noire, principalement dans les zones rurales, le vieillissement se pense avant tout en termes d'acquisition et de progrès, car les sociétés traditionnelles ont besoins de vieux, symboles de leur continuité en tant que mémoire du groupe. Aussi, la création d'hospices où l'on accumule des vieillards est encore refusée comme malsaine ou scandaleuse et jamais le vieux n'est abandonné au dénuement et à la solitude. Mais en ville, et sans doute aussi dans l'émigration en Europe, le vieillard perd de son utilité sociale. On l'écoute de moins en moins, on récuse sa sagesse et déjà on lui reproche d'être improductif, on lui fait comprendre qu'il est de trop. Dans la société à accumulation progressive de la personnalité, le vieillissement se pense avant tout en termes d'acquisition et de progrès. Tout se passe comme si ce qui était perdu

restait secondaire par rapport à ce qui est gagné. Ainsi fréquemment, les classes d'âges successives, inséparables des rites initiatiques, définissent la hiérarchie des sujets dans le groupe. L'échelle des âges codifie la hiérarchie sociale et définit le pouvoir de la gérontocratie. Il faut donc beaucoup de maturité et d'expérience pour administrer avec sagesse les intérêts de la communauté. Le vieillard n'est pas exclu du circuit de la production malgré qu'il ne puisse plus effectuer les travaux pénibles comme l'agriculture, la chasse etc. Mais en revanche, il sait se rendre utile et on lui confie volontiers les tâches comme la vannerie, le tissage, le cordage, la poterie, la teinture, la surveillance des enfants etc. C'est aux vieillards que revient très souvent la pratique de la pharmacopée, car il a pris le temps de connaître le secret des plantes et d'apprécier leurs vertus curatives, quant aux vieilles matrones, elles supervisent avec autorité tout ce qui concerne la fécondité et l'accouchement. Les rapports exceptionnels se lient entre les grands-parents et les petits enfants. Selon le principe bien connu des générations alternées ; si pour les enfants les parents représentent l'autorité, les grands parents s'assimilent plutôt à des égaux bienveillants. La vieillesse est souvent symbole de sagesse. Les vieilles personnes détiennent les traditions de la tribu et responsables de leur continuité. Ceux qui sont très vieux se trouvent assimilés aux ancêtres qu'ils vont bientôt retrouver. L'expérience qui donne : savoir, discernement, équité, abnégation, sang-froid, font du vieillard l'arbitre par excellence. Rien d'étonnant si dans sa case ou au pied de l'arbre à palabre, le vieillard ne reste jamais seul. Rien d'étonnant si le vieux meurt toujours auprès des siens, sécurisé et materné par les femmes et déjà chargé des messages qu'il devra porter aux ancêtres que bientôt il va retrouver. Cette vision du vieillard ne s'applique évidemment en milieu rural traditionnel au sein duquel les croyances religieuses (animistes) non encore étouffée par le christianisme ou l'islam restent vivaces. Le développement de la civilisation urbaine avec le primat de l'individualisation et de la compétition, l'installation de l'économie monétaire, la mise en place des industries et du travail mécanisé, l'éclatement de la famille et la délitescence de la solidarité qu'en découle l'influence des médias, la généralisation des institutions scolaires qui privilégient le livre aux dépens de l'oralité traditionnelle, les nouvelles règles de promotion sociale qui loin cette fois d'être fondées sur l'âge semblent au contraire favoriser les adultes en pleine

possession de leurs moyens, autant de faits qui mettent un terme à la gérontocratie et jettent le doute sur le bien-fondé du principe de séniorité. Dès lors, ce n'est pas seulement la personne du vieillard qui se trouve mise en cause, mais tout le système social qu'il s'identifiait.

2.2.- Vieillir dans les cultures non africaines

Les représentations que l'on se fait des personnes âgées sont multidimensionnelles et mêlent des aspects négatifs et positifs, tout comme des idées plus ou moins basées sur une réalité objective. Au sein des sociétés occidentales, c'est le courant de l'âgisme qui domine, avec ses images négatives sur la vieillesse. Les personnes âgées ne sont pas des plus valorisées dans ces sociétés, dans lesquelles la jeunesse, la beauté et la performance priment avant tout. Le processus de vieillissement est vu comme devant être contrôlé au maximum. Les occidentaux délaissent donc les plus âgés parce qu'ils sont considérés comme moins attractifs et utiles et ils ont tous intériorisé des schémas de pensées réducteurs à leur égard qui, à terme, leur sont préjudiciables. Ces stéréotypes âgismes sont synonymes de maladie, inutilité, non-attractivité, déclin cognitif, pauvreté, dépression. Vouloir mettre de côté le vieillissement est en réalité paradoxal dans la mesure où nous sommes tous conscients que notre longévité est en constante progression et que les aînés représenteront la plus grande part de la population mondiale dans les années à venir.

Dans d'autres cultures, la personne âgée semble avoir une autre place, une position plus respectée et davantage de valeur. Cela semble par exemple être le cas dans les cultures africaines ou asiatiques, dans lesquelles la mort d'un ancien peut être vécue comme une perte inestimable. La recherche relative aux représentations des aînés en fonction des cultures s'est surtout penchée sur les cultures anglo-saxonnes (américaines) et asiatiques et a longtemps supposé que, contrairement aux cultures occidentales, les cultures asiatiques nourrissent des perceptions et attitudes plus positives du vieillissement en raison des principales valeurs confucianistes de ces sociétés : respect des plus âgés, hiérarchie et structuration forte des relations interpersonnelles et culture collectiviste (Tan, Zhang, & Fan, 2004) ; Yun & Lachman, 2006). Les rôles attribués aux aînés seraient plus valorisés et valorisants. Ces derniers seraient en outre, plus estimés et mieux intégrés au sein des contextes familiaux et

sociaux, qui les considéreraient avec davantage de respect. Le regard sur la vieillesse aurait donc des orientations différentes en fonction des cultures. Les recherches révèlent que des différences de perception existent entre cultures occidentales et asiatiques, mais sont beaucoup plus infimes que ce que l'on aurait pu croire de prime abord. De manière générale, ce sont des traits communs qui dominent. Une étude réalisée sur 26 cultures de 6 continents différents (Löckenhoff, De Fruyt et coll., 2009) a par exemple montré qu'il existe des perceptions communes entre ces mêmes cultures concernant les aînés. Pour elles, certaines caractéristiques diminuent avec l'âge : l'attractivité, l'exécution des tâches quotidiennes et l'apprentissage de compétences nouvelles. À l'inverse, d'autres traits sont perçus comme étant renforcés : la sagesse, le respect qu'ils imposent et l'expérience de vie. Le résultat le plus marquant est que les perceptions des différentes cultures s'accordent sur deux indicateurs majeurs du processus de vieillissement : déclin cognitif et physique. En effet, la majorité des cultures ont d'ailleurs recours à l'âge chronologique et à l'apparence physique pour déterminer si une personne est vieille ou non. L'âge-clé perçu comme charnière pour être considéré comme « vieux » coïncide souvent avec celui du passage à la retraite. L'autre grand indicateur pour définir le degré de vieillesse d'un individu est donc constitué par les limitations des fonctions cognitives

3.- ASPECTS AU VIEILLISSEMENT

3.1.- Le vieillissement comme fait démographique

La démographie peut se définir comme étant le destin. Cette formule souvent invoquée suggère que la taille, la croissance et la structure de la population d'un pays déterminent son tissu socioéconomique et politique à long terme. Elle met en évidence le rôle de la démographie dans la configuration des questions nombreuses et complexes auxquelles sont confrontées les sociétés, dont plusieurs se rapportent à la croissance et au développement économiques. Le vieillissement de la population est la tendance démographique dominante du XXI^e siècle résultat de l'accroissement de la longévité, de la baisse de la fécondité et de la progression de grandes cohortes vers le troisième âge. Jamais auparavant de tels nombres de personnes avaient atteint les âges de 65 ans et plus.

3.1.1. -La démographie du vieillissement en Occident

Le vieillissement est un problème qui concerne tous les pays du monde entier. Il est installé en Europe depuis longtemps. La population européenne est l'une des plus âgées de la planète. En 2016, plus de 19,2 % des Européens étaient âgés de 65 ans ou plus. Tous les pays n'y sont pas confrontés de la même manière. La part des 65 ans ou plus est ainsi particulièrement élevée dans certains pays du Sud comme l'Italie (22 %), la Grèce (21,3 %) et le Portugal (20,7 %) mais aussi en Allemagne (21,1 %). Dans ces pays, le vieillissement soulève d'importants enjeux économiques ou sociaux.

À l'inverse, certains pays se distinguent par leur relative jeunesse. C'est le cas, en premier lieu, de l'Irlande, qui compte seulement 13,2 % de personnes âgées. La plupart des pays d'Europe de l'Est, mis à part la Bulgarie et la Croatie, sont également dans cette situation : ainsi, en Slovaquie, en Pologne et en Roumanie, la part des personnes de 65 ans ou plus est respectivement de 14,4 %, 16 % et 17,4 %. Enfin, les pays scandinaves et baltes ainsi que la France (18,8 %) ont un profil proche de la moyenne européenne. Depuis les années 1990, une géographie européenne du vieillissement qui se recompose un vieillissement à l'origine plus marqué en Europe du nord. Cette hiérarchie entre pays européens a beaucoup évolué au cours des dernières décennies. Au début des années 1990, la part des personnes âgées était de 13,7 % dans les 28 pays de l'Union européenne actuelle, soit 5,5 points de moins qu'en 2016. Les contrastes étaient alors plus marqués d'un pays à l'autre, et la hiérarchie entre les pays différents.

Les pays du nord de l'Europe (Suède, Danemark, Royaume-Uni) avaient à cette date la population la plus âgée (respectivement 17,8 %, 15,8 % et 15,7 %). En Allemagne, en Autriche, en Belgique et en Italie, la part de personnes âgées, autour de 15 %, était légèrement supérieure à la moyenne européenne. Quant aux pays d'Europe de l'Est, ils ne comptaient bien souvent qu'une personne sur dix âgée de 65 ans ou plus. Un vieillissement qui touche davantage les pays les plus jeunes et qui se déplace vers l'Europe du Sud. Entre 1990 et 2016, le vieillissement de la population a touché plus fortement les pays les plus jeunes en début de période.

Les pays de l'Est ont ainsi vu leur part de personnes âgées s'accroître de 7 à 8 points de pourcentage. Malgré cela, ces pays restent parmi les plus jeunes, au sein d'un continent qui a beaucoup vieilli. Les pays les plus âgés en 1990 ont eu une évolution plus mesurée. La part des personnes de 65 ans et plus n'a ainsi progressé que de 2 points en Suède et au Royaume-Uni et ces pays, qui étaient les deux plus vieux des 28 en 1990, se retrouvent respectivement aux 7e et 22e rangs en 2016. Il en est de même pour le Danemark et l'Autriche qui sont passés des 3e et 4e places aux 13e et 16e rangs. À l'inverse, les pays du sud de l'Europe (Italie, Grèce et Portugal) sont désormais les plus vieux d'Europe, alors qu'ils n'étaient respectivement que 7e, 9e et 14e en 1990.

Moins de naissances et moins de décès, les deux causes du vieillissement. Le vieillissement de la population est le reflet de l'histoire démographique de chaque pays. Il découle principalement de deux causes : d'une part, l'allongement de la durée de vie, qui augmente le nombre des personnes âgées, et, d'autre part, la faible natalité dans la période récente, qui a fait diminuer la part des jeunes. Ces deux causes se cumulent souvent dans les pays européens mais leur évolution dans le temps diffère selon les pays. D'autres causes plus ponctuelles comme les migrations internationales peuvent également jouer un rôle, en atténuant ou en renforçant le vieillissement des populations. Cependant, sauf exception (cas de l'Irlande), ces migrations influent assez peu sur le profil démographique des pays concernés.

Les pays d'Europe centrale et de l'Est, comme la Pologne, s'acheminent également vers cette situation avec quinze ans de retard mais en conservant une certaine différence due à la relative faiblesse de l'espérance de vie. En effet, ces pays qui affichaient une fécondité favorable jusqu'au début des années 1990 ont vu leur taux de natalité chuter depuis à des niveaux équivalents à ceux des pays d'Europe du Sud. La part des jeunes de moins de 15 ans a ainsi vivement reculé. En Pologne, elle est passée de 25,3 % à 15 % de la population entre 1990 et 2016. Dans le même temps, l'espérance de vie à 65 ans y reste faible, à 15,4 ans contre 17,9 ans dans l'Union européenne. Ainsi la part des personnes de 65 ans et plus augmente donc fortement mais reste pour l'instant à un niveau plutôt en retrait des autres pays de l'UE.

Les pays d'Europe du Nord, comme le Danemark, ont été les premiers pays, au début des années 1970, à avoir un indicateur conjoncturel de fécondité inférieur à 2. Faible jusqu'au milieu des années 1980, celui-ci est ensuite remonté grâce à la mise en place de politiques familiales, et il s'approche désormais du seuil de renouvellement des générations, le dépassant même parfois (Suède). Ces pays présentent donc entre 1990 et 2015 des taux de fécondité faibles mais en hausse tendancielle. La part des moins de 15 ans y a même augmenté jusqu'en 2004, et on a assisté à un rajeunissement de la population. Depuis lors, le taux de fécondité est stable, et la part des moins de 15 ans en faible baisse : la population vieillit donc au rythme de l'allongement de la vie. Selon les projections de population calculées par Eurostat, le vieillissement devrait se poursuivre en Europe : la part des personnes de 65 ans et plus serait de 28,5 % en 2050, suivant le scénario central, soit une augmentation de près de 10 points de pourcentage.

Dans ce scénario, les pays du Sud feraient face à un fort vieillissement, malgré une situation déjà défavorable en 2015. Au Portugal, en Espagne, en Italie et en Grèce, plus du tiers de la population aurait 65 ans et plus, soit une augmentation de près de 11 points de pourcentage par rapport à 2015. Ce vieillissement prononcé serait lié à une fécondité qui se maintiendrait à un niveau très faible, entraînant une baisse de la population par absence de renouvellement des jeunes générations. Dans les pays de l'Est aussi, la part des personnes âgées augmenterait fortement (près de 14 points par rapport à 2015), sans toutefois atteindre les niveaux des pays du Sud. Entre 27,8 % (Estonie) et 32,5 % (Bulgarie) de la population serait âgée de 65 ans et plus, et l'espérance de vie en augmentation convergerait vers celle des pays d'Europe occidentale. Les prévisions tablent sur une augmentation de la fécondité du fait de l'arrêt de l'augmentation de l'âge de procréation, sans qu'elle n'atteigne pour autant le seuil de renouvellement : la population de certains de ces pays aurait donc tendance à baisser. Les pays de l'ouest et du centre de l'Europe tels que l'Allemagne ou l'Autriche ne seraient alors les plus vieux. En effet, le vieillissement y serait davantage limité : la part des personnes de 65 ans ou plus augmenterait de 8 points de pourcentage pour atteindre le taux de 26% environ. Dans les pays du Nord, l'augmentation de la part de personnes âgées serait encore plus réduite : 6 points en

Finlande ou au Danemark, et seulement 3 points en Suède, du fait d'une fécondité assez favorable avec près de 2 enfants par femme en moyenne.

3.1.2.-La démographie du vieillissement en Afrique

Selon des estimations des Nations-Unies, le monde comptait 350 millions de personnes âgées de 60 ans et plus en 1975. En l'an 2000, il en comptera 590 millions et en 2025, 1,100 millions. Selon ces mêmes estimations plus de la moitié de ces personnes (soit 55%) vivait dans les régions les moins développées en 1985, et cette proportion ira en augmentant (60% en 2000 et 72% en 2025). On observe des variations selon le sexe et le milieu d'habitat dans ces tendances. L'évolution démographique ainsi observée fait suite à l'amélioration relative des conditions de vie dans les différentes régions du monde résultant d'une combinaison de facteurs comme l'amélioration de la situation sanitaire, l'augmentation des revenus, etc. et de la baisse de la fécondité. Mais, si ces tendances traduisent en un sens l'amélioration des conditions de vie, l'augmentation de l'espérance de vie, et par conséquent des effectifs des personnes âgées, peut avoir des implications fâcheuses au niveau macro-structurel, familial et individuel si l'on n'y prend garde. En effet, en observant les tendances démographiques dans le Tiers -Monde, on s'aperçoit que le vieillissement de la population risque d'être plus brutal dans certaines de ces régions qu'il n'a été dans les pays développés. De ce fait, l'intérêt susceptible d'être porté à la question du vieillissement de la population en Afrique pourrait paraître, à première vue, quelque peu excessif et déplacé eu égard aux nombreux autres problèmes sociaux que connaît cette partie du monde. L'espérance de vie dans la plupart des pays africains est relativement basse et la proportion des personnes âgées y est encore faible. En effet, selon les projections des Nations-Unies, la proportion des personnes âgées de 60 ans et plus en l'an 2000 sera la même que celle observée en 1985 soit 4,8%, alors que ce chiffre passera de 15,8 à 18,3 dans les pays développés et de 6,3 à 7,5 dans l'ensemble du Tiers-Monde sur la même période. Ainsi si l'on se fie aux différentes classifications utilisées pour caractériser les populations selon leur "âge", les populations africaines se classeraient comme jeunes. Les pays africains peuvent n'être concernés par la question du vieillissement que dans plus d'un quart de siècle ou probablement plus tard si l'on tient compte de l'hypothèse éventuelle d'une baisse relativement rapide de la fécondité

qui a sous-tendu ces projections. On pourrait noter aussi le fait que la baisse de la mortalité se faisant sentir davantage aux âges extrêmes, la proportion des jeunes pourrait tout aussi bien se maintenir au niveau actuel, de sorte que les gains en espérance de vie ne puissent permettre une augmentation considérable de la proportion des personnes âgées.

Ainsi, même si à l'heure actuelle le processus du vieillissement n'est pas encore amorcé en Afrique, les tendances observées traduisent le fait que de plus en plus de personnes y vivent à un âge très avancé dans les familles. Le problème du vieillissement ne devrait donc pas être perçu uniquement sous l'angle de la restructuration par âge. Il serait tout aussi important de le percevoir du point de vue de l'accroissement des effectifs des personnes âgées. Cette reformulation doit aussi tenir compte des bouleversements dans les structures familiales et les systèmes de valeurs et de la paupérisation croissante (Sokolovsky, 1982).

3.1.3.-La démographie du vieillissement dans le reste du monde

Dans vingt-cinq ans environ, la population mondiale évoluera. Depuis 1950, la population mondiale est passée de 2,5 milliards d'êtres humains à plus de 7,7 milliards. Mais d'ici 2050, ce chiffre ne devrait passer qu'à 9,7 milliards. Cela s'explique par le ralentissement de la croissance démographique, qui va tomber d'environ 1-2 % à 0,5 % par an, en grande partie sous l'effet de la chute des taux de natalité et du vieillissement de la population, selon une analyse par le Pew Research Center du rapport 2019 des Nations Unies sur les perspectives de la population mondiale. D'après ce rapport, en 2050, le taux mondial de naissance devrait être de 2,2 naissances par femme, contre 2,5 aujourd'hui. Ce taux se rapproche du seuil de renouvellement, qui est de 2,1, à savoir le nombre de naissances par femme nécessaire au maintien de la taille d'une population. L'âge médian devrait passer à 36 ans d'ici 2050, contre 31 aujourd'hui. L'Amérique latine et les Caraïbes sont des régions longtemps connues pour avoir plus des jeunes.

Ces pays verront leur âge médian passer de 31 à 41 ans, ce qui représente la plus forte hausse. De nombreux pays verront leur population diminuer (les pays de l'Europe). L'ensemble des pays européens devrait connaître d'ici 2050 un ratio de

dépendance de 75 %. Ce dernier est le plus élevé de toutes les régions. Ce ratio désigne le rapport entre le nombre de personnes n'étant plus en âge de travailler (plus de 65 ans) et le nombre de celles qui le sont encore. À l'inverse, l'Asie, l'Amérique latine et les Caraïbes devraient présenter le plus faible ratio de dépendance en 2050, soit 56 %. La diminution ou le vieillissement de la population ne concernent toutefois pas tous les pays.

3.2. -Le vieillissement comme fait sociologique

« Comme la jeunesse, la vieillesse n'est qu'un mot ! » pour reprendre une formule de Pierre Bourdieu (1978). La jeunesse et la vieillesse sont des constructions sociales et culturelles qui varient selon l'époque, les sociétés et l'environnement social. En d'autres termes, la vieillesse n'est pas tant une question d'âge que de perception sociale de l'âge à un moment donné. Et l'âge est subjectif et évolutif dans le temps et dans l'espace. Mieux encore, une même personne peut avoir plusieurs âges à la fois : une femme de 58 ans, par exemple, sera successivement dans la journée une jeuneoureuse, une grand-mère attentive, une salariée respectée pour son expérience, une nouvelle adhérente d'une association humanitaire, un enfant pour sa mère. Le senior se réinvente ainsi constamment selon le contexte dans lequel il se trouve (Guérin, 2007).

3.2.1. -La vie de la personne âgée en Occident

La répartition par âge de la population mondiale connaît une transformation profonde. Avec le recul de la mortalité et de la fécondité, la pyramide des âges s'est progressivement déplacée vers les personnes âgées. Cette transformation est manifeste dans toutes les régions du monde. Le relèvement de l'espérance de vie et la réduction de la descendance complète sont les principaux facteurs qui déterminent la transition démographique. À l'échelle mondiale, l'espérance de vie est passée de 47 ans en 1950-1955 à 65 ans en 2000-2005 et devrait atteindre 75 ans en 2045-2050. Entre les périodes 1950-1955 et 2000-2005, la fécondité totale est tombée de 5,0 à 2,6 enfants par femme et devrait continuer à diminuer, pour atteindre 2,0 enfants par femme en 2045-2050. Dans plusieurs régions du monde, et pas seulement dans les pays développés mais également dans bon nombre de pays en développement, la

descendance totale est désormais inférieure à 2 enfants par femme et donc inférieure au niveau requis pour le remplacement de la population sur le long terme.

En occident, le vieillissement rapide de la population peut créer des problèmes particuliers pour l'ordre public. Des ajustements décisifs dans divers domaines étant nécessaires pour faire face à une diminution de la main-d'œuvre et une demande croissante de soins de santé et de soutien aux personnes âgées. Leur pyramide des âges est nettement plus âgée que celle des pays en développement. Les conditions sociales dans lesquelles les personnes vieillissent se transforment rapidement. La taille des familles diminue, le rôle des familles élargies se réduit et les notions d'appui entre les générations et de soins aux personnes âgées évoluent rapidement. Parmi les personnes âgées, 1/7 soit 90 millions au total vivent seules, et cette proportion a augmenté dans la plupart des pays au cours des dix dernières années. Si le taux moyen d'évolution est assez modeste, cette tendance se confirmera probablement et aura d'importantes conséquences sociales, en particulier pour les femmes âgées qui risquent plus de vivre seules. Le fait de vivre seul, qui peut entraîner un isolement croissant, complique l'organisation de soins par les membres de la famille. Cela accroît également la nécessité d'assurer des services d'appui supplémentaires pour permettre aux personnes âgées de continuer à vivre en famille. Les incidences de ces changements dans la composition de la famille et dans les conditions de vie sur l'appui et les soins aux sujets âgés varient en fonction du contexte. La transformation des conditions de vie des personnes âgées a d'importantes répercussions politiques aussi bien dans les pays en développement que dans les pays développés. Les pays développés doivent élargir l'offre de soins formels à long terme pour les personnes âgées, notamment sous forme de vie dans des maisons de retraite, et créer également d'autres formes de services afin de permettre aux personnes âgées de vieillir chez elles si elles le souhaitent. Au fur et à mesure que les personnes âgées représentent une proportion de plus en plus grande de la population totale, elles ont la possibilité d'assumer un rôle plus décisif dans la société. L'autonomisation et la participation politique des personnes âgées sont très variables d'un pays à l'autre. Les organisations non gouvernementales internationales et nationales ont activement encouragé les personnes âgées à s'organiser pour constituer une force capable d'agir sur la conception et la mise en œuvre des politiques

qui les concernent. Étant donné que l'alphabétisation et la formation permanente, notamment l'information sur les droits de l'homme, sont des éléments importants de l'autonomisation, les mesures tendant à organiser les personnes âgées devraient s'accompagner de programmes élargis englobant ces éléments. S'il est délicat d'évaluer la maltraitance, on est en droit de s'inquiéter des cas signalés de négligence et de maltraitance à l'égard de personnes âgées. De tels cas ont été signalés dans des milieux familiaux et communautaires, mais aussi dans des établissements de soins pour seniors tant dans des pays développés. Les facteurs de risque sont souvent liés à un manque de ressources en matière de soins, à l'infériorité de la formation et de l'éducation du personnel soignant, à la pression du travail dans les établissements de soins, à l'existence d'images stéréotypées négatives des personnes âgées dans la société, et à l'état de pauvreté en général.

3.2.2. -La sociologie de la personne âgée en Afrique

L'Afrique est un continent jeune, mais dans lequel le nombre de personnes âgées est en croissance de plus en plus forte. En 2005, seulement 5,2 % de la population du continent africain dépassent l'âge de 60 ans alors que cette proportion atteint déjà 9 % en Amérique Latine et en Asie et près de 21 % en Europe. La population africaine demeurera jeune pour quelques décennies encore. Si la proportion de personnes âgées évolue très lentement, les effectifs absolus s'accroissent d'environ 2,6 % par an (un peu plus en Afrique de l'Ouest, un peu moins en Afrique australe) : le nombre de personnes de plus de 60 ans est ainsi passé d'environ 12 millions en 1950, à 53 millions en 2005 et atteindra, selon les estimations des Nations unies (2006), 200 millions en 2050. A cette date, le processus de vieillissement aura débuté en Afrique (près de 10 % de personnes âgées de plus de 60 ans). Il sera déjà avancé en Afrique australe. Il n'aura pas encore débuté en Afrique centrale et sera sur le point de commencer en Afrique de l'Ouest et de l'Est. L'Afrique est le continent où la croissance des effectifs de personnes âgées va être la plus rapide (Velkoff et Kowal, 2007, Pison 2009). La plupart des États africains ont à l'heure actuelle de graves difficultés à faire face aux problèmes sociaux posés par des vagues de plus en plus nombreuses d'enfants, adolescents et jeunes adultes. Scolarisation, prise en charge des

orphelins, insertion des jeunes sur le marché du travail mobilisent une partie prépondérante de l'attention des organisations internationales et des États. En règle générale, les personnes âgées ne font pas l'objet de politiques particulières. Les personnes âgées connaissent des difficultés d'accès aux soins inhérentes aux carences des infrastructures sanitaires de leur pays. L'accès à un revenu minimal est loin d'être garanti. En Afrique subsaharienne, où l'emploi demeure limité et est en grande partie informel, seuls quelques pays ont mis en place un système de retraite non contributif. Ainsi, à l'île Maurice, en Afrique du Sud et dans quelques autres États d'Afrique australe, tous les citoyens de plus de 60 ans ont droit à une retraite minimale, et ce, même en l'absence de cotisation. Sur le reste du continent, la grande majorité des personnes âgées ne bénéficient pas de pension de retraite et doivent faire appel à leurs proches pour les aider lorsqu'elles ne peuvent pas subvenir à leurs besoins.

La plupart des pays d'Afrique sont faiblement urbanisés et souffrent de déficiences dans les infrastructures qui permettent aux politiques sociales de toucher les personnes qui en auraient besoin. De plus, dans l'ensemble des pays du continent, la proportion de personnes âgées est plus importante en milieu rural qu'en milieu urbain, essentiellement sous l'effet de la migration des jeunes adultes et des adolescents (Schoumaker, 2GQO).

3.2.3.-Le vieillissement et les faits d'institutions

Le domicile constitue le lieu de vie par excellence de tout un chacun. Cependant avec l'âge et la dépendance qui lui est parfois associée, la présence de nombreux intervenants à domicile est fréquemment indispensable pour qu'une personne âgée puisse y rester. La prise en charge à domicile répond aux souhaits des personnes âgées de finir leurs jours chez elles. Quand l'état de santé s'aggrave, le maintien à domicile devient dangereux pour la personne concernée. L'impossibilité de se prendre seule en charge en dehors de l'aide formelle et informelle apportée, se révèle être une mise en danger de soi. C'est pourquoi l'entrée en institution a lieu principalement lorsque l'état de dépendance de la personne âgée l'amène à avoir des besoins d'aide important et quasi-permanents dans tous les actes de la vie quotidienne.

Néanmoins, la grande majorité des personnes âgées n'éprouvent jamais le désir de vivre en établissement. Mais pour limiter les risques encourus à rester chez elle, la

personne âgée se résigne à quitter son domicile pour rejoindre un établissement. En effet, il s'agit d'une résignation plutôt que d'un véritable choix. L'entourage de la personne exerce souvent une pression sur elle, pour prévenir un risque d'accident potentiel (le placement est donc préventif). L'attitude de l'entourage concourant à une restriction de choix du lieu de vie des personnes âgées constitue une pratique sécuritaire, attentatoire à la dignité et à la liberté de la personne. L'évaluation des désirs des personnes âgées restant encore absente de nos jours, l'autonomie dans le choix de vivre à domicile jusqu'à la fin de la vie est bafouée. La capacité ou le droit qu'à une personne de choisir les règles de vie et les risques qu'elle est prête à encourir sont niés étant donné que la personne n'est plus en mesure d'effectuer sans aide les actes de la vie quotidienne. Un article paru dans *gérontologie* avance le fait selon lequel un tiers des personnes âgées dépendantes n'ont pas réellement et complètement consenti à leur entrée en institution. Cette détermination du sort des personnes âgées par leur entourage à des conséquences terribles pour la personne âgée quand celle-ci n'émet aucune prestation à la décision de placement. Cela n'est en rien un signe d'approbation tacite ou de désintérêt de sa part pour cette rupture qui s'opère dans l'itinéraire de vie de la personne âgée dépendant. D'une part les personnes âgées ont gardé une image très négative des maisons de retraite. Car, de leurs temps n'y allaient que les personnes que leurs familles avaient honteusement abandonnées. Mais, d'autre part cette population âgée ne souhaite pas s'imposer à ses enfants. Il existe plusieurs types d'institutions qui accueillent les personnes âgées. Nous pouvons citer entre autres : les maisons de retraite, les logements-foyers et les unités de soins de longue durée (USLD).

4. -LE VIEILLISSEMENT ENTRE BIOLOGIE ET PSYCHIATRIE

4.1. -Vieillir comme fait évolutif en biologie

Parmi les théories évolutives du vieillissement, la théorie du soma-jetable de Thomas B.L Kirkwood (1977) et Robin Holliday (Kirkwood et Holliday 1979) propose l'hypothèse d'un compromis optimal de l'allocation énergétique entre les différentes fonctions de l'organisme, conformément à la signature adaptative pour la survie de l'espèce. Le compromis est celui d'un maintien des processus reproductifs au détriment de la régénérescence des cellules somatiques, cela occasionne au niveau

moléculaire une perte de fidélité de la réplication des cellules, d'où s'ensuit une accumulation des dommages dont l'explication requiert la considération de plusieurs mécanismes. Dans cette perspective, le vieillissement est conçu comme un produit dérivé de l'évolution des organismes multicellulaires et non comme un trait adaptatif.

4.1.1.-Les programmations génétiques et non génétiques

La programmation génétique est une méthode inspirée par la théorie de l'Evolution telle qu'elle a été définie par Darwin et notamment ses mécanismes biologiques. Elle a pour but de trouver des programmes qui répondent au mieux à une tâche précise. Pour ce faire, elle permet à la machine d'apprendre, en utilisant un algorithme évolutionniste afin d'optimiser la population de programmes.

Une population initiale est générée aléatoirement à partir des ensembles de fonction et de terminaux. Ensuite, la mesure de performance est évaluée pour chaque individu, et le meilleur de ceux-ci est conservé. Les étapes de la sélection et de la reproduction sont répétées tant et aussi longtemps que les indices d'arrêt ne sont pas atteints. A la fin de chaque génération. Le meilleur individu de la population est comparé au dernier sauvegardé et si la mesure de performance de l'individu en question est supérieure, alors l'ancien arbre est remplacé par le nouvel individu. La solution finale est donc le meilleur programme rencontré durant la recherche.

4.1.2.-Les vieillissements des cellules et des organes

En biologie, la cellule se définit comme étant l'unité morphologique et fonctionnelle de tous les êtres vivants. Elle est le plus petit élément qui peut être considéré comme vivant avec une taille moyenne de 10 micromètres et une masse de 1 nano gramme.

Par contre, selon le dictionnaire français, l'organe se définit comme étant un ensemble d'éléments cellulaires physiologiquement différenciés et combinés, remplissant une fonction déterminée.

Des recherches biomédicales et biogérontologiques nous permettent de mieux comprendre les causes et l'évolution du vieillissement des cellules chez les êtres vivants. Il est question pour nous de présenter certaines théories mécanistiques du vieillissement.

-Les théories non-génétiques

La théorie de l'usure (« wear and Tear ») propose que le dysfonctionnement de certains organes associés au vieillissement soit la conséquence de leur usure et de leur non réparation au cours de l'existence. Toutefois, l'inconvénient de cette théorie est qu'elle ignore largement les mécanismes en jeu au niveau cellulaire, comme le stress oxydant justement. La théorie de l'accumulation des déchets métaboliques ou de la modification de certaines protéines structurantes comme le collagène (cross-linking theory), entraînant une rigidification et une fragilisation des tissus, sont d'autres exemples de théories non génétiques, et permettent de rendre compte d'un certain nombre de patrons associés au vieillissement. Ceci dit, de manière ultime, toutes ces théories sont liées à des causes génétiques qui fondent l'expression phénotypiques de l'organisme et le vieillissement est, pour ainsi dire, moins le résultat d'une usure ou d'une accumulation de dégâts que d'un non remplacement et une non réparation des parties endommagées, ce qui amène à la question du vieillissement programmé.

-Les théories génétiques

Des théories génétiques du vieillissement ont donc été émises pour comprendre l'origine génétique des changements associés à l'âge et la nature programmée et inéluctable du vieillissement (Hayflick 1998). En particulier, la découverte des mécanismes de réplication avec l'ADN polymérase et surtout la découverte des télomères et de leur réduction ont été à l'origine de très nombreux travaux (revues dans Horn et al. 2010). Les télomères sont les parties distales non codantes des chromosomes et les erreurs de réplication au cours des divisions cellulaires pourraient être à l'origine d'une érosion progressive de ces régions, aboutissant in fine à des dysfonctionnements de la cellule, passé un grand nombre de divisions. Ainsi, on a pu relier le rythme de vie (« pace of life ») de différentes espèces avec la longueur des télomères, de même qu'on a mis en évidence un lien négatif entre vitesse d'érosion des télomères et durée de vie chez des espèces d'oiseaux (Hausmann et al. 2003). Cependant, de nombreux débats subsistent sur les relations entre le raccourcissement des télomères et l'âge, l'inflammation et le stress oxydatif. Des recherches sont encore

nécessaires pour comprendre les implications et les intrications de ces différentes théories.

-Immunité et sénescence

La réponse immunitaire est une importante fonction biologique et un système complexe de défenses mises en place contre les attaques constantes des parasites. L'immunité a évolué chez de nombreux organismes, des unicellulaires aux vertébrés en passant par les plantes (Bulet et al. 2004 ; Jones & Dang 2006). Chez les vertébrés, on distingue généralement deux types de réponses reposant sur des mécanismes différents mais complémentaires : l'immunité innée (ou non-spécifique) et l'immunité acquise (ou spécifique). Le fonctionnement de l'immunité innée repose sur la reconnaissance par des récepteurs de patrons moléculaires exprimés à la surface des parasites appelés « pathogen-associated molecular patterns » (PAMPs), qui permettent une fois liés aux PAMPs de déclencher une réponse inflammatoire (Janeway & Medzhitov 2002 ; Akira et al. 2006) au cours de laquelle des produits cytotoxiques vont être sécrétés sur le site de l'inflammation. L'immunité acquise repose, quant à elle, sur la production d'un vaste répertoire de lymphocytes reconnaissant des patrons antigéniques spécifiques présentés par les parasites et qui activent un certain nombre d'effecteurs cellulaires, comme les cellules T cytotoxiques, ou moléculaires, comme des protéines antimicrobiennes et les anticorps. L'immunité acquise, en plus de sa spécificité, permet aussi la mise en place d'une mémoire immunologique qui facilite et accentue l'efficacité de la réponse lors de réexpositions ultérieures aux mêmes parasites (Cooper and Alder, 2006). De nombreuses études, notamment en gérontologie, ont montré un déclin avec l'âge des composantes cellulaires et acquises du système immunitaire (Malaguarnera et al. 2001). Par exemple, des études ont montré une diminution au cours du temps de certains anticorps, les immunoglobulines IgG et IgA (Paganelli et al. 1992). On observe également une sensibilité accrue des personnes âgées aux maladies infectieuses et une moindre efficacité des vaccins. Ce déclin est également observable chez d'autres espèces comme les oiseaux où l'on a pu montrer une baisse de la réponse à médiation cellulaire (ex. baisse des lymphocytes-T) et/ou humorale (Lavoie 2005), ou chez des invertébrés tels la drosophile (Grotewiel et al. 2005). Mais les changements avec l'âge ne sont pas seulement dus à un déficit de la

réponse immunitaire. Parfois, ils consistent plutôt au contraire en une surexpression de certaines composantes comme la réponse inflammatoire qui garde des niveaux élevés. Chez l'Homme, ce phénomène d'inflammation chronique, qualifié d'inflaming (Franceschi et al. 2000) est souvent associé à des pathologies liées à l'âge comme l'athérosclérose, l'arthrite, le diabète de type 2, les maladies cardiovasculaires, etc. (Chung et al. 2009). Ce lien entre immunité et vieillissement est dû en grande partie au fait que la réponse inflammatoire, en tant que processus non spécifique, est source de dégâts cellulaires à l'origine de nombreux dysfonctionnements que l'on groupe sous le terme de coûts immuno-pathologiques. En effet, suite à une infection, le déclenchement de la réponse inflammatoire s'accompagne du relargage par les cellules phagocytaires telles que les macrophages. De nombreux composés cytotoxiques et particulièrement des molécules réactives de l'azote (RNS) comme l'oxyde nitrique (NO) qui peuvent se révéler néfastes à la fois pour les pathogènes présents sur le lieu de l'inflammation. Mais aussi pour les tissus de l'hôte par effet collatéral.

4.2.-Les dysfonctionnements biologiques des organes vieillissants

Il existe des modifications des systèmes physiologiques liées à l'âge en dehors de toute pathologie qui vont altérer le fonctionnement normal de l'individu et notamment la fonction locomotrice.

Les possibilités de la régulation thermique se modifient avec l'âge. Le métabolisme de base diminue d'environ 1% par an à partir de 30 ans. Cela se traduit par une diminution de la thermogénèse. L'importance de cette détérioration est variable selon les individus et dépend de facteurs tels que le poids, la consommation d'alcool et le tabac. Ce déficit de régulation rend tous les muscles de l'organisme et plus particulièrement ceux du tronc des extrémités s'atrophient à la longue, entraînant une détérioration du tonus musculaire et une perte de puissance, de force, d'endurance et d'agilité. Le poids total des muscles diminue de moitié entre 30 et 70 ans. Cette sarcopénie favorise les chutes et les fractures osseuses, altère le cycle glycémique et la thermogénèse, mais augmente également le risque infectieux du sujet âgé, le muscle étant la principale réserve en protéines nécessaires à la synthèse d'immunoglobulines.

Le vieillissement cérébral est caractérisé par l'apparition progressive de quatre types de lésions : dégénérescences neurofibrillaires, plaques séniles, pertes neuronales

et synaptiques, anomalies vasculaires. Ainsi, chez le sujet âgé, arthrose, notamment cervicale, l'altération de la sensibilité tactile discriminatoire plantaire et la diminution de l'efficacité des propriocepteurs musculotendineux entraînent une diminution des stimuli et une altération des réflexes posturaux. Outre sensibilité proprioceptive, deux autres organes interviennent dans la fonction d'équilibration ; la vision et le système vestibulaire, tous touchés lors du processus de vieillissement. Le vieillissement oculaire s'accompagne d'une réduction de l'accommodation (presbytie) gênant la lecture de près. Ce processus débute en fait dès l'enfance, mais les conséquences fonctionnelles apparaissent vers l'âge de la cinquantaine. Les données concernant les modifications du goût et/ou de l'olfaction au cours du vieillissement sont plus controversées. Il existe cependant les altérations modérées à l'origine d'une nourriture perçue comme plus fade et moins appétissante. Vieillesse de l'appareil cochléovestibulaire s'accompagne d'une perte progressive de l'audition à l'origine d'une presbycusie. La diminution de l'audition altérerait également l'équilibre et la mobilité d'une personne âgée.

5.-ELEMENTS DE GERIATRIE

La gériatrie se définit comme étant une branche de la médecine spécialisée dans les soins aux personnes âgées, qui comprend souvent la prise en charge de nombreux troubles et problèmes en même temps.

L'objectif principal de la gériatrie est de préserver la meilleure qualité de vie possible dans la dernière étape de la vie et de permettre aux sujets âgés de vivre le plus longtemps possible de manière autonome, et de préférence à domicile. Pour ce faire, la gériatrie a développé le modèle de la prise en charge versus l'acharnement médical qui tient compte des caractéristiques propres aux problèmes de santé de ces patients. Ce modèle est le plus adapté parmi tant d'autres.

Chez la personne âgée, les maladies se présentent de manière différente ; les symptômes sont plus vagues et les signes moins clairs. Il existe un risque que cet état pathologique ne soit pas reconnu, qu'il soit pris pour des manifestations liées au vieillissement, et que l'attention se tourne trop rapidement vers des soins élémentaires en négligeant le traitement de la maladie. D'autre part, si l'on est conscient du caractère inhabituel d'une affection donnée dans ce groupe d'âge, le risque inverse

existe, celui de chercher de manière acharnée à établir un diagnostic par une série d'examens techniques complémentaires, soumettant ainsi la personne âgée à de nombreux désagréments. Aucun de ces deux extrêmes n'est défendable. Il existe néanmoins un scénario intermédiaire, consistant à exclure, avant d'opter pour la prise en charge, les affections courantes qui ont encore des implications thérapeutiques, même pour les personnes âgées. Ceci signifie qu'après un examen clinique minutieux n'ayant pas permis de trouver une explication aux symptômes, on peut envisager des examens complémentaires, même chez les personnes très âgées. Cette attitude est inspirée par le souci de faire profiter les personnes âgées des possibilités thérapeutiques qu'offre la médecine contemporaine. Ceci présuppose que, dans cette tranche d'âge également, on tente de poser le diagnostic correct et que l'on est prêt à y consacrer les efforts nécessaires. Si par contre il n'existe plus aucune implication thérapeutique, des examens complémentaires perdent leur sens et ne peuvent se justifier. Cependant, pour que le traitement débouche sur des résultats optimaux, l'examen complémentaire ne peut pas être différé jusqu'au moment où les soins deviennent trop lourds ou qu'ils aboutissent à des problèmes de prise en charge.

Le diagnostic d'une maladie ne donne à lui seul qu'une image incomplète de l'état du patient. Ceci est certainement valable chez la personne âgée, lorsque plusieurs maladies chroniques coexistent. Outre le diagnostic de l'affection, il est important de procéder à un diagnostic des conséquences de cette affection et à une évaluation du statut fonctionnel du patient. Dans ce cadre seront évaluées les possibilités et les limitations de la personne âgée sur le plan physique, psychique et social. Le fonctionnement psychique comprend tant des fonctions cognitives que les fonctions affectives. On ajoute parfois aussi à ce bilan l'avis subjectif du patient sur son état de santé. On peut ainsi estimer dans quelle mesure le statut fonctionnel est limité et jusqu'à quel point les activités de la vie quotidienne sont perturbées. Katz a développé à cet effet l'index d'évaluation des activités de la vie quotidienne. Les activités de la vie quotidienne sont les fonctions les plus fondamentales permettant de vivre de manière indépendante. Quant aux actes plus complexes, ils peuvent être évalués de manière plus sensible en étudiant les activités instrumentales de la vie quotidienne. Pour se faire une idée générale du fonctionnement cognitif d'une personne âgée, on

peut s'inspirer du "Mini-Mental State Examination" (MMSE). Les soins en gériatrie se font en équipe. L'équipe gériatrique Etant donné le nombre de problèmes tant somatiques que psychosociaux et leur corrélation mutuelle, le traitement du patient gériatrique nécessite une approche large impliquant souvent plusieurs prestataires de soins. Ainsi, on retrouve en clinique : un médecin principal ; des infirmiers ; un psychologue ; des assistants sociaux ; un kinésithérapeute ; ergothérapeute ; un médecin de famille ; un gérontopsychiatre ; et enfin un logopède. Tous travaillent en collaboration. Cette approche pluridisciplinaire est nécessaire si l'on veut aborder la personne âgée dans sa globalité. En plus de l'approche pluridisciplinaire, le travail d'équipe, ainsi que la concertation et la communication réciproques sont essentiels, pour le bien du patient gériatrique, en contexte clinique comme à domicile.

5.1.-La médecine du vieillissement

La prise en charge médicale de la personne âgée est complexe. Car il faut tenir compte d'un certain nombre de facteurs externes qui en font sa spécialité. Nous pouvons citer entre : le type de vieillissement ; la poly-pathologie ; la poly-médication et la dépendance. Par ailleurs, il n'est pas rare que tous les facteurs interagissent les uns avec les autres au cours d'un épisode aigu et entraînent une décompensation en cascade. Pour prévenir au maximum ces risques et intervenir en amont, l'évaluation gériatrique se propose d'examiner la personne âgée dans sa globalité pour proposer une prise en charge adaptée lui permettant de vivre dans les meilleures conditions possibles et en préservant son autonomie. Néanmoins, l'évaluation gériatrique standardisée évalue le retentissement fonctionnel des pathologies et leurs conséquences chez la personne âgée. Il permet ainsi de tester les fonctions psychiques, physiques et de faire une évaluation systématique et standardisée et d'avoir une vision globale de la personne âgée avec toutes les difficultés. Cela permettra ensuite d'orienter la personne fragile vers les professionnels de santé appropriés. L'évaluation cognitive peut se faire avec le score du mental-state examination (MMSE), l'autonomie s'évalue avec les échelles des activités de la vie quotidienne développée par Katz (se laver, s'habiller, la continence, les transferts, l'alimentation, la toilette) ou les activités instrumentales de la vie quotidienne de Lawton (faire des courses, la cuisine, le ménage, l'entretien du linge, la gestion du budget, les médicaments, l'utilisation des

moyens de transports, savoir gérer son traitement etc.). La marche et l'équilibre vont être testés avec les tests de station unipodale (tenir au moins 5 secondes un pied) ou get – up –and-go qui consiste à demander à un sujet âgé de se lever d'une chaise, de marcher sur 3 mètres, de faire demi – tour et de retourner s'asseoir. La dénutrition va également être évaluée par des mesures anthropométriques (poids, taille, etc.). L'objectif principal de la prise en charge gériatrique n'est pas de guérir les maladies, mais d'améliorer la qualité de vie chez la personne âgée.

5.2.1.-Les démences

La démence se définit comme étant un syndrome chronique et évolutif, entraînant à plus ou moins long terme une détérioration du contrôle émotionnel et une altération du comportement social. Elle pourrait aussi se définir comme étant une dégradation des fonctions cérébrales touchant surtout la mémoire, le raisonnement et le langage, accompagnée de troubles du comportement pouvant conduire dans certains cas à : une perte d'aptitude à réaliser des activités au quotidien ; et une perte d'autonomie dans la vie quotidienne.

- ***Les types de démence***

-*L'artériosclérose ou la démence vasculaire* (acquise) : Est la plus fréquente des démences. L'évolution se fait progressivement, par à-coups.

-*La maladie d'Alzheimer* : Il s'agit de la forme la plus fréquente de la démence dégénérative. La détérioration progressive des neurones se poursuit jusqu'à la perte de toute autonomie.

-*La maladie de Parkinson* : Elle se caractérise par une limitation graduelle des capacités motrices dû à une rigidité avec souvent un tremblement au repos ainsi qu'un ralentissement des performances du fonctionnement cérébral. Elle peut évoluer jusqu'à un stade de démence. La zone lésée du cerveau est aussi celle qui sécrète la « dopamine », substance impliquée dans l'accomplissement de nos mouvements.

-*La chorée de Huntington* Aussi appelée maladie des « mouvements anormaux » : elle est une maladie héréditaire qui se traduit par une dégénérescence des neurones provoquant des troubles moteurs, cognitifs et psychiatriques assez conséquents. Des pistes de traitements sont toujours en cours d'expérimentation.

- *La maladie à corps de Lewy*. C'est une forme de trouble cognitif caractérisé par des dépôts anormaux d'une protéine. Ces dépôts, aussi appelés « corps de Lewy », se forment à l'intérieur des neurones du cerveau et affectent surtout les parties responsables du mouvement. Le processus qui déclenche la formation des corps de Lewy est inconnu à ce jour. Cette maladie représente entre 5 et 15 % des cas de démences dégénératives.

-*Le syndrome de Korsakoff*. Aussi appelée « maladie des alcooliques », est dû à un servage éthylique mal couvert sur le plan médicamenteux. Il est précipité par un déséquilibre d'origine plurifactorielle, dont une carence en vitamine B1 au niveau du cerveau. Il est marqué par des troubles cognitifs irréversibles, en particulier des oublis, associés à des confabulations.

Il existe d'autres formes de démences. Mais elles sont rares. Nous pouvons citer entre autres : *l'encéphalopathie de Creutzfeld-Jacob* (maladie de la vache folle), la syphilis etc. Ces maladies dites « neurodégénératives » provoquent une détérioration irréversible des neurones, c'est à dire des cellules nerveuses qui se trouvent dans le cortex du cerveau. Les troubles cognitifs, comportementaux, sensoriels et moteurs se distinguent en fonction de la ou les zones lésées du cerveau. Par ce même état de fait, les patients présentent des troubles variés par rapport aux maladies qu'ils subissent. En collaboration avec le médecin généraliste, ce sont des spécialistes en la matière (neurologues ou psychiatres) qui pourront élaborer des diagnostics adéquates.

5.2.2.-La prise en charge des troubles de l'adulte non résolus

La prise en charge des symptômes comportementaux et psychologiques des démences est mal codifiée, car complexe, difficile à mettre en œuvre et décalée par rapport aux pratiques cliniques. Les actions de type psychosociale sont à privilégier en dépit du faible niveau de preuve concernant leur efficacité. La méthodologie pour évaluer ces techniques s'expose à des écueils. Les groupes contrôles et témoins sont souvent standardisés sur des paramètres neurologiques ou socioculturels. Ils ne prennent pas en considération les facteurs propres aux individus comme leurs profils psychologiques. Ainsi, les capacités d'interaction dans un groupe ne sont pas les mêmes entre une personne introvertie ou extravertie. Selon les personnalités, une même thérapie psychosociale peut être rassurante ou au contraire angoissante et

favoriser des symptômes comportementaux et psychologiques des démences. Dans la pratique, le retour des professionnels qui mettent en œuvre ces techniques est généralement plus encourageant que les données des recherches. Les approches psychosociales concernent autant les patients que les aidants familiaux ou professionnels. L'accompagnement régulier des aidants dès le diagnostic est indispensable pour une meilleure compréhension et acceptation des symptômes comportementaux et psychologiques des démences. Mais aussi pour mieux anticiper les situations à risque et limiter les hospitalisations en urgence. En institution, les actions de formation et la possibilité d'avoir à des savoirs faire. La mise en œuvre des mesures de la prise en charge psychosociale nécessite une importante des possibilités relationnelles, et bien souvent le recours aux psychotropes est un palliatif au manque de personnel. Par contre, les interventions de proximité des personnes atteintes de l'Alzheimer permettent de proposer des approches personnalisées en milieu écologique. En cas de symptômes comportementaux et psychologiques des démences sévères, le recours aux hospitalisations en unité cognitivocomportementale peut être nécessaire.

5.3.-La psychologie du vieillissement

Le vieillissement, s'il est parfois associé à la croissance personnelle, s'avère plus généralement et fréquemment relié aux renoncements et à la perte. L'avancée dans l'âge confronte l'individu à des pertes répétées affectant à la fois le corps (séduction, capacités physiques, etc.), l'image de soi, la mort d'autrui (perte du conjoint, d'un ami, etc.), des fonctions cognitives (déclin mnésique, troubles attentionnels, etc.) et à sa propre mort. C'est ce qui fait dire que le vieillissement confronte « à la perte d'objet, la perte de fonction et la perte de soi » (Ferrey et Le Gouès, 2008). Toute perte, quel que soit son objet, requiert de pouvoir en faire le deuil au risque de compromettre la résilience de l'individu. En ce sens, le narcissisme, ciment de l'identité, est mis à rude épreuve au cours du vieillissement, véritable crise identitaire qui impose de faire le deuil de ce que l'on a été. Ce travail de deuil prend naissance dans le fait de se voir vieux à ses propres yeux mais aussi dans le regard de l'autre (Herfray, 1985). Si nous pouvons penser malgré tout qu'il existe une communauté de processus au cours du travail de deuil, la réalité nous montre que le

vieillesse se caractérise par des pertes aux objets multiples. Il nous semble alors plus judicieux de parler « des deuils » au pluriel plutôt que du deuil au singulier. C'est pourquoi la question du deuil au cours du vieillissement ne nous semble pas pertinente à envisager de manière unitaire. Aborder cette question « du deuil » impose de faire un retour sur la signification que recouvre ce terme ou plus particulièrement celui de « travail du deuil ». Toute perte fait l'objet de remaniements douloureux visant à la dépasser. Ces remaniements imposent un travail d'investissement de l'objet perdu, puis de désinvestissement : travail intérieur qui a pour objet d'accepter la perte et son irréversibilité. Le travail du deuil correspond à ces temps d'élaboration nécessaires pour que le sujet puisse advenir. Il ne s'agit donc pas d'une maladie mais bel et bien d'un temps de crise consécutif à une épreuve de vie (Clément, 2009). Le développement est parsemé de temps de crise qui favorisent le travail du deuil. En effet, chaque crise, qu'elle soit œdipienne, adolescente, de la cinquantaine ou autre, n'est crise que parce qu'il y a quelque chose qui se perd ou doit être abandonné. Le travail du deuil va permettre de reconsidérer ses attentes, ses objectifs, conceptions de soi, de la vie, etc., afin de dépasser cette crise, soit autrement dit de ne pas s'y enliser en vain. La crise identitaire est bien au cœur de la vieillesse, mettant à mal la question du narcissisme. La vieillesse est un chemin incontournable imposant de revoir ses représentations personnelles en termes identitaires mais aussi sociaux, de faire le bilan de ce qui a été et de ce qui n'est plus, de s'engager dans un travail de remaniement (travail du deuil) afin de pouvoir s'engager dans la vieillesse de manière sereine. C'est en ce sens qu'elle peut légitimement être considérée comme une véritable période de crise qui peut ou non être dépassée selon les mécanismes de défense et d'adaptation mis en place.

5.4.-Les prises psychosociales médicalisées

Du 8 au 12 avril 2002, lors de la deuxième Assemblée Mondiale sur le vieillissement, les représentants des Etats, parmi lesquels le Cameroun, ont adopté la *Déclaration politique et le Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement*, afin de faire face aux défis du vieillissement de la population et de promouvoir le développement d'**une société pour tous les âges**. Les mesures préconisées par ce Plan d'action s'articulent autour de trois domaines prioritaires

d'intervention à savoir : « *la place du vieillard* », « *les développements techniques et industriels* », « *la sécurité sociale* »

- ***La place du vieillard***

La place du vieillard dans la société traditionnelle africaine en général et au Cameroun en particulier ne faisait pas ressortir la problématique des personnes âgées au point d'en constituer un fait de société, compte tenu de la vision communautaire de leur prise en charge.

En effet, l'accumulation des expériences et des connaissances a fait des personnes âgées une ressource culturelle incontournable : c'est à elles qu'incombait la charge d'initiation des nouvelles générations, en tant que détentrices de la sagesse et gardienne du patrimoine traditionnel. Ainsi, la personne du 3^{ème} âge imposait par elle-même du respect de la part des jeunes générations.

Dès lors être parvenu à un âge avancé suscitait l'admiration de la part de la communauté dans laquelle on vivait et la personne âgée bénéficiait ainsi de l'entretien de sa famille et même de toute la communauté pour lesquelles elle représentait un monument qu'il fallait conserver auprès de soi.

Le nombre réduit des personnes âgées facilitait leur entretien. En effet, jusque dans les années 50, on ne pouvait compter que près de 05 personnes âgées sur 100 habitants soit 5,6% ; d'où l'intérêt, dans une société encore fondée sur la solidarité, de leur accorder toutes les attentions, ce d'autant plus qu'elles étaient considérées comme une source de bénédiction.

Dépositaires de la sagesse et **véhicules des valeurs ancestrales**, les personnes âgées étaient vénérées et entièrement intégrées dans la famille et la communauté. Faisant office de **mentors**, de **médiateurs** et de **conseillers**, ils jouaient un rôle essentiel de **régulateurs** dans la société.

- ***Les développements techniques et industriels***

Avec *les développements techniques et industriels* qui ont eu pour conséquence la baisse du taux de mortalité et par conséquent, la hausse de l'espérance de vie, la société s'est trouvée confrontée à un nombre relativement élevé des personnes séniles dont la prise en charge fait de plus en plus problème. Aussi, du fait des mutations

socio-économiques et politiques liées notamment à l'urbanisation, à la mondialisation, au triomphe de l'économie libérale, à l'évènement des nouvelles technologies de l'information et de la communication, à l'essor démographique, à la faiblesse du pouvoir d'achat des populations, au passage de la famille élargie à une famille plus réduite et mobile, les personnes âgées, considérées de plus en plus à l'isolement, à l'abandon et au rejet. D'où l'urgence à intégrer les questions de vieillissement dans les politiques et programmes de développement durable. C'est ainsi qu'au système traditionnel de protection des personnes âgées s'est juxtaposé le système formel de sécurité sociale instituée par l'organisation du travail dans la société camerounaise moderne.

- ***La sécurité sociale***

La sécurité sociale consiste à entretenir une personne ayant préalablement travaillé, et qui a perdu sa force de travail du fait de son âge à travers notamment la pension de vieillesse ou de retraite. Cette dernière concerne aussi bien les employés du secteur public que ceux du secteur privé. Que ce soit le système formel ou informel, le Gouvernement camerounais inscrit la protection et la promotion des personnes âgées au cœur de ses priorités.

La question du vieillissement au Cameroun, comme dans la plupart des pays du Sud, est une problématique récente, les personnes âgées ayant toujours eu par le passé une place privilégiée dans la société. Pour souligner l'importance du rôle des sujets âgés dans la société, le Président de la République, **Son Excellence Monsieur Paul BIYA**, dans son discours programme lors de la campagne pour l'élection présidentielle d'octobre 1997, s'adressait aux anciens en ces termes : « *Vous êtes la mémoire de notre pays, nous comptons sur votre sagesse, sur votre modération, sur votre bon sens, sur votre expérience... Je vous demande de vous mobiliser pour encadrer au mieux nos jeunes et leur enseigner dès leur jeune âge les valeurs morales fondatrices de notre culture* ». Il s'agit là non seulement d'un devoir de reconnaissance pour tout ce que ces personnes ont apporté à l'édification de la société, mais aussi d'une nécessité de capitaliser les expériences des unes et des autres pour bâtir le futur. C'est dire, pour reprendre Amadou HAMPATE BAH : « *qu'un vieillard qui meurt est une bibliothèque qui brûle* ».

Au plan juridique, le Préambule de la Constitution camerounaise du 18 janvier 1996 fait ainsi de la protection des personnes âgées un devoir national. De nombreux textes législatifs et réglementaires viennent renforcer la protection du droit des personnes âgées au plan institutionnel.

Au plan institutionnel, plusieurs départements ministériels à l'instar de la Santé Publique, du Travail et de la Sécurité Sociale, de la Fonction Publique et de la Réforme Administrative, de l'Economie et des Finances, du Sport et de l'Education Physique, de l'Administration Territoriale et de la Décentralisation, de l'emploi et de la formation professionnelle, du Développement Urbain et de l'Habitat, de l'Agriculture et du Développement Rural, de la Jeunesse, de la Promotion de la Femme et de la Famille, de la Communication et de l'Enseignement Supérieur concourent à promouvoir la dignité et à revaloriser les personnes âgées. De manière plus spécifique, le décret N°2005/160 du 25 mai 2005 portant organisation du Ministère des Affaires Sociales, a créé toute une Direction de la Protection Sociale des Personnes Handicapées et des Personnes Agées avec pour la première fois une Sous-Direction spécifiquement chargée de la protection des personnes âgées. Ledit décret institue aussi des **Brigades de contrôle** pour s'assurer de l'efficacité et de l'efficience des institutions d'encadrement des personnes âgées. D'autres structures existent notamment la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS) et l'Office National des Anciens Combattants, Anciens Militaires et Victimes de guerre (ONACAM).

CHAPITRE 2 : QUALITE DE VIE ET SOUTIEN SOCIAL

1.-LA QUALITE DE VIE : DEFINITION GENERALE

1-1.-Qualité de vie : définition

La définition de la qualité de vie suscite encore de nombreux débats et controverses. Il y a un consensus sur les 4 propriétés de la qualité de vie (multifactorialité, variabilité, non normativité et subjectivité). La définition de l'OMS est la plus souvent citée dans la littérature contemporaine : « perception individuelle de sa position dans la vie dans le contexte de sa culture et de son système de valeur en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses standards. Le concept intègre de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et ses relations avec les événements de son environnement » (WHOQOL Group, 1995). Une approche récente met l'accent sur la notion de plan de vie et « du niveau atteint dans la poursuite continue de buts et d'objectifs » (Dupuis et al. 1989)

Une définition opérationnelle de la qualité de vie doit se référer à cette définition générale mais en précisant un certain nombre d'aspects spécifiques aux personnes démentes. Elle doit, également, faire référence aux rôles de survie définis par l'OMS.

1-2.-L'intérêt pour la qualité de vie chez les personnes âgées

Le terme de qualité de vie (QDV) apparaît aux Etats-Unis dans le milieu des années soixante. C'est une notion multidimensionnelle définie comme « *la perception qu'un individu a de sa place dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large qui peut être influencé de manière complexe par la santé physique de la personne, son état psychologique et son niveau d'indépendance, ses relations sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement* » (World Health Organization, 1993).

La QDV est appréciée à la fois à partir des aspects objectifs (symptômes,

autonomie...) et subjectifs (aspects psychologiques, vie sociale...) et doit être évaluée par le patient lui-même, sauf lorsque son état affecte la compréhension ou la lecture des questions (Schraub et Mercier, 2002). Elle est mesurée par des outils de type questionnaire.

Plus spécifiquement, certains auteurs ont proposé de restreindre la définition de la QDV aux aspects liés à la santé : il est alors question de mesure de la qualité de vie liée à la santé, avec des questions regroupées pour l'analyse en *dimensions* ou *concepts*, et un score par dimension. L'intégration des trois domaines (dimensions) suivants est essentielle : la qualité de vie physique, psychologique et sociale. Toutefois, cette évaluation est normative, c'est-à-dire que l'on ne tient pas compte de l'impact réel sur la qualité de vie de l'existence d'un symptôme. L'absence de retentissement peut en effet s'expliquer par la mise en place de phénomènes d'adaptation ou par une modification dans les références des patients (op.cit., 2002).

La mesure de la QDV liée à la santé est surtout utilisée en tant que critère secondaire d'évaluation dans les essais thérapeutiques, le critère principal étant la survie globale ou sans récurrence. Elle permet, en tant que critère secondaire, de comparer deux ou plusieurs groupes, de comparer différentes thérapeutiques, ou d'évaluer l'impact d'une thérapeutique. Elle permet également de détecter les besoins des patients, ou encore, lorsqu'il y a équivalence pour le critère principal, d'aider à la prise de décision médicale.

D'autre part, la mesure de la QDV peut aussi constituer le critère principal lorsqu'il n'y a pas d'enjeu des traitements sur la survie. C'est le cas, par exemple, de l'évaluation et de la comparaison des traitements palliatifs, ou encore, de l'évaluation de facteurs psychologique.

D'un point de vue pragmatique, les patients participant à une étude incluant la mesure de la qualité de vie reçoivent les informations par le médecin responsable (investigateur). Dans un second temps, une autre personne (en principe, de l'équipe soignante) administre le questionnaire, le moment de la passation étant cohérent avec les objectifs de l'étude. L'analyse des données et l'interprétation des résultats font l'objet de consignes rigoureuses, notamment sur la gestion des données

manquantes, et sur les méthodes statistiques utilisées (Schraub et al. 2002).

Dans la conception cognitive du stress qui est celle de la psychologie de la santé, nous nous intéressons au « stress perçu », c'est-à-dire au stress lié aux caractéristiques de la personne (et non avec celles de l'objet stressant) permettant de prendre en compte le fait qu'une même situation peut provoquer des réactions très différentes en fonction des individus. Le stress perçu est ainsi défini « *le stress est une transaction particulière entre la personne et l'environnement, dans laquelle la situation est évaluée par l'individu comme taxant ou excédant ses ressources et pouvant menacer son bien-être* » (Lazarus et Folkman, 1984, p.19).

L'évaluation (*appraisal*) est un processus en deux temps : la première évaluation dépend des aspects perçus de la situation (imminence de la confrontation douloureuse, intensité du stimulus, possibilité de contrôle du stimulus...) et de la structure psychologique de l'individu (croyances de l'individu sur lui-même et sur son environnement, dispositions liées à la personnalité...). La seconde évaluation dépend des capacités et des ressources disponibles susceptibles d'éliminer ou d'atténuer les effets de la situation stressante. Ainsi, le stress perçu n'est pas le seul élément en lien avec la qualité de vie ultérieure, d'autres transactions individu – environnement sont impliquées et correspondent à l'*activité* du sujet (Bruchon-Schweitzer, 2002). Lors de cette deuxième évaluation, les principales transactions sont le contrôle perçu et le soutien social perçu.

Le contrôle perçu « *consiste à croire que l'on dispose des ressources personnelles permettant d'affronter et de maîtriser les événements* » (op.cit., 2002, p. 310). L'évaluation du contrôle perçu intervient après la première phase d'évaluation du stress perçu. Ce sentiment s'avère généralement bénéfique pour la santé.

Dans cette perspective transactionnelle, nos objectifs sont centrés autour de la question des ressources sociales, de leur disponibilité, de leur impact (positif / négatif), et de leurs déterminants. Il sera également question du rôle des proches et des répercussions de la maladie à leur niveau. Enfin, les stratégies de coping seront évaluées en lien avec certains antécédents (médicaux, psychosociaux, socio biographiques) et comme déterminants de la qualité de vie. Mais auparavant, nous

souhaitons nous pencher sur l'abondante littérature concernant ces trois concepts : soutien social, coping et « *caregivers* » afin d'en découvrir les orientations récentes.

2.-LE SOUTIEN SOCIAL

2-1.-Soutien social : définition

Ici, il est question pour nous de tenter de définir le concept de soutien social. En effet, il n'existe pas une définition du soutien social mais plusieurs, dépendantes de la perspective théorique adoptée par le chercheur, ou tout au moins, des aspects qui lui semblent pertinents dans son domaine de recherche. Il en est de même de « la » mesure du soutien social qui n'existe qu'en rapport avec des présupposés théoriques.

La conceptualisation du soutien social repose sur une distinction largement admise entre aspect structurel (quantité, disponibilité) et aspect fonctionnel (qualité) du soutien. Les chercheurs sociologues ou épidémiologistes n'ont pas systématiquement mis en exergue et étudié les caractéristiques du « soutien » apporté par les relations humaines, le postulat de base étant que les interactions sociales sont par essence bénéfiques pour l'individu. Cette approche a pour objet d'étude les caractéristiques structurelles du réseau, c'est-à-dire l'aspect quantitatif du soutien social avec les concepts d'intégration sociale et de réseau.

Pour Schwarzer et al. (2003), le réseau ou l'intégration sociale ne sont que la base, le socle permettant de développer des relations susceptibles d'être identifiées comme des relations de soutien. Ainsi, l'intégration sociale serait la condition nécessaire mais non suffisante pour établir l'existence réelle du soutien social en tant que soutien fonctionnel ou « qualitatif ». Ce soutien est évalué par la disponibilité des ressources matérielles et psychologiques dans le cadre des relations interpersonnelles (Rodriguez et Cohen, 1998). D'autres auteurs admettent l'existence de différents « niveaux » de relations d'une personne à son environnement (Lin, 1986) : la communauté, le réseau social et les relations intimes et confidentielles. L'importance relative de ces différents niveaux de liens sociaux – entre les liens très larges du réseau et les confidents intimes – est toujours sujet à discussion.

Certains chercheurs se sont focalisés sur la qualité des relations sociales relative à la disponibilité, la satisfaction, et au type de ressources engagées dans les relations permettant à l'individu de se sentir aimé et valorisé (House, 1981 ; Sarason, Levine, Basham et Sarason, 1983 ; Rodriguez et al, 1998). D'autres considèrent le soutien social comme un échange de ressources favorisant le bien-être du récepteur (Shumaker et Brownell, 1984). Mais le soutien social peut aussi être conceptualisé comme une aide au coping ou « coping interpersonnel » (*interpersonal coping*) (Thoits, 1986 ; Greenglass, 1993) ou encore comme une ressource pour le coping (Endler et Parker, 1990).

2-2.-Condition humaine et soutien social

Elaborer sur le soutien social revient à se pencher sur notre condition humaine et en particulier, sur notre fragilité ontologique. Par conséquent, l'homme est le seul animal qui naît sans avoir les moyens de satisfaire ses besoins. Ainsi, tous les hommes sont dépendants les uns des autres, et comme le soulignait le philosophe Éric Fiat (2006), « *Nous devons notre humanité à autrui* ».

Au-delà de la nécessaire présence humaine pour la survie à la naissance, il n'est pas inutile de rappeler et d'évoquer la place importante des relations sociales dans le développement de l'enfant et notamment l'importance des comportements d'attachement qui permettent de développer un sentiment de sécurité et d'estime de soi dès la naissance (Bowlby, 1969). Cet auteur affirme que l'attachement n'est pas automatique et qu'il dépend d'un processus d'interactions réciproques entre la mère et l'enfant. A la même époque, Spitz (1968) démontre que la « seule » carence affective chez les jeunes enfants placés en institution dans les dix-huit premiers mois de la vie a pour conséquence un développement mental et physique entravé pouvant aller jusqu'à la mort. Nous pouvons également rappeler les travaux de Maslow (théorie de la motivation, 1943) et sa « pyramide des besoins ». Ce chercheur positionne les besoins sociaux immédiatement après les besoins physiologiques (maintien de la vie) et psychologiques (besoin de sécurité). Ces besoins sociaux comprennent l'affectivité, l'estime et la reconnaissance d'autrui ainsi que le sentiment d'appartenance.

Dans une perspective plus pragmatique, la théorie de l'échange social a pour

objet l'étude des relations sociales en lien avec leurs bénéfiques (Homans, 1961 ; Thibaut et Kelley, 1959, cités par Vaux, 1988). Ainsi, les individus s'engageraient dans des comportements sociaux susceptibles de les satisfaire au moyen d'un échange de ressources. Ces ressources peuvent prendre diverses formes, comme l'amour, la reconnaissance, l'échange d'informations, d'argent, de biens ou de services (Foa, 1971, cité par Vaux, 1988). En accord avec ces auteurs, les relations sociales commencent avec les échanges de ressources tangibles et universelles, mais les « relations proches » sont marquées par des échanges symboliques particuliers (par exemple, des signes d'affection) au sein desquels l'identité des participants est d'une importance cruciale.

En psychologie sociale de la santé, les recherches sur ces interactions humaines nécessaires s'inscrivent dans l'étude du concept de soutien social. Les chercheurs s'interrogent en particulier sur les effets de ces interactions, que ce soit dans la vie quotidienne ou en situation de vulnérabilité.

2-3.-Les différentes approches du soutien social

Notre intérêt va se porter essentiellement sur les travaux concernant les effets du soutien social dans le contexte de la santé, de la qualité de vie et du bien-être, travaux qui vont se développer dès les années 70. Afin de pouvoir se situer dans les différents courants de recherche, il nous paraît intéressant de présenter l'analyse de Cohen, Gottlieb et Underwood (2000) qui distinguent quatre paradigmes ayant nourri ces travaux : l'approche sociologique, l'approche cognitive, l'approche des processus interpersonnels et l'approche interventionniste.

2-3-1.-La tradition sociologique

Il y a plus d'un siècle, Durkheim (1897-1951) postule que la rupture des liens familiaux, sociaux, professionnels engendrés par les migrations vers les zones industrielles semble délétère pour le bien-être psychologique. Durkheim (1967) observe également que le suicide survient plus souvent chez les personnes ayant peu de relations sociales, la dissolution des rôles sociaux et des normes débouchant sur ce qu'il a nommé « l'état d'anomie ».

Dans les études qui ont suivi ces premiers constats, nous retrouvons

fréquemment dans la littérature les termes de réseau social (*social networks*) et d'intégration sociale (*social integration*). Nous allons à présent tenter d'explicitier ces concepts et leurs différences grâce à l'analyse de Brissette, Cohen et Seeman (2000).

2-3-1-1.-L'intégration sociale

L'intégration sociale (*Social Intégration*) désigne le degré d'intégration et d'implication dans une société. Il s'agit d'un construit multidimensionnel incluant des composants comportementaux (engagement actif dans une variété d'activités et de relations sociales) et des composants cognitifs (le sens de la communauté et l'identification à des rôles sociaux). Ces aspects cognitifs sont en lien avec la perception subjective d'intégration relative au sentiment d'appartenance, d'obligation mutuelle, et d'intimité (Schwartz, Knoll et Rieckmann, 2003). La théorie la plus explicite concernant l'influence positive de l'intégration sociale sur la santé et le bien-être est celle de Thoits (1983), théorie très marquée par la tradition de l'interactionnisme symbolique (Mead, 1934). Thoits (1983) postule que l'identité dépend des positions sociales ou des rôles occupés par les individus dans un contexte social. C'est cette identité construite par les rôles sociaux qui serait indirectement liée à la santé et au bien-être.

A l'opposé, certains chercheurs (Goode 1960 ; Coser 1974) vont mettre l'accent sur les aspects négatifs des relations sociales, notamment sur le plan de la « tension de rôle » (*role strain*). Celle-ci comprend deux composants, d'une part les conflits liés à ces rôles, d'autre part les « surcharges » en lien avec ces rôles (de parent, de conjoint...) dont les intérêts peuvent être divergents voire inconciliables (Goode, 1960). Wills et Fegan (2001), tout en reconnaissant l'existence des aspects négatifs des relations sociales, suggèrent que l'intégration sociale et par conséquent l'accumulation de rôles apporte plus de bénéfice que de stress.

2-3-1-2.-Mesure de l'intégration sociale

Brissette et al. (2000) proposent quatre approches pour la mesure de l'intégration sociale : les mesures basées sur le rôle, sur la participation, sur l'intégration perçue et sur les indicateurs complexes.

-*Les mesures basées sur le rôle* : évaluation du nombre et des différents types de relations sociales auxquelles participent les individus. Nous pouvons distinguer les rôles de parent, de conjoint, de collègue, de parent proche, d'ami, de voisin, d'étudiant, de volontaire, de membre d'une église, de membre d'un groupe, de frère ou sœur.

-*Les mesures basées sur la participation* : évaluation de la fréquence avec laquelle les individus s'engagent dans différentes activités.

-*Les mesures basées sur l'intégration perçue* : évaluation de l'importance du sentiment d'intégration dans une structure stable et d'identification aux membres de leur communauté et aux positions sociales.

-*Les indicateurs complexes* : il s'agit d'informations combinées en rapport avec les liens sociaux, l'implication dans la communauté, et la fréquence des contacts avec les amis et parents.

2-3-1-3.-Le réseau social

Pour Brissette et al. (2000), l'analyse du réseau social (*social networks* ou *support social system*) permet de mesurer l'intégration sociale ; le terme de réseau faisant référence aux liens (*ties*) reliant une collection d'individus ou d'entités sociales (groupes, familles, corporations). Par conséquent, l'analyse du réseau social est complémentaire de celle de l'intégration sociale et représente la base objective en termes de nombre de personnes ou de support potentiel offert à un individu donné dans son environnement. L'analyse du réseau est un moyen quantitatif décrivant les relations existantes entre différents membres du réseau social d'un individu (op.cit., 2000). Les caractéristiques structurelles du réseau social décrivent les patterns stables de relations ainsi que l'existence et les interconnexions entre les relations sociales (op.cit., 2000).

La mesure la plus simple et la plus largement utilisée est la taille du réseau (le nombre de membres appartenant au réseau), mais nous pouvons relever dans la littérature plusieurs caractéristiques du réseau potentiellement pertinentes pour ses effets sur la santé : la densité (le nombre d'interconnexions entre les membres du réseau), le degré (le nombre moyen de liens directs d'un membre du réseau avec un

autre membre, *boundedness* (le nombre de liens qui se détachent des limites du réseau), l'homogénéité (la similarité entre les membres du réseau), l'accessibilité (*reachability*) (le maximum de liens nécessaires pour raccorder chaque binôme), la dispersion (la possibilité de prendre contact avec une autre personne, souvent mesurée par la distance géographique), les cliques (la proportion du réseau dans laquelle tous les membres sont directement liés) ; les clusters (la proportion du réseau avec une haute densité), la durée (qui représente le temps écoulé depuis la première rencontre entre les personnes) et la réciprocité des échanges. Ces données concernant le réseau peuvent être représentées graphiquement sous forme de sociogrammes ou de matrices.

2-3-1-4.-Réseau social et réseau de support

L'approche présentée ici ne fait pas référence à la distinction entre réseau de support et réseau social. Cela peut poser problème au niveau de ce qui est mesuré : s'agit-il de quantifier l'importance des relations sociales (en nombre, en fréquence...) ou l'importance d'un sous-ensemble de relations significatives ? En réaction à cette approche indéfinie, certains chercheurs (Barrera, 1981 ; Wilcox, 1981, cités par Vaux, 1988) ont très vite argué la nécessité d'une spécification. En effet, cette absence de distinction laisse supposer que toutes les relations sociales seraient « supportrices ». Ainsi, nous retrouvons dans cette perspective les hypothèses concernant le concept de rôle, d'identité, de contexte social « signifiant » déjà exposées.

2-3-2.-La tradition cognitive

La conceptualisation du soutien social dans une perspective cognitive est issue des études sur le stress perçu qui mettent l'accent sur la notion de ressources et d'ajustement face aux contraintes génératrices de stress.

Cette approche a vu le jour dans les années 70 grâce à l'influence de trois principaux chercheurs : Caplan (1974), Cassel (1974 ; 1976) et Cobb (1976).

Cassel (1976), médecin et épidémiologiste, considère que les processus psychosociaux jouent un rôle non négligeable dans l'étiologie des maladies et que le support social, en particulier, joue un rôle clé au niveau des désordres liés au stress.

Dans ses recherches sur la compréhension des désordres liés à la vie urbaine, Cassel (1974) considère que la rupture des liens significatifs produite par des conditions environnementales stressantes laisse l'individu face à des réponses sociales inadéquates ou confuses, engendrant une vulnérabilité élevée aux maladies. Il suggère que le support est apporté prioritairement par les personnes qui sont les plus importantes pour l'individu, et que le soutien possède une fonction protectrice, servant à « amortir » l'impact somatique ou psychologique des expériences stressantes.

Caplan (1974) utilise le terme de « système de support » (*support system*) et note l'importance de la réciprocité et de la durée des relations sociales. Il est alors évident que le système de support n'est pas limité à la famille et aux amis, mais intègre les groupes d'assistance, les services informels rendus par le voisinage, et l'aide fournie par le clergé. Cet agrégat de relations sociales continues fournit l'opportunité d'un retour, d'une réponse en fonction de l'identité et des capacités de chacun. Caplan (op.cit., 1974) met l'accent sur l'importance du système de support, surtout informel, pour le bien-être des individus dans la vie de tous les jours, mais aussi au moment des crises et des transitions de vie.

2-3-3.-L'approche par les processus interpersonnels

Depuis les années 1980, les chercheurs se sont intéressés aux processus mis en œuvre dans les comportements d'aide en cas de circonstances stressantes (Cohen et al. 2000). L'objectif consiste à observer et étudier les types de comportements d'aide (*Interpersonal process tradition*). Ces approches sont souvent expérimentales et permettent de proposer des analyses très fines dans l'évaluation du soutien social et surtout des interactions sociales de soutien (*supportive interaction*). Dans cette perspective, Burleson (2003) définit le support émotionnel comme un mode spécifique de communication visant à aider un individu à faire face efficacement à un stress émotionnel. La problématique de cette situation concerne l'importance du changement émotionnel : les messages ont pour objectif prioritaire d'aider la personne à travailler et à faire face avec les émotions difficiles. Burleson et ses collègues (Albrecht et Burleson, 1992 ; Burleson, 2003) ont ainsi étudié le soutien émotionnel, sa mesure, ses caractéristiques, la qualité de la

relation, et ont identifié les facteurs différenciant les individus en termes de provision de soutien.

2-3-4.-L'approche par la tradition de l'intervention

Dans cette perspective, les priorités des chercheurs s'inscrivent dans une politique volontariste de mise à disposition de ressources sociales pour les populations, notamment en développant des compétences d'aide informelle chez tous les individus. Cette approche se développe sur trois phases.

Dans un premier temps, Cassel (1976) et Cobb (1976) suggèrent qu'il est urgent d'augmenter et de développer le support social plutôt que de réduire le stress, et que cela nécessite d'enseigner aux gens malades comme aux bien-portants, mais aussi aux « aidants » informels (enseignants, policiers, clergé...) la façon de recevoir et de donner du soutien face à des événements stressants. En effet, il semble possible pour ces auteurs « d'entraîner » les individus à développer, maintenir et mobiliser leur réseau de support naturel, ou encore d'apprendre à reconnaître et à répondre concrètement aux besoins d'une personne ayant à faire face à un événement stressant.

La mise en place des interventions de support constitue donc la première approche interventionniste. Cependant, c'est une tâche délicate, car il s'agit de créer les conditions de relations supportives. En effet, le support social n'est pas une variable, c'est un *processus* qui survient au cours des interactions sociales. Ce n'est pas un « article » qu'on peut délivrer en dehors de son contexte relationnel. Pour exemple, la phase d'initiation des relations proches repose sur l'attraction, et les affects positifs augmentent lorsque les partenaires perçoivent la similarité, l'équité dans l'échange, et le secret réciproque des informations personnelles (Hendrick et Hendrick, 1992, cités par Cohen et al. 2000). En outre, des efforts devraient être faits pour identifier les caractéristiques de ceux qui nécessitent un soutien. Pour certains, le réseau s'avère suffisant, tandis que pour d'autres, il est nécessaire d'échanger avec de nouvelles sources de support, ou des pairs.

La seconde approche « interventionniste » se développe dès la fin des années 1970 avec la création des « groupes de support ». En pratique, ces interventions ont

souvent débouché sur la mise en place d'un nouveau réseau composé de personnes ayant expérimenté le même événement stressant ; elles impliquent donc la création d'un agrégat social composé des « pairs ». Ces groupes de support reposent ainsi sur le postulat que seules des personnes « expérimentées » sont aptes à fournir un niveau suffisant d'empathie et de compréhension, et que la comparaison sociale avec des pairs peut augmenter le coping et encourager l'adaptation. En particulier, le processus de comparaison facilite l'expression des affects négatifs, offre la validation d'une nouvelle identité et d'un nouveau rôle, et réduit l'évaluation de la menace pour les stressés actuels et futurs. Cet aspect « amortisseur de stress » semble jouer un rôle central en produisant des effets positifs sur le fonctionnement cognitif, affectif, comportemental et physiologique. Ceci inclut différents stades : créer des conditions propices à l'expression des besoins de support, enseigner aux membres du groupe à reconnaître et à répondre aux demandes de soutien, promouvoir le fait d'apporter ce soutien, augmenter le « répertoire » des habiletés de coping, augmenter l'estime de soi et l'efficacité personnelle en aidant les autres, augmenter le sens de la communauté et de l'appartenance (non disponibles dans les interventions individuelles traditionnelles) et évaluer l'impact des transactions de support (Cohen et al., 2000).

En revanche, la participation à ces groupes suppose de confronter des individus en difficulté à d'autres personnes qui font également l'expérience d'un haut niveau de détresse. Ceci peut engendrer des réactions émotionnelles négatives entre les membres du groupe, susceptibles à leur tour d'entraîner une évaluation négative de leur propre capacité à faire face. Ces réactions peuvent aussi être la résultante d'interactions critiques vécues dans une atmosphère défensive peu propice à un échange de soutien mutuel et d'acceptation des autres.

La troisième approche exposée par Cohen et al. (2000) concerne la création des groupes de coaching (*one-to-one mentoring and coaching programs*). L'objectif de ces interventions est d'augmenter la qualité et la quantité des ressources sociales, d'augmenter les interactions ou d'optimiser la correspondance entre les besoins des individus et la provision des ressources. Ce sont en quelque sorte des personnes « référentes », susceptibles d'apporter leur expertise lorsque c'est nécessaire, par

exemple par la mise en place d'un programme « *Big Brothers* » ou « *Big Sisters* » pour compenser l'absence d'un parent.

3.-CONCEPTUALISATION ET MESURE DU SOUTIEN SOCIAL

3-1.-Typologies et terminologies

3-1-1.-Soutien reçu et soutien perçu

Le soutien reçu ou objectif (*support actually received*) est un comportement d'aide qui comprend des actes spécifiques généralement reconnus comme des efforts intentionnels pour aider une personne, soit spontanément ou sur demande. Le soutien perçu ou subjectif (*perceived available support*) est un indicateur de l'appréciation du soutien qui peut prendre diverses formes comme la disponibilité, la satisfaction, le sentiment de faire l'objet d'attention, d'attachement, d'être respecté ou impliqué, de se sentir bien, ou encore de se sentir dans une relation d'alliance (Vaux, 1988).

En réalité, le soutien objectif, concret (le soutien reçu) n'est pas forcément évalué et ressenti par la personne comme une aide (le soutien perçu). Le fait de spécifier des comportements de soutien objectifs ne suffit pas à évaluer ce qui est effectivement perçu ; Turner, Frankel et Levin (1983, p. 74, cités par Vaux, 1988) énoncent à ce propos que « *le support social doit être considéré comme une expérience personnelle plutôt que comme un ensemble de circonstances objectives ou même comme un ensemble de processus interactionnels* ». Dans ce sens, le soutien social perçu peut être défini comme « *l'impact subjectif de l'aide apportée par l'entourage d'un individu et la mesure dans laquelle celui-ci estime que ses besoins et ses attentes sont satisfaits* » (Procidiano et Heller, 1983, cités par Bruchon-Schweitzer, 2002, p. 333). En revanche, pour Cohen (1991), le support perçu est le reflet du soutien disponible : « *le support perçu n'est pas une estimation grossière et biaisée du soutien disponible mais plutôt une ébauche de représentation du soutien disponible dans l'environnement* » (op.cit., 1991, p. 231).

3-1-2.-Les sources de support

Les « aidants » peuvent être divisés en deux classes principales : les aidants formels et informels. Les sources formelles de support sont les professionnels de

l'aide, les structures publiques, les organisations, les groupes d'assistance (la liste n'est pas exhaustive) tandis que les sources informelles sont constituées des parents, amis, collègues... (Streeter et Franklin, 1992). La plupart des travaux sur le soutien social s'intéressent à l'action des aidants informels ou encore aux groupes d'assistance dans la tradition de l'intervention.

Pour Rodriguez et al (1998), le soutien social est : « *un concept multidimensionnel qui réfère aux caractéristiques et aux fonctions des relations sociales ; aux ressources matérielles et psychologiques disponibles pour les individus au travers de leurs relations interpersonnelles* ».

Weiss (1974, cité par Vaux, 1988) a présenté des idées qui ont influencé bon nombre de chercheurs sur le support social en distinguant les différentes sources de soutien. Il suggère que certains individus maintiennent leurs relations afin d'assurer leurs besoins et que des besoins spécifiques nécessitent des relations particulières. Nous présentons à présent les cinq besoins identifiés par cet auteur (op.cit., 1974), les sortes de relations qu'ils supposent (sources de soutien), et les conséquences affectives créées par leur absence (voir tableau 2)

Dimensions	Description	Type de relation sociale	Conséquence affective en cas d'absence
Attachement (attachment)	Sens de la sécurité et du confort	Marital et romantique	Sentiment de solitude et d'inquiétude
Intégration sociale (social integration)	Partage de l'interprétation des expériences et opportunités pour se rendre des services	Réseau de gens ayant des intérêts communs	Sentiment que la vie devient lourde et triste
Réassurance sur la valeur (reassurance of worth)	Assurance de sa compétence dans un rôle social	Collègues dans le cadre professionnel, membres de la famille	
Lien d'alliance	Assistance,	La parenté, les	Sentiment d'être

(reliable alliance)	même en l'absence d'affection mutuelle	parents	vulnérable, abandonné
Orientation (guidance)	Pertinent en cas de situation stressante : support émotionnel, aide pour résoudre les problèmes	Personnes de confiance et respectée	

3-2.-La mesure des liens sociaux ?

Pour chaque concept (réseau social, intégration sociale, soutien social, conflit social et capital social), nous donnerons quelques exemples d'échelles, ce qui permet de positionner ces outils en fonction de leurs construits théoriques.

3-2-1.-Le réseau social

Il a beaucoup été question de la taille du réseau dans les études sur les liens entre réseau social et santé. En fait, c'est probablement un faible prédicteur de la santé (Cohen et Wills, 1985 ; Uchino, Cacioppo et Kiecolt-Glaser, 1996). Il semblerait que la densité soit un marqueur plus pertinent pour comprendre ce qui se joue dans l'intégration sociale, notamment sur le plan de l'identité sociale et de la circulation des ressources entre les membres du réseau.

3-2-2.-L'intégration sociale

Thoits (1983, 1986) évalue la participation dans 8 rôles sociaux (conjoint, parent, travailleur, étudiant, membre d'un groupe, membre d'une église, voisin, ami). Pour cet auteur (1982), le soutien social est « *la gratification des besoins sociaux de base d'une personne grâce à l'interaction avec d'autres personnes. Les besoins identifiés sont l'affection, l'estime ou l'approbation, le fait de se sentir bien, l'identité et la sécurité* ».

3-2-3.-Les indicateurs complexes du soutien social

Il s'agit d'une combinaison des approches précédentes.

Selon la Berkman's Social Network Index (Berkman et Syme, 1979) ou SNI le soutien social comprend en contexte américain 4 composants : le statut marital, les contacts avec la famille et les amis, l'implication dans une église, la participation à un groupe. Cette échelle prend en compte à la fois le nombre et l'importance relative de ces liens sociaux en combinant les différents composants.

Brissette et al. (2000) soulèvent le problème du recueil rétrospectif des données pour la mesure de l'intégration sociale et du réseau. Sur cette base, des chercheurs s'orientent vers le développement de mesures quotidiennes (*daily integration measures*) en s'alignant sur les principes de la tradition de l'intervention.

3-2-3-1.-Indicateur du soutien perçu (Perceived support)

3-2-3-1-1.-Les échelles brèves unidimensionnelles

-La Malmo Social Support Scale (Hanson et al. 1997) : évalue en 9 items le soutien émotionnel et instrumental / informationnel.

-La Perceived Social Support from Family et Friends (Procidano et al. 1983) ou PSS-FA évalue le soutien familial émotionnel et informationnel, tandis que la PSS-FR évalue de façon similaire le soutien amical (20 items pour chacune). Cet instrument prédit une large variété de symptômes psychologiques (santé mentale) incluant anxiété, dépression, utilisation de drogue, et idée suicidaire.

-La Social Support Questionnaire (Sarason et al. 1983) : la SSQ est basé sur la théorie de l'attachement de Bowlby (1969). Les répondants doivent faire la liste de 9 personnes susceptibles d'être un soutien dans 27 situations hypothétiques et évaluer leur satisfaction globale par rapport à ce soutien. Ce questionnaire ne permet pas de faire la distinction entre différents types de soutien. Il a été validé en français sous une forme abrégée en 6 items (Rascle, Aguerre, Bruchon-Schweitzer, Nuissier, Cousson- Gélie, Gilliard et Quintard, 1997).

3-2-3-1-2.-Les échelles multidimensionnelles

L'Interpersonal Support Evaluation List (Cohen et Hoberman, 1983) : l'ISEL comprend 40 items répartis en 4 sous-échelles de 10 items. Ces 4 dimensions sont le soutien émotionnel, le soutien instrumental, le sentiment d'affiliation

(companionship) et le maintien de l'estime de soi par des comparaisons sociales. Cette échelle a été largement utilisée dans le domaine des recherches en lien avec la santé. Elle a démontré à plusieurs reprises les effets amortisseurs du soutien sur le stress et permet de prédire le rétablissement suite à une maladie physique. Cette échelle correspond donc à une conception cognitive du soutien social en lien avec les modèles du stress : « *le processus par lequel les individus gèrent leurs ressources psychologiques et matérielles disponibles grâce à leur réseau social pour augmenter le coping avec les événements stressants, satisfaire leurs besoins sociaux, et parvenir à leurs buts* » (Rodriguez et al. 1998, p. 536).

La Social Provisions Scale (Cutrona et Russell, 1987) : la SPS repose sur les 5 dimensions de la classification de Weiss (1974) auxquelles s'ajoute l'opportunité d'avoir quelqu'un pouvant « prendre soin ».

3-2-3-1-3.-Echelles de soutien social basées sur le réseau social

Il s'agit d'un recueil de données en deux phases. Les participants identifient dans un premier temps les membres du réseau perçus comme pouvant fournir du soutien, puis, dans un deuxième temps, estiment la disponibilité et l'adéquation du soutien fourni.

-La Close Persons Questionnaire (Stansfeld et Marmot, 1992) : évalue la qualité des relations avec les 4 personnes les plus proches, y compris les aspects négatifs des relations sociales.

3-2-3-2.-Le soutien reçu (Received support)

Ces mesures ont pour objet d'évaluer le nombre d'actions spécifiques de soutien reçues dans un passé récent.

L'Inventory of Social Supportive Behaviors (Barrera, Sandler et Ramsay, 1981) : l'ISSB permet d'évaluer les comportements de soutien (émotionnel, matériel, informationnel, intégratif) reçus au cours du dernier mois.

3-2-4.-Le conflit social

Le conflit social fait référence aux types variés d'interactions sociales négatives pouvant intervenir au cours des échanges (dispute, critique, hostilité, exigences non souhaitées) ou de transactions perçues comme non supportives.

Actuellement, certains chercheurs (Uchino, Holt-Lunstad, Uno et Flinders, 2001 ; Cohen, 2004 ; Rook, 2004) s'accordent sur l'intérêt des mesures de liens conflictuels pour améliorer l'appréhension du soutien social. En effet, le conflit social peut être associé avec une baisse du bien-être psychologique (Rook, 2004).

Le Test of Negative Social Exchange TENSE (Ruehlman et Karoly, 1991)

Le Social Network Interview (Finch, Okun, Barrera, Zautra et Reich, 1989) : les répondants doivent identifier parmi les personnes leur apportant du soutien, celles qui sont sources d'expériences sociales négatives.

3-3.-Le capital social

Le concept de « capital social » ou « cohésion » (*social capital / cohesion*) s'inscrit dans une perspective quelque peu différente puisque l'accent est mis sur l'environnement et sur la dimension collective de la société plutôt que sur l'individu. C'est en quelque sorte une évaluation des ressources de la collectivité mises à disposition de l'individu dans une communauté donnée. Dans cette perspective, les différences individuelles dans l'intégration sociale seraient le reflet des différences caractérisant les communautés dans lesquelles vivent les individus. Ainsi, le capital social réfère à l'importance des possibilités offertes par la communauté pour augmenter les ressources personnelles (comme l'accès aux soins) et générer des normes favorisant les comportements de santé (Kawachi et Berkman, 2000). Le capital social englobe à la fois les aspects structurels et fonctionnels des relations sociales, il est censé faciliter et encourager les actions des individus et des groupes pour des bénéfices mutuels. Le capital social « exclusif » (*bonding social capital*) réfère au repli sur soi de certaines organisations qui tendent à renforcer les liens internes (organisations fraternelles, familles, ethnies, groupes religieux). Il s'oppose au capital social « inclusif » (*bridging social capital*) ouvert sur l'extérieur et incluant des personnes issues de groupes sociaux différents (Putnam, 2000).

4.-SOUTIEN SOCIAL ET SANTE

Le soutien social en lien avec la santé est un champ de recherche qui ne cesse d'être alimenté par de nouvelles perspectives. Avant de présenter quelques études

empiriques sur l'action du soutien social sur la santé, il semble nécessaire d'exposer les modèles théoriques principaux et de présenter les hypothèses explicatives concernant les mécanismes.

La conceptualisation du soutien social repose sur une distinction largement admise entre aspect structurel et aspect fonctionnel. En premier lieu, concernant l'aspect structurel du soutien, nous retrouvons les concepts d'intégration sociale et de réseau social. En deuxième lieu, l'aspect fonctionnel du soutien est une approche plus qualitative qui met l'accent sur les différentes fonctions du soutien. Aujourd'hui, s'impose l'étude des construits sociaux en lien avec la santé : il s'agit des « interactions négatives » (*negative interactions*), qui sont des « sources de stress psychologique dont les conséquences comportementales et physiologiques augmentent le risque de maladie » (Cohen, 2004, p. 677). L'accent est mis à la fois sur l'existence de conflits ou d'insatisfaction dans les relations sociales, et sur l'« isolement social » (*social isolation*) et la solitude (*loneliness*).

4-1.-Les modèles théoriques

4-1-1.-Le modèle de l'effet direct versus indirect

4-1-1-1.-Les variables médiatrices

Ce modèle suggère que le soutien social a un effet bénéfique sur le bien-être indépendamment du niveau de stress. Le modèle de l'effet *direct* préfigure donc un modèle causal où la variable indépendante (VI) – ici est le soutien - fait varier la variable dépendante – ici les critères - nonobstant le maintien ou le contrôle de toutes les autres variables incluses dans le modèle fixé par le chercheur. Une variante de ce modèle (effet indirect) suggère que l'effet de la variable indépendante sur la variable dépendante est médiatisé par une troisième variable, dite variable médiatrice.

Baron et Kenny (1986) ont montré que « *les variables médiatrices expliquent comment ou pourquoi ils [certains effets] apparaissent* » (Rascle et Irachabal, 2001, p. 99), tandis que Muller, Judd et Yzerbyt, (2005) estiment que la question de la médiation a pour objet les mécanismes responsables de la relation entre la variable indépendante et dépendante.

Le modèle de Brauer permet de remarquer qu'il n'y a pas ou peu d'effet réellement direct du soutien social sur la santé. En effet, le soutien social serait lié à la maladie physique et psychiatrique au travers de multiples variables « médiatrices » (influence sociale, accès aux services, à l'information etc.) qui sont en lien avec les paramètres biologiques et la réponse neuroendocrinienne. L'action de ces variables médiatrices sera développée dans le chapitre suivant (« Les mécanismes d'action du soutien social »).

4-1-1-2.-L'effet direct révisé d'Uchino

Uchino (2004) propose un modèle de l'effet direct « révisé » comprenant également de nombreuses variables médiatrices comme le contrôle perçu, l'estime et la signification donnée au sentiment d'intégration et au soutien.

La première spécificité de ce modèle par rapport aux précédents tient à la prise en compte simultanée du soutien fonctionnel et structurel. Uchino (2004) soutient que les études devraient mettre l'accent sur une approche intégrative et dynamique associant ces deux perspectives. D'autre part, sa deuxième particularité repose sur l'ajout des effets de l'isolement. A cet égard, l'auteur distingue deux types d'isolement : 1) l'isolement social (*social loneliness*) qui résulte d'un manque général d'interactions sociales et de connections ; 2) l'isolement émotionnel (*emotional loneliness*) qui est la conséquence d'une absence de relations proches avec un confident ou un autrui significatif.

4-1-1-3.-L'effet amortisseur ou tampon

L'action du soutien social en tant qu'amortisseur de stress a été mise en évidence dans la perspective cognitive en lien avec les recherches sur le stress perçu. Ces différents travaux issus de la tradition cognitive sont donc en lien avec l'approche transactionnelle du stress et du coping (Lazarus, 1991).

Dans ce contexte de stress, le soutien social aurait une action à différents niveaux comme l'expliquent Rodriguez et al. (1998, p.537) pour lesquels :

« Le support perçu peut intervenir en premier lieu entre l'apparition d'un événement potentiellement stressant et l'expérience d'une réaction physiologique et psychologique de stress en influençant l'évaluation du stress. Ici, le soutien perçu

permet donc d'améliorer les perceptions de l'individu concernant sa capacité à faire face aux exigences imposées par l'événement, considéré comme moins stressant. En second lieu, le soutien perçu peut intervenir entre l'expérience d'une réaction de stress qui suit un événement stressant et le début d'un processus pathologique (psychologique ou physiologique) en réduisant ou en éliminant la réaction de stress. Ici, le soutien peut réduire les réponses de stress en augmentant les efforts de coping pour gérer les conséquences pratiques et émotionnelles de l'événement et réduire son importance perçue ».

Ce modèle de l'effet amortisseur peut se décliner sous trois formes (Wills et al., 2001) : lorsque le soutien agit comme effet principal, son action est comparable, que le niveau de stress soit faible ou élevé ; lorsque le soutien agit comme effet amortisseur total, l'impact des événements stressants est amorti « totalement » lorsque le niveau de soutien social est élevé ; lorsque le soutien agit comme effet amortisseur partiel, l'impact des événements stressants est amorti partiellement par le soutien social. Cette version « modérée » ou « partielle » suggère que le soutien (même élevé) atténue les effets du stress mais ne fournit pas une protection totale.

En dernier lieu, le modèle « révisé » du soutien lié au stress proposé par Uchino (2004) concilie les différentes formes de soutien (soutien structurel et fonctionnel, détérioration du soutien.

Ce modèle révisé met également l'accent sur les liens entre soutien social et processus liés au stress, tout en intégrant la possibilité d'une détérioration du soutien du fait du stress.

5.-SOUTIEN SOCIAL ET STRESS

Les stressseurs peuvent donc avoir pour conséquence une mobilisation du soutien reçu et / ou une détérioration du soutien disponible. D'après Uchino (2004), le soutien reçu peut prévenir la détérioration du soutien perçu avec des influences favorables sur l'estime, le contrôle perçu et les autres processus de coping.

5-1.-Le soutien social comme amortisseur de stress

Cohen et al. (2000), en accord avec Wethington et Kessler (1986), notent que

les fondements de cette approche cognitive reposent sur l'importance de la *perception* du soutien disponible en cas de besoin :

« Le composant clé de cette approche est la perception que les autres vont fournir les ressources nécessaires en cas de besoin. En définitive, les données suggèrent que ce ne sont pas tant les ressources véritables qui sont importantes pour la santé et l'adaptation mais la croyance en la disponibilité de ce soutien » (Cohen et al. 2000, p.14).

5-1-1.-La « Stressor-resource matching hypothesis »

Une variante de l'effet amortisseur du soutien social est l'hypothèse nommée « *stressor-resource matching hypothesis* ». Cette proposition reflète une conception des stressors comme événement créant des déficits ou des pertes. En conséquence, la nature de ces déficits détermine les ressources nécessaires pour remplacer ce qui a été perdu. Ainsi, Cohen et al. (1985) suggèrent que pour atténuer les effets négatifs du stress sur le bien-être, les ressources disponibles doivent correspondre aux besoins créés par l'événement stressant. Cette correspondance peut être déterminée par la contrôlabilité perçue de l'événement stressant (Cutrona et Russell, 1990). En effet, l'apport de soutien peut être particulièrement efficace face à des événements stressants potentiellement contrôlables ; à l'inverse, le soutien social face à des événements incontrôlables peut être totalement inefficace, voire délétère et augmenter l'impact psychologique négatif du stressor.

5-1-2.-Effet de seuil ou effet continu

En 1991, Cohen s'interroge sur les effets relatifs à une augmentation du support : existe-t-il un montant minimum de support requis, et après, un seuil au-delà duquel le fait d'augmenter le support ne produit plus d'effet ? Pour opérationnaliser cette question, l'auteur (op.cit., 1991) va reprendre les données d'une étude concernant 609 étudiants mesurant le soutien social à l'aide de l'ISEL, le stress, et les symptômes dépressifs. Les résultats montrent que si le soutien social augmente, la différence des scores de dépression entre stress fort et faible décroît.

5-1-2.-Les interactions sociales négatives

Le concept d'« interactions négatives » comprend au sens large l'ensemble

des aspects négatifs de notre environnement social. La revue de la littérature proposée par Lincoln (2000) propose différents termes permettant de conceptualiser les interactions sociales négatives : le conflit social, le fait d'être un handicap ou une entrave pour quelqu'un (*social hindrance*), les stressseurs du réseau social, le stress interpersonnel, les relations sociales problématiques, le soutien problématique, les liens sociaux problématiques, l'échange social négatif, les interactions sociales négatives, le soutien social négatif, les interactions négatives du réseau, les relations négatives, la « peine » liée aux ressources sociales (*social upset*) et les relations non souhaitées. Ces interactions négatives peuvent se manifester dans différentes situations, comme la propagation des maladies contagieuses, les sentiments de perte et d'isolement, les conflits interpersonnels, l'exploitation, la transmission de stress et les tentatives d'aide malencontreuses (Cohen, 2004).

Les relations sociales négatives peuvent être caractérisées de plusieurs manières : en premier lieu, par l'existence d'un soutien « maladroit », en second lieu, par l'absence ou l'insuffisance de relations sociales, en troisième lieu, par l'existence de conflits interpersonnels, et enfin, par une absence d'équité dans les relations sociales.

Les chercheurs travaillant sur la théorie de l'échange social et de l'équité considèrent que les effets du soutien social dépendent de la *perception d'un équilibre* entre le soutien donné et reçu (Buunk et Hoorens, 1992 ; Walster, Walster et Berscheid, 1978). Dans une étude longitudinale, Väänänen, Kivimäki, Buunk, Pentti et Vahtera, (2005) vont même jusqu'à montrer un effet de genre : pour les femmes, donner plus de soutien qu'en recevoir (au niveau des relations intimes) est prédictif d'un lien positif avec la santé, alors que c'est le contraire pour les hommes.

Enfin, Uchino et al. (2001) ont proposé un modèle conceptuel croisant les aspects positifs et négatifs des relations sociales. En effet, d'après Pierce, Sarason et Sarason, (1991), ces deux aspects - positifs et négatifs - coexistent dans les relations sociales et apparaissent comme deux facteurs distincts. Uchino et al. (2001) ont donc croisé ces deux dimensions (aspects positifs / aspects négatifs) avec deux modalités (faibles / élevés). Ils obtiennent ainsi un modèle comprenant quatre types

de relations sociales : (1) les relations sociales satisfaisantes ou supportives (aux aspects positifs élevés et négatifs faibles) ; (2) les liens sociaux aversifs (aux aspects positifs faibles et négatifs forts) ; (3) les liens d'indifférence (aux aspects positifs et négatifs faibles) ; et (4) les relations ambivalentes (aspects négatifs et positifs élevés).

Les auteurs (op.cit., 2001) ont montré à l'aide de ce modèle que les liens ambivalents, comparés aux liens supportifs, sont associés avec une augmentation du niveau de stress interpersonnel.

5-2.-Les mécanismes d'action du soutien social

L'étude des mécanismes du soutien social vise une meilleure appréhension des processus en jeu dans les effets du soutien social sur la santé. Notre objectif consiste donc à tenter d'explicitier l'action du soutien social sur les variables médiatrices et l'action du soutien social en tant que modérateur de stress.

En réalité, la perception de la disponibilité du support social a été associée avec l'effet direct et l'effet amortisseur. Dans ce sens, le sentiment de sécurité apporté par la disponibilité des autres en cas de besoin peut favoriser les états affectifs et cognitifs positifs.

Dans cette perspective, nous mettrons l'accent sur les conséquences « subjectives » ou psychologiques du soutien social avec les modèles de l'identité et de l'estime de soi, sur les comportements (modèles de l'influence sociale) ; sur les voies physiologiques avec les modèles biologiques et sur les modèles des ressources matérielles et informationnelles.

5-2-1.-Les conséquences psychologiques du soutien social

Les individus socialement intégrés sont susceptibles de recevoir davantage de feedback de leur entourage. La multiplicité des rôles sociaux serait un facteur permettant de construire son identité et de promouvoir des sentiments de valeur personnelle, de prévisibilité, de stabilité, et de contrôle dans la vie (Thoits, 1983). Ces identités de rôle sont également à l'origine d'attentes sur la façon dont les individus sont censés agir (comportements de santé par exemple). De surcroît, elles apportent des éléments d'information à la personne en lui permettant de savoir qu'il

est au sens existentiel du terme, en lui donnant du sens (*meaning and purpose*).

Dans le même état d'esprit, Rook (1990) considère que la santé et le bien-être sont la conséquence d'un contexte social « signifiant », qui donne du sens en permettant aux individus de se mobiliser pour donner en retour, tout ceci permettant de créer des liens. Cet auteur (op.cit., 1990) utilise le terme de *companionship* pour exprimer l'idée d'appartenance à un harmonieux réseau de support mutuel et d'obligations, ce monde social et positif pouvant être plus important que la provision réelle de support.

Enfin, l'intégration sociale permettrait de développer plusieurs concepts de soi en lien avec la position sociale occupée. Cette multiplicité dans le concept de soi influencerait la façon dont les individus évaluent les événements de vie négatifs et la façon dont ils répondent à une information négative concernant le soi (Linville, 1985, cité par Brissette et al. 2000). Aussi l'intégration sociale, en permettant d'améliorer l'estime de soi et le sentiment de valeur personnelle, serait un facteur susceptible de favoriser l'adaptation aux événements stressants, les affects positifs et la prévention de la dépression (Cohen, 1988).

Dans la perspective du rôle joué par le soutien social en tant qu'amortisseur de stress, Cohen et Pressman (2004) évoquent trois degrés d'action au niveau psychologique. En premier lieu, le soutien social interviendrait entre l'événement stressant et la réaction de stress en atténuant ou en prévenant l'intensité du stress perçu. Plus spécifiquement, le sentiment de pouvoir compter sur quelqu'un va permettre de redéfinir la difficulté de la situation et de renforcer la capacité perçue pour y faire face. Cette variable médiatrice pourrait s'avérer particulièrement puissante par son effet amortisseur de stress (Uchino, 2004). Ensuite, le sentiment et la croyance concernant ce soutien pourraient réduire ou éliminer la réaction affective, physiologique ou comportementale inadaptée. Pour finir, la disponibilité d'une personne pouvant échanger à propos du problème permettrait de réduire les pensées intrusives préjudiciables.

5-2-2.-Le soutien social en lien avec les comportements de santé

L'impact du soutien social sur les comportements de santé peut être décrit à

différents niveaux : au niveau intra individuel (soutien social perçu) ou interindividuel (intégration sociale et réseau social).

Ainsi, le soutien social perçu - qui se traduit par le sentiment d'être valorisé et estimé ainsi que les états positifs associés - peut augmenter la motivation à prendre soin de soi ou tout au moins va permettre à l'individu de ne pas s'engager dans des comportements destructifs ou délétères pour la santé. Cette supposition est appelée « l'hypothèse d'accumulation d'identité » (*identity accumulation*, Thoits, 1983).

D'autre part, la pression sociale et normative liée à l'intégration dans un groupe d'influence sociale serait également susceptible de stimuler l'adoption de comportements de santé, de ralentir la progression des maladies, ou encore d'influencer le processus de récupération. L'exercice physique par exemple est l'un des comportements de santé corrélé positivement avec l'intégration sociale et le soutien social. Néanmoins, certains chercheurs sont en désaccord avec cette assertion, considérant que certains groupes de référence peuvent au contraire favoriser les comportements à risque, telle la consommation d'alcool.

Concernant le réseau social, un nombre important de contacts sociaux peut également avoir un impact négatif sur la santé en augmentant l'exposition aux agents infectieux. Néanmoins, Cohen, Hamrick, Rodriguez, Feldman, Rabin et Manuck (2002) ont montré dans une étude prospective sur des étudiants en bonne santé que le stress et la diversité des contacts sociaux interagissent. La diversité des contacts est associée avec davantage de maladies chez les personnes ayant vécu le plus d'événements stressants, et légèrement moins de maladies chez les personnes ayant vécu peu d'événements stressants.

5-2-3.-Les processus physiologiques et liens avec le soutien social

L'état actuel des connaissances nous permet d'affirmer que le soutien social agit sur le fonctionnement des systèmes biologiques tels la fonction endocrinienne (Seeman, Berkman, Blazer et Rowe, 1994), la fonction cardiovasculaire (Uchino et al. 1996), la pression sanguine (Holt-Lunstad, Uchino, Smith, Cerny et Nealey-Moore, 2003) et également sur la capacité du système immunitaire à combattre les

maladies infectieuses (Cohen, Doyle, Skoner, Rabin et Gwaltney, 1997).

Les hormones et les neurotransmetteurs jouent un rôle physiologique important dans les maladies liées au stress et au processus de vieillissement. Ces aspects médiatisent les fonctions cardiovasculaires et immunitaires (Cohen, Kaplan et Manuck, 1994). Le cortisol est une hormone importante libérée en cas de stress, liée au processus de maladie et ayant des effets immunosuppresseurs. Mais actuellement, il n'existe pas suffisamment de preuve pour tirer des conclusions sur l'effet du soutien social sur cette hormone.

Par contre, il existe des recherches récentes (DeVries, Glasper et Detillion, 2003 ; Grewen, Girdler et Amico, 2005) sur le rôle de l'ocytocine en lien avec le soutien social. L'ocytocine est un neuropeptide connu pour son rôle sur la lactation et sur les contractions utérines de l'accouchement. Cette hormone paraît également varier en fonction des stimuli sociaux comme le toucher ou les massages, et possède un effet réducteur du stress et un effet anxiolytique. Parallèlement, elle semble promouvoir les interactions sociales. La libération d'ocytocines est associée avec la baisse des niveaux de cortisone, de pression sanguine, de l'activité du système nerveux sympathique, et avec l'augmentation de l'activité du système nerveux parasympathique. Ce serait donc une variable primordiale régulant les effets du soutien social sur le stress par son influence sur d'autres systèmes physiologiques (Knox et Uvnas-Moberg, 1998). Il existe donc un effet du soutien social sur la réactivité physiologique au stress démontré expérimentalement.

Cependant Bovard (cité par House, Landis et Umberson, 1988) a poursuivi ses recherches et a proposé une théorie psychophysiologique (Bovard, 1985) intégrant les processus internes et expliquant les liens entre relations sociales et santé. Cet auteur (op.cit., 1985) a passé en revue de nombreuses études ayant pour objet l'homme et l'animal. Les conclusions de ces études suggèrent que les relations sociales et les contacts, par l'intermédiaire de l'amygdale, activent la zone hypothalamique antérieure (stimulant la libération des hormones de croissance) et inhibent la zone hypothalamique postérieure (et donc la sécrétion d'hormones corticotropes – ACTH –, le cortisol, et les catécholamines).

En conclusion, que ce soit en situation de stress ou non, les relations sociales

sont associées à des changements positifs dans les états psychologiques qui influencent la réponse neuroendocrinienne. L'association entre soutien social et bonne fonction immunitaire est l'une des plus fortes remarquée par Uchino et al. (1996), surtout chez les personnes âgées. A l'inverse, les deuils sont suivis par une dépression immunitaire qui peut compromettre l'activité des cellules tueuses naturelles et l'immunité cellulaire, rendant ainsi les individus plus vulnérables (Herbert et Cohen, 1993). Ces processus immunitaires ont également des implications importantes sur les maladies cardiovasculaires et les processus de l'athérosclérose.

5-2-4.-Les modèles des ressources matérielles et informationnelles

L'intégration sociale favorise l'augmentation des ressources matérielles en lien direct avec les conditions de vie, et protège des risques d'exposition à des stressors grâce à l'apport d'informations ou de conseils. Tout ceci peut influencer l'adoption de mesures de prévention destinées à éviter les situations stressantes ou risquées.

5-2-4-1.-Tradition sociologique et liens avec la santé

De nombreux chercheurs se sont intéressés à l'étendue et à la qualité du réseau social en relation avec la santé physique, en particulier des études épidémiologiques sur la mortalité et la morbidité. L'impulsion de ces travaux a fait suite à la publication, en 1979, d'une étude longitudinale de Berkman et Syme. Pendant 9 ans, l'intégration sociale de 6928 habitants de l'Alameda County (Californie) initialement en bonne santé, a été mesurée. Les résultats montrent que le risque de mortalité des personnes ayant une faible intégration sociale est environ deux fois plus élevé que chez ceux qui sont socialement bien intégrés. D'autres études épidémiologiques ont fait suite à cette étude et ont permis de réitérer ces résultats décrivant un lien entre le manque d'intégration sociale d'une part, et la mortalité et/ ou morbidité d'autre part, que ce soient pour des personnes initialement en bonne santé ou déjà malades. Ces premières recherches ont montré que les individus isolés ont plus de probabilité de se suicider, ont des taux de mortalité par âge plus élevés, des taux plus importants de tuberculose, d'accidents ou encore de désordres psychiatriques que leurs contemporains intégrés dans un

réseau social ou mariés. De plus, il semblerait que les risques de santé associés avec des bas niveaux d'intégration sociale soient comparables avec les risques associés au tabagisme, à la tension, au cholestérol, à l'obésité et à l'activité physique (House et al. 1988).

5-2-4-2.-Approche cognitive et liens avec la santé

Les orientations majeures de ces travaux concernent l'effet des interactions sociales sur la mortalité, sur les maladies psychologiques et physiques, et sur l'ajustement et la récupération suite aux maladies chroniques.

Dans le cas de la santé mentale, le support social est censé maintenir la régulation des systèmes de réponse biologique, émotionnelle, cognitive et comportementale, et prévenir les réponses extrêmes associées avec les dysfonctions. Cette régulation intervient par la communication, les renforcements positifs ou négatifs, ou encore par l'aide au coping (Thoits, 1986). Les premières recherches ont démontré les effets amortisseurs du soutien émotionnel perçu dans divers domaines et diverses populations. Nous pouvons citer, à titre d'exemple, les tentatives de suicide des personnes endeuillées, la détresse chez les parents isolés, l'ajustement chez les étudiants, et la dépression.

L'état des connaissances actuelles permet d'affirmer que le soutien social a des aspects bénéfiques sur les systèmes cardiovasculaires, endocrinien et immunitaire. De plus, nous savons maintenant que (1) les comportements de santé ne sont pas les seuls responsables de cette association ; (2) l'effet amortisseur du soutien social sur le stress apparaît dans de nombreuses études ; (3) les sources familiales de soutien sont essentielles ; et que (4) le soutien émotionnel est une dimension particulièrement importante du soutien social (Uchino et al. 1996).

La mise en évidence de l'association entre liens sociaux et santé reste cependant difficile pour des raisons de conceptualisation et de mesure. En effet, l'expérience du support social et de l'intégration sociale est évolutive dans l'histoire de vie d'une personne (Tucker, Schwartz, Clark et Friedman, 1999). Il en résulte que les mesures à court terme sont plus sensibles au soutien social, tandis que les mesures à long terme sont plus influencées par le réseau social.

5-2-4-3.-Les processus socioculturels en lien avec le soutien social

Uchino (2004) suggère plusieurs niveaux d'analyse : la distinction entre cultures individualistes et cultures collectivistes, la « consonance » culturelle (intégration dans un groupe ethnique qui représente la source de soutien pour certains problèmes), l'importance du contexte socioculturel du groupe (immigration, difficultés économiques), et enfin le statut socioéconomique (SES). Il a été démontré qu'un niveau socioéconomique faible est associé avec des taux de morbidité et de mortalité plus élevés. Dans ce sens, une étude récente de Cohen, Doyle et Baum (2006) établit qu'un SES faible est associé avec une diversité moindre au niveau du réseau social et avec des comportements délétères pour la santé. Ces comportements et ces variables sociales médiatisent le lien entre le SES et trois hormones de stress (cortisol, catécholamine et noradrénaline).

5-2-4-3.-Les processus liés aux différences individuelles et caractéristiques personnelles

Ce niveau d'analyse réfère aux différences individuelles en relation directe avec la recherche de soutien social, la disponibilité perçue ou reçue du soutien, et la façon dont les membres du réseau fournissent ou réagissent à la recherche de soutien. Le besoin de support (*the need of support*) est également une variable discriminative pour Schwarzer et Schultz (2000) qui soutiennent qu'il est nécessaire, pour caractériser la situation d'un individu en termes de support, de savoir quels sont ses besoins. En effet, certains individus préfèrent être autonomes et maîtriser la situation sans l'aide d'autrui, et ne recourir au soutien qu'en cas de difficulté extrême. D'autres sont plus dépendants et expriment un besoin très fort de support ; ce besoin est positivement associé avec le support reçu (environ .30).

Si les traits de personnalité n'expliquent pas en totalité les effets du soutien social, ils peuvent avoir un effet indirect. Par exemple, une étude de Pedersen, Middel et Larsen (2002) sur des patients cardiaques a montré que les traits de personnalité semblent avoir un effet médiateur sur le soutien social et ses effets sur le stress, ainsi que sur les problèmes de santé.

D'autre part, les bénéfices liés au soutien social dépendaient des caractéristiques de l'aidant (*provider*), de celui qui reçoit le soutien (*recipient*) et de l'environnement. Ainsi, Dunkel-Schetter, Folkman et Lazarus (1987) ont montré

chez 75 couples mariés que l'estimation du soutien émotionnel reçu était en lien avec les caractéristiques personnelles des personnes aidées, que l'évaluation du soutien informationnel était liée aux stratégies de coping utilisées et que le soutien matériel était en relation avec les caractéristiques du stresser. Les auteurs (op.cit., 1987) en concluent que ces dimensions du soutien social sont des construits distincts dépendants d'autres variables.

5-2-4-4.-Les différences de genre

Dès leur jeune âge, les filles développent davantage de relations proches que les garçons qui se retrouvent plutôt en groupe. A l'âge adulte, les femmes fournissent également plus de support émotionnel aux hommes comme aux femmes, et reçoivent ainsi plus d'aide en retour (Klauer et Winkeler, 2002, cités par Schwarzer et al. 2003). Ces différences s'expliqueraient par le fait que les femmes seraient plus empathiques, expressives, et révéleraient plus facilement leurs émotions.

Les chercheurs s'accordent également sur l'existence de différences de genre dans le soutien social étudié en référence à la vie maritale. Les épouses sont souvent les principales et uniques confidentes de leur mari, alors que les femmes ont des relations proches en plus de leur mari. Il semblerait également que ce soient les femmes qui maintiennent les relations sociales à l'extérieur du couple. En cas de veuvage, Stroebe et Stroebe (1983) montrent que les veuves reçoivent davantage de soutien que les veufs, mais ce n'est pas cette différence qui explique les disparités en termes de conséquences sur la santé (les hommes souffrent davantage). En réalité, ce sont les différences au niveau des stratégies de coping utilisées par les femmes (davantage orientées sur les stratégies de confrontation et l'expression des émotions) qui seraient le facteur explicatif (Stroebe, Stroebe et Schut, 2001). Les relations sociales apparaissent également particulièrement importantes pour les femmes en influençant le recours au soin.

CHAPITRE 3 : MEMOIRE, FONCTIONS EXECUTIVES, ATTENTION VISUELLE ET GLOBALE

1.-LA MEMOIRE

Poirel et Al (2020) examinent la question de la mémoire. Pour eux, chaque type de mémoire et les fonctions exécutives se mettent en place à une période précise du développement de l'enfant. Dès lors, l'objectif de cette étude est de présenter le développement de la mémoire sous un angle neuropsychologique permettant de conjuguer les apports des neurosciences et de la psychologie.

1-1.-Mémoire : définition

Selon le dictionnaire de l'académie de médecine, la mémoire est « la fonction mentale qui permet d'encoder, de stocker et de récupérer des informations très diverses ». Elle consiste donc à garder des souvenirs en tête afin de les récupérer et les utiliser. Notre mémoire est influencée par de nombreux paramètres comme notre mode de vie, nos émotions, ou encore notre environnement. La mémoire renvoie aux apprentissages. Elle est un système de stockage et de récupération des informations qui nous permet de reconnaître, de nous repérer et d'évoluer dans le monde qui nous entoure. Dans le système amnésique, les informations traitées superficiellement se mémorisent moins bien que celle traitées en profondeur. Plus il y a association entre la nouveauté et ce qui est connu, plus il y a apprentissage. Dans le système numérique, les infos traitées superficiellement se mémorisent bien moins que des infos traitées en profondeur et associées à des connaissances existantes. Plus il y a d'associations entre nouveauté et ce qui est déjà connu, meilleur est l'apprentissage. Si vous remarquez un nombre de 6 à 7 chiffres et vous fermez les yeux, vous pouvez le répéter assez brièvement. Si vous faites le même exercice et vous pensez à l'ensemble de vos tâches journalières, vous serez probablement incapable de répéter le nombre que vous avez par ailleurs pu répéter dans un premier moment si le temps qui s'écoule entre le 1er exercice (observés et lire le nombre) et le moment où l'on veut s'en rappeler est relative long probablement vous ne serez plus à mesure de vous rappeler de ce nombre. Elle représente l'accès à des états mentaux antérieurs (ou ultérieurs) et à la quantité d'informations qui doivent être à disposition pour les actions de la vie de

chaque jour (reconnaitre autrui, raconter, préparer un repas, se déplacer, etc.), ainsi que pour des actions moins fréquentes.

1-2.-Les mémoires à court et à long terme

Les étapes de mémoire impliquent une sélection des informations, leur maintien transitoire et un éventuel maintien à long terme, avec la possibilité d'un accès ultérieur. A cet effet, on retrouve deux grands ensembles de mémoire qui se distinguent par la quantité d'informations stockées et la durée de maintien de ces dernières. En outre, nous avons la mémoire à court terme (la mémoire de travail) qui permet de maintenir dans un temps limité moins d'une dizaine d'informations chez l'adulte. Le modèle de mémoire de travail proposé par Baddeley en 2000 comprend un administrateur qui coordonne trois systèmes esclaves : le calepin vision spatial, le buffer épisodique et la boucle phonologique. Ces systèmes esclaves gèrent également le passage en mémoire à long terme. Le calepin visuo-spatial est le sous -système qui maintient en mémoire les informations visuo-spatiales et les images mentales. Il fonctionne de manière similaire à la boucle phonologique. Il est constitué d'un espace de stockage pour les informations visuelles et spatiales et d'une boucle de répétition. A titre d'illustration : pour trouver la pièce de puzzle dont il a besoin, Dimitri se crée une image jusqu' au moment où il la reconnaît parmi les autres pièces. Par contre la boucle phonologique est le sous -système qui maintient en mémoire les informations verbales entendues ou lues. Comme exemple nous avons : Ségué vient de rechercher un numéro de téléphone dans le bottin, il va probablement le répéter mentalement tout en décrochant le combiné et en le composant. Les informations verbales sont conservées pendant plus ou moins 2 secondes dans un stock. Passé ce délai, les informations commencent à s'effacer. Pour garder les informations plus longtemps, il est nécessaire de les répéter mentalement. Les informations peuvent dès lors être conservées pendant quelques secondes supplémentaires puis à nouveau être réintroduites dans le stock et ainsi de suite.

Le buffer épisodique permet l'association d'informations issues de différentes sources (verbales, visuelles, etc.) en une représentation cohérente et intégrée dans un espace-temps, et est impliqué dans le stockage temporaire de cette représentation multimodale. C'est un espace « tampon », à l'interface entre la mémoire de travail et la

mémoire épisodique, en lien également avec le langage et le fonctionnement attentionnel. En ce sens, il est indispensable à l'encodage et à la restitution de souvenirs épisodiques.

1-3.- La mémoire à long terme

Cette dernière renferme plusieurs types de mémoire (la mémoire perceptive, la mémoire procédurale, la mémoire sémantique et la mémoire épisodique) et sous – tend une quantité presque illimitée d'informations et pendant des durées beaucoup plus longues. On pourrait penser qu'il serait fantastique de se rappeler sans effort de l'intégralité, ou presque, de son passé mais des études de cas révèlent que la capacité de se souvenir de tout. Par exemple, se rappeler en détail de ce que l'on a fait un jour spécifique de chacune des dix dernières années est un très lourd fardeau. Sans l'élimination normale des souvenirs sans importance, une mémorisation continue et parfaite peut devenir incontrôlable, perturbante et épuisante (Luria, 1987 ; Parker et al, 2006). Elle a besoin de se construire mais aussi se conserve longtemps. Lorsqu'une question est posée de savoir le nom d'une capitale d'un grand pays bien connu et dire quand vous avez appris cela, dans la quasi-totalité des réponses, la capitale est connue, mais le moment dans votre vie où vous avez appris pour la première fois cela vous échappe. Vous reprenez l'information sur ladite capitale sans vous rappeler des circonstances de l'apprentissage.

Le terme de mémoire perceptive renvoie à une forme de mémoire à long terme impliquée dans l'encodage, le stockage et la récupération des différentes représentations perceptives, et ce indépendamment de leur sens, telles que la forme d'un objet, le son d'une voix, le goût d'un aliment, etc. Mobilisée le plus souvent de manière inconsciente et à notre insu, c'est une mémoire dépendante du développement des différents systèmes perceptifs et de leurs substrats cérébraux. Dès le plus jeune âge, elle permet au bébé d'enregistrer les différentes informations perceptives auxquelles il est exposé. Par exemple, elle lui permettra de mémoriser et donc de reconnaître la voix de sa mère, la forme de son visage, mais l'association entre ces deux informations reposera sur le développement ultérieur de processus mnésiques et cognitifs plus élaborés. Cette mémoire est d'une grande utilité dans la vie quotidienne : elle nous aide à nous repérer dans un trajet familier, à reconnaître la voix d'une

personne familière derrière une porte ou encore à choisir rapidement notre pull préféré parmi nos vêtements. Une autre caractéristique majeure de cette mémoire est qu'elle permet sans effort cognitif d'identifier rapidement une information perceptive déjà rencontrée, y compris lorsque celle-ci est dégradée ou incomplète. La mémoire sémantique renvoie à l'ensemble des connaissances générales que nous avons sur le monde et sur nous-mêmes : « Je sais que Bamako est la capitale du Mali », « Je sais qu'un chien à quatre pattes ». Cet état de conscience, dit noétique, s'associe au rappel en mémoire sémantique et permet d'accéder à l'ensemble des connaissances générales sans se souvenir du contexte dans lequel elles ont été encodées (« Je sais que... »). La mémoire sémantique est centrale dans le fonctionnement cognitif : elle est essentielle à la production et à la compréhension du langage, et sous-tend la construction de notre autobiographie. Le développement des connaissances sémantiques porte sur un traitement perceptif chez le jeune enfant. L'enfant devient progressivement conscient de son environnement et est capable de créer et de manipuler des représentations mentales d'objets sans qu'ils soient perceptivement présents autour de lui. L'apparition du langage à la fin de la première année aura un rôle très important dans le développement et la structuration de ces connaissances. La mémoire épisodique renvoie à la capacité d'encoder, de stocker et de récupérer les souvenirs conscients d'événements personnellement vécus, situés dans leur contexte spatial et temporel d'acquisition (Tulving, 1984). Elle permet à l'individu de « voyager mentalement dans le temps », de revivre mentalement les expériences passées et de se projeter dans l'avenir (Tulving, 2002). Elle donne l'impression de se réinstaller au cœur de l'événement vécu, tout en sachant que celui-ci appartient au passé « Je me souviens de ma soirée au restaurant samedi dernier », j'ai l'impression de revivre certains éléments de la scène. Les mécanismes en jeu dans la mémoire épisodique sont également très proches de ceux qui nous permettent d'envisager des événements plausibles dans le futur : « J'irai en Côte d'Ivoire aux vacances prochaines » La mémoire épisodique telle qu'elle est définie chez l'adulte se développerait tardivement, autour de 4 ou 5 ans, s'appuyant notamment sur les autres systèmes de mémoire et une maturation prolongée des structures cérébrales, y compris frontales, associées à son fonctionnement. Elle se développe aussi par La formation de nouveaux souvenirs

implique l'association de plusieurs informations verbales et non verbales de modalités différentes : spatiales, temporelles, émotionnelles, visuelles, auditives, olfactives, etc. La mémoire de travail et les fonctions exécutives jouent ainsi un rôle important dans la formation de traces épisodiques. Les liens entre la mémoire de travail et la mémoire épisodique ont d'ailleurs été conceptualisés par le buffer épisodique dans le modèle de Baddeley (2000). Le langage a également une place prépondérante dans la formation ou la reconstruction des traces épisodiques. Les travaux expérimentaux consacrés à la théorie de la profondeur du traitement (Craik & Lockhart, 1972) ont souligné le rôle déterminant lors de l'encodage des mécanismes d'association avec ses propres connaissances ou avec des connaissances sémantiques générales, qui s'effectuent souvent par le biais du langage. Les études sur la perception/estimation du temps de Faber et Gennari (2015) ont également montré que le vocabulaire employé oriente la construction du souvenir : quand nous lisons « La police a arrêté le suspect » ou « La police détient le », suspect nous inférons que le second événement est plus long que le premier. Le langage est aussi très présent au moment du rappel. La modalité verbale est très fréquemment utilisée dans l'évaluation des capacités de mémorisation, de façon expérimentale ou en clinique. De la même manière, le rappel des souvenirs épisodiques est influencé par la structure langagière.

Aussi, le développement des compétences perceptives jouerait un rôle important lors de l'encodage et la récupération d'informations en mémoire. La mémoire procédurale est le système de stockage des règles de fonctionnement permettant la mémorisation des savoir-faire ; elle est indissociable de l'action. Elle est constituée d'automatismes sensori-moteurs et cognitifs, difficilement verbalisables, qui sont récupérés de façon inconsciente lors d'actions (faire du vélo, du ski, résoudre une équation). La mémoire procédurale est à différencier de l'apprentissage procédural, phase parfois très longue, qui conduit à l'automatisation d'une procédure et qui met en jeu des systèmes cognitifs variés. Sa mise en place est précoce et son développement rapide entre 0 et 3 ans. Efficace dès les premiers mois de la vie, la mémoire procédurale constitue le socle du développement des fonctions cognitives et des apprentissages. Alors que nous pouvons verbaliser le contenu de la mémoire épisodique et de la mémoire sémantique, nous remarquons qu'il paraît plus difficile de

le faire avec la mémoire procédurale. Par conséquent la prochaine distinction importante dans notre système de mémoire est celle entre une mémoire déclarative (verbalisées) et la mémoire non déclarative (difficile d'être ou à être verbalisée) certains scientifiques utilisent pour cette distinction les termes « explicites » et « implicites » (pour ce qui est de la mémoire non déclarative). La mémoire déclarative peut être divisé en plusieurs sous type et l'un de ses sous types est la mémoire procédurale. La mémoire déclarative et la mémoire non déclarative sont traitées différemment par le cerveau. L'hippocampe a un rôle central dans la mémoire. Il identifie tout d'abord la nature des informations. Ensuite, il fait le lien entre les indices afin de faire remonter les souvenir associés à ces indices dans sa globalité. Il sert de carrefour puisqu'il transmet notamment les informations au cortex qui stocke les souvenirs sur le long terme. L'hippocampe est donc essentiel dans la restitution des souvenir, mais aussi dans leur consolidation avec lobe frontal, l'hippocampe est le siège de la mémoire épisodique. La mémoire sémantique est assurée par des zones étendues du cerveau, notamment par les lobes temporaux et pariétaux. Le cervelet jouerait un rôle important plutôt dans la mémoire sémantique. Notre cerveau est composé de l'amygdale qui est le siège de nos émotions. Notion que toutes ces zones communiquent et jouent ensemble un rôle dans notre mémoire.

Mais il y'a certains types de mémoire à long terme qui se mettent en place soit à la période embryonnaire soit à celle de 0 à 6 ans. Ici, il s'agit de la mémoire perceptive et la mémoire procédurale. Les deux autres types se mettent en place avec l'usage du langage. Par contre, la mémoire de travail se met en place dès la naissance.

2.-Les fonctions exécutives

2-1.-Fonctions exécutives : définition

Les fonctions exécutives se mettent en place entre 3 à 6 d'où l'apparition de « la théorie de l'esprit » (selon Diamond (2006), elle se définit comme étant la capacité à comprendre ses propres états mentaux et ceux des autres). Les fonctions exécutives sont décrites comme des processus mentaux dits « top-down », processus de contrôle requis pour s'adapter et réagir à toute situation nouvelle. Elles pourront être définies comme étant les processus mentaux nécessaires lorsque l'on doit porter attention à notre comportement et que les comportements habituels, plus automatiques,

ne sont pas adaptés (par exemple dans une situation nouvelle ; Diamond, 2013). Les fonctions exécutives permettent de poursuivre un objectif lorsque de la distraction ou des réponses habituelles doivent être inhibées. Le rôle des fonctions exécutives est de réguler, coordonner et séquencer les actions en fonction d'objectifs. A nouveau, des modèles taxonomiques et neuroscientifiques ont été proposés pour décrire le fonctionnement exécutif.

Les fonctions exécutives se déclinent selon les modèles en différentes habiletés, telles que les processus d'inhibition, de flexibilité mentale et même de mémoire de travail. Selon le modèle développemental de Diamond publié en 2013, l'inhibition peut être synonyme de contrôle inhibition, renvoyant au contrôle des interférences interne (dans le cas de la mémoire, cela concerne nos pensées et souvenirs) et externes (attention sélective ou focalisée sur une information, en essayant de résister aux autres sources d'informations parasites pouvant interférer, comme écouter l'enseignant et inhiber le bavardage du voisin !) à l'inhibition d'une action ou d'un comportement (contrôle de soi). Elle est aussi la capacité à empêcher les interférences, c'est à dire à empêcher des pensées (inhibition cognitive), des stimuli (attention sélective ou focale) ou des réponses inadaptées (inhibition de réponse) d'interférer avec le comportement désiré. C'est également la capacité à arrêter en cours d'exécution une action devenue inadaptée. Comme mentionné, cette fonction recouvre en partie la notion d'attention sélective.

2-2.-Fonctions exécutives et résolution des problèmes

La flexibilité mentale se définit comme la capacité à passer alternativement d'une perspective à une autre, d'une opération cognitive à une autre, à se désengager d'une tâche pour en traiter une autre, à passer d'un exercice à un autre. Même si certains modèles suggèrent que ces fonctions exécutives sont encore indifférenciées jusqu'à l'âge de 5 ans, la période entre 3 et 5 ans est cruciale dans l'émergence de ces différentes fonctions. Après l'âge de 5 ans, la mémoire de travail et la flexibilité cognitive vont marquer une évolution importante, suivies par d'autres fonctions plus complexes telles que le raisonnement, la résolution de problème ou encore la planification. Cette dernière renvoie à la capacité à élaborer mentalement un plan afin d'atteindre un but ou de résoudre un problème. Planifier requiert d'élaborer différents

plans d'action, de choisir le plus adapté, de le mettre en œuvre et d'être capable de changer de plan lorsque celui en cours n'est plus adapté. Un trouble de planification se manifestera par une difficulté à organiser son activité lors de situations complexes requérant la mise en place d'un plan d'action, par exemple en fixant des dates ou des échéances relatives à chaque étape. ***Le raisonnement et la résolution de problème*** du modèle de Diamond sont, d'après elle, équivalents à la notion *d'intelligence fluide*. Cette forme d'intelligence renvoie à la capacité à raisonner, résoudre des problèmes et percevoir des relations entre éléments. Elle inclut à la fois le raisonnement logique inductif (capacité à travailler de manière flexible avec des informations inconnues et à trouver des solutions) et déductif (établir une inférence menant d'une affirmation générale à une conclusion particulière). L'intelligence fluide est la capacité à découvrir les relations abstraites sous-tendant des analogies. Un trouble de l'intelligence fluide entraîne une incapacité à inférer des relations abstraites ou à résoudre des problèmes nouveaux. Les modèles neuroscientifiques récents utilisent le terme de *contrôle cognitif* pour désigner le fonctionnement exécutif et distinguent plusieurs composants au sein de ce système.

1-3.-La mémoire et ses supports neuropsychologiques

1-3-1.-Maturation des organes et mémoire

L'environnement socio-économique favorise aussi à la mise en place de la mémoire épisodique. La mise en place des différentes mémoires s'explique aussi du point de la neurogène. La maturation de presque toutes les parties du cerveau se fait jusqu'à la naissance. Mais sauf l'hippocampe et le cortex frontal (siège de la mémoire). La première partie mature entre 0 à 2 ans et l'autre partie commence sa maturation dès l'âge de 4 ans et s'achève à l'adolescence. Et en plus, les études en IRM fonctionnelle apportent des données complémentaires sur le réseau impliqué dans le développement de la mémoire. Concernant l'hippocampe par exemple, entre 4 et 25 ans, le volume de la partie antérieure de l'hippocampe diminue, alors que celui de l'hippocampe postérieur augmente (Gogtay *et al.* 2006 ; Insausti *et al.*, 2010), suggérant que l'hippocampe antérieur devient fonctionnellement spécifique pour l'encodage et le rappel en mémoire épisodique au début de l'adolescence. Chez les adultes et les enfants de 14 ans, l'hippocampe antérieur est spécifiquement associé à

l'encodage en mémoire épisodique : son activité prédit la collection des items. Chez les enfants de 8 ans, l'activité de l'hippocampe antérieur prédit la reconnaissance ultérieure des items mais pas leur recollection (Ghetti *et al.* 2010). Concernant le rappel de souvenirs épisodiques, il est associé à l'activation de l'hippocampe antérieur chez les adultes et à l'activation de l'hippocampe postérieur chez les enfants de 8 à 11 ans (De Master & Ghetti, 2013 ; figure 2.5). La partie antérieure de l'hippocampe sous-tendrait l'encodage et le rappel des représentations flexibles de l'événement, alors que l'hippocampe postérieur serait impliqué dans la création et la récupération d'une représentation perceptive plus stricte de l'événement (Giovanello *et al.* 2009). Cela concorde avec les observations comportementales montrant que le rappel épisodique des enfants est moins flexible que celui des adultes, et plus dépendant de la répétition exacte de l'événement et de son contexte d'encodage. En outre, le cortex préfrontal est une autre région incontournable intervenant dans l'encodage de souvenirs épisodiques. Il sous-tend la mobilisation de la mémoire de travail, des fonctions exécutives, et ainsi les stratégies permettant de manipuler et d'encoder des informations de manière optimale. En effet, on retrouve le recrutement de ces régions lors de l'encodage de l'information qui sera ensuite correctement rappelée à la fois chez l'adulte (Brewer *et al.* 1998) et chez l'enfant (Ghetti *et al.* 2010 ; Güler & Thomas, 2013 ; Ofen, 2012 ; Ofen *et al.*, 2007). La maturation de cette région se fait tardivement : l'élagage synaptique commence vers l'âge de 11 ans et se poursuit jusqu'à l'âge adulte (Shaw *et al.* 2008). Aussi, au cours du développement, le cortex préfrontal est de plus en plus recruté lors de tâches de mémoire épisodique (Ofen *et al.* 2007). Le cortex préfrontal joue également un rôle critique dans la mémorisation des aspects contextuels (rappel de la source) associés au souvenir épisodique (Janowsky *et al.* 1989). L'activation du cortex préfrontal corrèle également avec l'augmentation des performances de recollection des détails d'un souvenir, mesurées par une tâche de rappel de la source, entre les âges de 8 et 24 ans (Ofen *et al.* 2007). Cette maturation s'explique aussi par l'augmentation du volume de la substance grise observé chez l'enfant, et puis une diminution de cette même substance au cours de l'adolescence. Par contre, le volume de la substance blanche augmente globalement linéairement jusqu'à l'âge adulte (Giedd *et al.* 1996 ; Jernigan *et al.* 1994 ; Reiss *et al.* 1996). Vu le

phénomène d'élagage synaptique et la création de nouvelles associations de neurones, l'adulte ne peut pas se souvenir des événements passés entre 0 et 3 ans. Mais, entre 4 et 5 ans, il y a certaines traces de souvenir des événements. Freud (1905) qualifie ce phénomène « d'amnésie infantile ». Il pensait que l'amnésie sur les premières années de notre vie était due au refoulement de la sexualité infantile. Selon lui, cette amnésie durait jusqu' à la puberté. Or, cette théorie est infirmée par les recherches en neurosciences. Le phénomène d'amnésie infantile est un des résultats de la construction de la mémoire et du langage et se produit sur une période où l'enfant ne peut pas mettre de mots sur ses expériences personnelles et ne peut les raconter. Les adultes peuvent rappeler les souvenirs d'enfance, dont les plus anciens remontent à l'âge de trois ou quatre ans, lorsqu'on peut le vérifier. Selon l'hypothèse neurodéveloppementale, la maturation des régions cérébrales indispensables à la constitution de la mémoire autobiographique, et notamment des régions préfrontales, ne serait pas suffisante chez le très jeune enfant pour organiser et maintenir les traces des expériences vécues. Il ne serait donc pas en mesure d'encoder et donc de restituer le souvenir et sa source (le lieu et le moment où l'événement s'est déroulé). Les régions préfrontales suivent en effet une lente maturation jusqu'à la fin de l'adolescence. Cette immaturité pourrait également expliquer pourquoi l'oubli se révèle d'autant plus important que l'enfant est jeune. Les premières études qui ont révélé ce phénomène ont été réalisées en 1962 chez le rat par Campbell et Campbell. Ces auteurs ont réalisé un conditionnement de peur (délivrance de décharges électriques lors du passage de l'animal an une partie de la cage) sur plusieurs centaines de rats âgés de 18 à 100 jours, puis ils ont testé le maintien de ce conditionnement après 7, 21 et 42 jours. Ils ont observé qu'après 42 jours, seuls les rats les plus vieux continuaient à éviter l'espace où ils avaient reçu les décharges électriques, contrairement aux rats de 18 et 23 jours, qui passaient une grande partie de leur temps dans l'espace de conditionnement. Chez ces jeunes rats, le conditionnement avait effacé de leur mémoire. Depuis, ce résultat a été étendu à plusieurs espèces, y compris à l'Homme. Plus le cerveau est immature, plus les liens entre les différents éléments qui composent le souvenir (lieu, date, contexte, etc.) sont fragiles, ce qui expliquerait que celui-ci soit plus facilement oublié. Les études chez le rat montrent également que

cet oubli ne semble pas lié aux conditions de l'apprentissage. En effet, l'entraînement à répéter une expérience ne compense pas l'oubli des souvenirs chez les plus jeunes.

1-3-2.-Mémoire et évaluations neuropsychologiques

La mémoire nécessite certaines évaluations pour le bien-être et l'encadrement de l'individu. La mémoire épisodique est affectée dans de nombreuses pathologies de l'enfant. Ces pathologies peuvent être acquises, par exemple dans un contexte d'épilepsie temporale (Jambaqué *et al.* 1993), ou des suites d'un traumatisme crânien (Levin & Eisenberg, 1979). Des troubles de la mémoire peuvent également se retrouver dans un contexte de pathologies neurodéveloppementales, telles que les troubles du spectre de l'autisme (TSA) ou les troubles spécifiques des apprentissages (troubles spécifiques du langage ; Majerus, Vrancken & Van der Linden, 2003). Parmi ces dernières, même si la mémoire n'est pas au centre de la symptomatologie, elle est souvent perturbée par les difficultés caractéristiques des troubles neurodéveloppementaux, et peut représenter un axe de travail pertinent dans l'élaboration de programmes de remédiation cognitive (Wantzen *et al.* 2018, pour un exemple dans l'autisme). Son évaluation est donc primordiale dans la prise en charge des troubles cognitifs de l'enfant et de l'adolescent. C'est la neuropsychologie qui s'occupe principalement de l'évaluation de la mémoire chez les individus. Elle est une science, à la croisée des neurosciences et de la psychologie cognitive, qui permet d'établir des liens entre le fonctionnement cognitif, le comportement et les structures cérébrales. Une partie de la recherche en neuropsychologie permet le développement d'outils d'évaluation des fonctions cognitives telles que la mémoire (Guillery-Girard *et al.*, en préparation), mais également l'actualisation ou l'adaptation de tests préexistants. La neuropsychologie clinique s'intéresse quant à elle à l'évaluation du fonctionnement cognitif, afin de contribuer à la démarche diagnostique de troubles cognitifs tout au long de la vie. Chez l'enfant et l'adolescent, l'évaluation de la mémoire s'inscrit dans le cadre d'une évaluation complète du fonctionnement cognitif. Cette évaluation est, dans la plupart des cas, menée par un(e) psychologue spécialisé(e) en neuropsychologie, formé(e) notamment à l'administration et à l'interprétation des tests cognitifs. Ces tests dits « standardisés » permettent de situer les performances de l'enfant par rapport à la moyenne correspondant à sa classe d'âge,

c'est-à-dire par rapport aux performances qui sont « normalement » attendues pour son âge. L'approche développementale inhérente à l'évaluation de la mémoire chez l'enfant et l'adolescent nécessite de prendre en compte le développement des autres fonctions cognitives (langage, praxies, fonctions exécutives et attentionnelles, etc.), notamment afin d'identifier la possible présence de troubles spécifiques des apprentissages. C'est en ce sens que l'évaluation de la mémoire chez l'enfant et l'adolescent se doit d'être réalisée dans le cadre d'une évaluation complète du fonctionnement cognitif, afin de permettre une interprétation pertinente des résultats obtenus aux épreuves de mémoire. La première étape de l'évaluation de la mémoire va reposer sur la réalisation d'un entretien préalable à l'administration des tests. Cet entretien appelé « anamnèse » est réalisé en présence de l'enfant et des parents. Outre l'utilité de cet entretien pour la récolte de renseignements concernant le développement de l'enfant et les difficultés qu'il rencontre, cette étape est nécessaire afin de constater la présence (ou non) de plaintes mnésiques qui pourront être verbalisées par l'enfant et/ou par ses parents. Cet entretien sera également l'occasion de procéder à une première évaluation qualitative de la mémoire autobiographique de l'enfant grâce à l'utilisation de questions simples et adaptées à son âge (« Qu'as-tu mangé ce matin au petit-déjeuner/hier soir au dîner ? »). L'utilisation de questionnaire d'évaluation standardisé est encore peu répandue et pourrait permettre de récolter des mesures pertinentes au cours de l'anamnèse. Une équipe de recherche a notamment développé un questionnaire d'évaluation écologique de la mémoire en français pour des enfants âgés de 5 à 12 ans (Geurten, Majerus, Lejeune, Catale, 2018), qui pourrait permettre d'apporter des mesures complémentaires aux résultats aux tests psychométriques. L'évaluation de la mémoire s'articule principalement autour de la recherche de dissociations entre les performances obtenues aux différents tests qui permettent d'évaluer différents processus mnésiques. Ainsi, l'évaluation permettra de comparer les performances aux tests en fonction du canal afférent (visuel, auditif), du type d'apprentissage (simple, associatif), des modalités de restitution de l'information (libre, indicé, reconnaissance), ainsi que du délai de rétention de l'information (rappel immédiat, rappel différé). L'élaboration d'un tableau clinique est possible grâce à l'utilisation de batteries d'évaluation et/ou d'épreuves spécifiques normées élaborées à

partir des modèles théoriques des systèmes de mémoire. Mais, chez l'adulte, et plus encore chez l'enfant, les outils actuellement disponibles évaluent principalement les capacités de mémorisation, de façon intentionnelle dans la plupart des cas, et de restitution explicite d'un matériel verbal ou non verbal avec des procédures classiques de rappel libre, de rappel indicé ou de reconnaissance. Loin de la définition de ce système de mémoire, ils ne permettent donc pas d'en explorer tous les aspects tels que les capacités de reviviscence – ou conscience autonétique – et le contexte d'encodage. En outre, le rappel différé d'informations ne dépasse jamais une heure, ce qui limite l'évaluation des processus de stockage (consolidation) à plus long terme. Les batteries d'évaluation, de même que les épreuves spécifiques qui seront décrites à la suite, sont les principaux outils actuellement à la disposition du neuropsychologue pour établir un profil mnésique chez l'enfant et l'adolescent.

2.-L'ATTENTION VISUELLE GLOBALE LOCALE

2-1.-Les fondements de la problématique

Poirel (2020) examine la question de l'attention visuelle globale/locale. Il pose le problème de la genèse des mécanismes attentionnelles local/global de 4 ans à l'âge adulte. Il a montré que lorsqu'un enfant doit indiquer le plus rapidement possible si deux figures hiérarchiques sont identiques ou non, les plus jeunes fondent leurs jugements sur les informations locales : ils font peu d'erreurs dans les situations présentant des différences locales. Inversement, les erreurs pour les différences globales sont significativement plus nombreuses (Poirel, Mellet et al. ,2008). Pour ce faire, il s'inspire des travaux de Vurpillot (1968), Navon (1977), Sergent (1982), Changeux (1983)

Pour Vurpillot (1968), les deux expériences qui sont présentées ont pour objet l'étude de la différenciation perceptive telle qu'elle peut être mesurée par l'exactitude des réponses « pareilles » ou « différentes » données à la suite d'une comparaison entre deux dessins. Dans ce type d'expériences, la réponse « pareille » est correcte lorsque les objets comparés sont objectivement identiques et ne comportent aucune différence perceptive de quelque ordre qu'elle soit. Dès qu'il y a présence d'une différence perceptible, le jugement « différent » est le seul adéquat. En présentant un nombre égal de paires de dessins identiques, on élimine la possibilité d'attribuer

l'existence d'une réponse préférentielle, « différent » par exemple à une fréquence d'apparition plus forte de la catégorie correspondante.

2-2.-L'activité d'exploration visuelle

Un certain nombre d'hypothèses peut être fait quant à l'influence d'une insuffisance de l'activité d'exploration visuelle sur la performance dans une telle tâche. Lors de la comparaison de deux dessins objectivement différents, une réponse exacte ne peut être donnée à la suite d'une exploration partielle que si au moins une des différences se trouve dans la zone explorée. Plus le nombre de différences sera grand et plus elles seront dispersées, plus elles auront de chances d'être vues. On devrait donc prédire une augmentation du nombre de bonnes réponses avec le nombre de différences objectives. Une telle hypothèse a déjà été testée dans une expérience précédente (Vurpillot et Zoberman ,1965), mais le matériel utilisé laissait place à l'influence de trop nombreux facteurs tels que le nombre total d'éléments présents, communs ou différent, la nature de ces éléments et leurs intérêts pour l'enfant, et les résultats obtenus n'ont pas eu la netteté désirable. Dans le cas où le sujet procède à une exploration dont l'étude est proportionnée aux exigences de la tâche, on peut prévoir qu'il lui faudra plus de temps pour décider que deux dessins sont identiques que pour juger qu'ils sont différents. Il lui faut en effet avoir éliminé toute possibilité de différences et d'avoir procédé à une exploration totale pour répondre « identique » alors qu'il peut répondre « différent », dès qu'il rencontre une différence. Pour la même raison, plus les différences objectives sont nombreuses, plus il faudra de temps pour une exploration partielle et se contenter de juger de l'ensemble à partir d'un échantillon, cette exploration ne sera pas adaptée.

En ce qui concerne Navon (1977), il se pose la question de savoir si la priorité de traitement de la structure globale dépend – elle de processus perceptifs ou post – perceptifs ? Afin d'aborder cette question controversée, il dit : « nous avons étudié le phénomène de supériorité de la structure globale pour deux sortes d'objets visuels : ceux auxquels le sujet prête attention et ceux situés hors de la zone focale de l'attention ». Les résultats de la première étude démontrèrent que la supériorité de la structure globale est observée seulement pour les objets pertinents auxquels le sujet est attentif. Ce résultat suggère que la supériorité de la globale est davantage influencé par

les processus post – perceptifs que par les processus perceptifs. Par ailleurs, on constate que l'ampleur du traitement accordé au niveau structurel d'un objet non pertinent est déterminée par l'état attentif du sujet dans la deuxième expérience, nous avons étudié les mécanismes qui influencent le traitement de l'objet non pertinent. Les suggèrent que l'identification de la structure globale d'un objet non pertinent relève de mécanismes différents de ceux responsables de l'identification de sa structure locale.

Observer le monde qui nous entoure implique une focalisation de l'attention soit sur une vision d'ensemble d'une scène. Soit sur un élément particulier de cette même scène. Ces deux fonctions renvoient à deux mécanismes distincts : dans le premier cas, on parle de traitement global, et dans le second, de traitement local. On peut ainsi observer soit une forêt, soit les arbres qui la composent. Mais percevons – nous d'abord les arbres ou la forêt ? Afin de répondre à cette question et d'étudier les processus de traitement global et local, Navon (1977) a élaboré des figures dites hiérarchiques dans lesquelles des éléments locaux sont arrangés en une configuration globale. Ces figures de laboratoire présentent l'avantage d'avoir deux niveaux de traitement bien distincts, identifiables : par exemple au niveau global la lettre « h » et au niveau local la lettre « s ». De plus, ces deux niveaux présentent des mécanismes identificatoires indépendants : à partir d'un élément local, il est impossible de prédire quelle sera la forme présentée au niveau global et vice versa les résultats de l'étude de Navon ont révélé qu'un adulte est plus rapide et efficace pour identifier le niveau global que le niveau local. Cette priorité du traitement global est ce que l'on a coutume d'appeler l'avantage global. En outre, l'information présentée au niveau global peut perturber le traitement de l'information locale, ce que l'on qualifie d'interférence globale (ce qui n'est pas vrai pour l'inverse). Cette double constatation amène le concept général d'effet de précedence globale, ce qui a conduit Navon (2003) à l'affirmation suivante : l'attention visuelle de l'adulte est d'abord captée spontanément par la forêt, puis par les arbres. Navon suggère que la précedence globale présente l'avantage d'une économie de ressources attentionnelles, permettant d'abord une vision d'ensemble de notre monde visuel, puis un affinement, si nécessaire – plus coûteux –, véhiculé par les informations locales plus précises. Un cadrage général sur la scène d'ensemble est une prise d'information relevant d'une stratégie plus

ergonomique. Imaginons une précedence inverse (locale) : il serait coûteux de d'abord traiter tous les détails d'une scène, puis de les mettre en rapport afin d'obtenir une vision cohérente et significative du contexte. Ainsi, la perception prioritaire globale permettrait une première analyse rapide et économique de la scène (le phénomène bien connu de « cécité au changement » en est un exemple frappant : cet effet correspond au fait que, souvent, un adulte ne perçoit pas la disparition d'un élément local d'une scène d'ensemble ; Rensink et al. 1997), puis cette première ébauche d'information guiderait et mobiliserait notre attention vers l'information utile à traiter. Les travaux de Lamb et Robertson (1990) ont par la suite suggéré une forte implication des processus de préparation attentionnels dans le traitement global/local. L'attention pourrait en effet moduler la précedence globale.

Sergent (1982), les principaux modèles de spécialisation hémisphérique, c'est – à – dire les dichotomies verbal /Visio spatial, analytique/ holistique et sériel/ parallèle, ne permettent pas d'expliquer la totalité des différences observées entre les hémisphères cérébraux. Bien que vérifiés dans un grand nombre de cas, ils sont fréquemment remis en cause, soit pour leur trop grande rigidité, soit pour leur unicité. Dont les travaux sur la perception auditive et tactile ont permis à certains auteurs de penser que l'important n'est pas la nature verbale ou Visio spatiale du matériel utilisé, ni même le type de traitement qu'un hémisphère accomplirait préférentiellement, mais plutôt les différents composants du stimulus. Ainsi, les hémisphères cérébraux se différencieraient selon leur sensibilité aux différents éléments d'un stimulus. Cette sensibilité semble fortement dépendre des fréquences (visuelles ou auditives) caractérisant ces différents éléments. L'hémisphère gauche utiliserait préférentiellement les hautes fréquences. L'explication de ce phénomène pourrait fort bien résider dans l'organisation neuronale propre à chaque hémisphère.

Dans son ouvrage, Changeux (1983) soutient que : « les possibilités combinatoires liées au nombre et à la diversité des connexions du cerveau de l'homme paraissent en effet suffisantes pour rendre complet les capacités mentales et neuronales ne se justifient pas désormais, à quoi bon d'esprit ? ». Changeux s'est toujours défendu des accusations de réductionnisme. Il rappelle ainsi que la maturation du système

nerveux inachevé à la naissance aboutit sous l'effet de l'histoire strictement individuelle grâce aux interactions avec le milieu physique et socioculturel.

2-3.-Les conséquences pédagogiques de conclusions neuropsychologiques

2-3-1.-Rappel des thèses d'Olivier Houdé

Au début des années 2000, Olivier Houdé ainsi que son équipe ont montré pour la première fois sur une imagerie cérébrale d'un cerveau d'élève l'impact d'une intervention pédagogique. Ce fut alors une révolution, car dorénavant les effets positifs d'une situation d'apprentissage pouvaient être validés par la neuro - imagerie. Olivier Houdé explique en préambule dans son livre que s'est lui qui a introduit le terme de « neuro pédagogie ». Mais on peut aussi dire « neuro éducation », nom qui désigne dorénavant le lien entre les sciences cognitives, l'éducation et les neuro sciences. Il ne se passe pas une semaine sans que soit publiée dans les divers médias une découverte, ou un livre montrant un lien entre la cognition et les neuro sciences, les enseignants d'aujourd'hui, devant la délicate entreprise qui est la leur, sont donc particulièrement à l'affût de toutes propositions mêlant sciences et pédagogie en capacité d'éclairer efficacement leur rapport aux savoirs de leurs élèves. L'auteur de l'école du cerveau commence son propos en écrivant une première partie dense dans laquelle il remonte jusqu'à l'antiquité pour lister tous ceux qui se sont intéressés de très près à la pédagogie enfantine. On peut le suivre lorsqu'il écrit :

« Soyons honnête, cette traversée particulière de l'histoire m'a d'abord agacée, car je n'y trouvais là rien que je ne connaisse déjà. Mais était – ce vraiment une perte de temps ? Que nenni ! Rapidement, mon impression désagréable de départ s'arrêta, quant à Platon à Maria Montessori, en passant par Jean Piaget, Jérôme Bruner, et Vygotsky etc. Houdé raconte les défis, les découvertes, les échecs aussi de tous ces précurseurs. Ceux qui, déjà confrontés à la dure réalité des enfants à enseigner en émettant un postulat d'éducabilité pour tous « dans une société inclusive ».

« Certes, on éduque trop souvent en aveugle des millions de cerveau sans connaître assez bien les mécanismes internes du cerveau humain qui apprend ». Olivier Houdé ne cesse à travers ces courtes biographies de marteler la nécessité d'une pédagogie fondée sur « l'action, la pratique, les essais - erreurs et le projet ».

2-3-2.-L'attrait pour les détails chez l'enfant

Contraire à Navon (1977) qui a étudié uniquement l'attention visuelle globale/locale chez l'adulte, Poirel (2020) met l'accent sur la genèse des mécanismes attentionnels local/global et des fonctions exécutives de l'enfance jusqu'à l'âge adulte. En se servant de stimuli hiérarchiques inspirés très directement du matériel de Navon, Poirel et collaborateurs ont procédé à l'étude de la genèse des mécanismes attentionnels local/global de 4 ans à l'âge adulte. Ils ont montré que lorsqu'un enfant doit indiquer le plus rapidement possible si deux figures hiérarchiques sont identiques ou non, les plus jeunes fondent leur jugement sur les informations locales : ils font peu d'erreurs dans les situations présentant des différences locales. Inversement, les erreurs pour les différences globales sont significativement plus nombreuses (Poirel, Mellet et al. 2008). Ce résultat laisse supposer un effet de préférence locale jusqu'à 6 ans. Les réponses enfantines sont probantes à cet égard et plaident en faveur d'une très forte préférence attentionnelle sur le niveau local dès l'âge de 4 ans, avec une inversion progressive en faveur d'une préférence globale autour de 6 ans. Cette préférence attentionnelle globale sera comparable à celle de l'adulte vers 9 ans. Avec l'âge, une bascule de la préférence perceptive a été observée ; les plus jeunes sont en mode préférence locale, alors qu'à partir de 6 ans les enfants vont évoluer vers le mode préférence globale. À partir de cet âge, ils vont progressivement mieux réussir à détecter les différences globales. Ainsi, l'effet de préférence globale décrit par Navon ne serait pas l'une des composantes innées de la perception et se construirait peu à peu avec l'âge. Avant 6 ans, les jeunes enfants vont spontanément focaliser leur attention essentiellement sur les éléments constitutifs locaux. Très progressivement, ce mode de traitement de l'information va s'inverser au bénéfice du traitement global à partir de 6 ans. C'est autour de 9 ans que cette dominance de l'information globale va trouver son achèvement ; dès lors, la préférence globale est comparable à celle de l'adulte (Poirel, Mellet et al. 2008). Cette courbe développementale concorde avec d'autres études concernant l'influence de la densité des éléments locaux sur la perception de la forme globale (Dukette & Stiles, 1996, 2001). Dans une tâche de choix forcé, les auteurs demandent aux enfants d'indiquer parmi deux figures hiérarchiques celle qui ressemble le plus à la figure témoin. Les choix vont révéler soit une préférence fondée

sur la forme globale, soit une préférence pour les éléments locaux constitutifs. Les résultats font apparaître une dichotomie enfants/adultes liée à la densité des stimuli. Les adultes présentent une robuste préférence globale quelle que soit la densité des éléments constitutifs. C'est toujours sur la forme globale que s'élabore le jugement de similitude. Par contre, la densité influence les choix des enfants. Lorsque les formes globales comportent beaucoup d'éléments, à 4 et 6 ans, les jugements de ressemblance portent sur la forme globale (la grande croix). Inversement, lorsque le nombre d'éléments diminue, les enfants vont choisir les éléments locaux comme indicateurs de ressemblance. Les enfants sont encore dans une dominance locale, et leurs jugements fluctuent en fonction des variations de la densité des stimuli. La réduction du nombre d'éléments provoque une dégradation sensible de la forme globale, qui par conséquent devient moins accessible. Ces résultats corroborent la fragilité de la mise en relation d'éléments locaux en une forme d'ensemble organisée chez les plus jeunes enfants. Certains auteurs comme Vurpillot ont essayé d'ouvrir quelques pistes pour comprendre pourquoi les jeunes enfants ont une préférence pour les informations locales. En observant l'évolution de l'activité exploratoire des enfants, les travaux de Vurpillot qui enregistre les mouvements oculaires de jeunes enfants dans une tâche de comparaison montrent une amélioration quantitative et qualitative de l'exploration visuelle avec l'âge (Kowler & Martins, 1982 ; Vurpillot, 1968). Lorsqu'il s'agit de comparer deux dessins pour savoir s'ils sont ou non pareils, les plus jeunes se contentent d'une exploration partielle que l'on qualifie de « conduite d'échantillonnage ».

2-3-3.-Le traitement en parallèle des informations visuelles globales et locales

Si nous revenons aux résultats de l'expérience princeps de Navon chez l'adulte, il semble très difficile que l'on puisse échapper au traitement prioritaire de l'information globale lors de l'inspection d'une scène visuelle. Navon (1981) avait fait l'hypothèse que cette propriété pouvait être inhérente à la structure de notre système visuel. Pour ce faire, il invoque l'idée d'un traitement en parallèle des informations visuelles globales et locales en supposant une mise à disposition plus rapide des informations globales, ce qui favoriserait la priorité de leur traitement. Les particularités des canaux magno - et parvocellulaires des voies visuelles cérébrales en

font de bons candidats comme supports fonctionnels de cette hypothèse. La voie visuelle magnocellulaire (véhiculant les basses fréquences spatiales), connue pour sa célérité, traiterait rapidement l'information globale avant que la voie parvocellulaire (véhiculant les hautes fréquences spatiales) ne fournisse les informations sur le niveau local (Felleman & Van Essen, 1991 ; Shulman et al. 1986 ; Shulman & Wilson, 1987). Il a été clairement démontré que les informations globales reposent sur des fréquences spatiales basses, alors que les éléments locaux sont portés par les fréquences spatiales hautes (Boeschoten et al. 2005).

Le lien direct entre fréquences spatiales et niveau de traitement permet une explication élégante de la précédece globale. En poursuivant ce raisonnement, Bullier (2001), dans son modèle par itération, suggère qu'une première ébauche de reconnaissance globale serait possible via la voie magnocellulaire. Cette première vague de reconnaissance serait ensuite rétro-injectée par une deuxième vague de retour vers la voie parvocellulaire – troisième vague plus lente – dévolue aux informations locales. La rencontre de ces deux dernières vagues validerait ou infirmerait l'ébauche globale initialement fournie par la première vague magnocellulaire. Cette succession de vagues pourrait expliquer les deux phénomènes comportementaux de l'effet de précédece globale : l'avantage global et l'interférence globale. L'avantage global s'expliquerait par la grande rapidité de transmission des informations véhiculées par la voie magnocellulaire. L'interférence globale serait liée à un conflit possible entre les informations de retour de la deuxième vague et la rencontre avec la troisième vague. En effet, les informations pré-identifiées par la voie rapide globale (par exemple, un grand H) viendraient – via la deuxième vague – perturber le traitement que le participant doit effectuer sur une information locale (par exemple, de petits « s »), qui est quant à elle véhiculée par la voie plus lente. L'information globale, en conflit avec ce que le participant souhaite identifier au niveau local, viendrait ainsi perturber le traitement local. C'est ici l'identification des stimuli qui entraînerait les effets d'interférence lors du traitement visuo-attentionnel global/local, en accord avec des résultats de plusieurs travaux expérimentaux (Beaucousin et al. 2011, 2013 ; Poirel, Pineau et al. 2008), aussi bien chez l'adulte (Poirel et al. 2006) que chez l'enfant (Poirel, Mellet et al. 2008).

Un autre modèle présentant de fortes similitudes avec celui proposé par Bullier, et en accord avec ces résultats, a été développé par Bar (2004). Des travaux récents d'imagerie cérébrale fonctionnelle sont tout à fait compatibles avec ces deux modèles, renforçant cette proposition d'explication physiologique pour la reconnaissance rapide des scènes visuelles chez l'Homme (Peyrin et al. 2010).

Sergent (1982) fut la première à explorer les asymétries hémisphériques pour le traitement global/local chez le sujet sain. Chaque stimulus hiérarchique apparaissait pendant 150 ms dans l'hémi-champ visuel gauche ou droit, sachant que les informations présentées du côté droit du champ visuel sont envoyées seulement à l'hémisphère gauche, et vice versa. Le sujet avait pour consigne de fixer un point central. Le temps de présentation très court du stimulus garantissait l'absence de mouvements des yeux du sujet, évitant ainsi tout recentrage du stimulus en vision fovéale. Les temps de réponse étaient plus rapides pour identifier la lettre globale lorsqu'elle était présentée dans l'hémi-champ visuel gauche (en comparaison d'une présentation dans l'hémi-champ visuel droit), et plus rapides pour identifier la lettre au niveau local lorsque la figure hiérarchique apparaissait dans l'hémi-champ visuel droit (en comparaison d'une présentation à gauche). L'hémisphère droit de notre cerveau semble spécialisé pour porter notre attention sur la forêt, alors que l'hémisphère gauche favorise la perception des arbres. Cette affirmation a également été validée à l'aide de techniques d'imagerie cérébrale. Les techniques de neuro-imagerie fonctionnelle ont permis de déterminer de manière précise les bases neurales de cette spécialisation hémisphérique. L'expérience menée par Fink a été la première à proposer l'enregistrement de l'activité cérébrale pendant la présentation de figures hiérarchiques (Fink et al. 1996). Une activation plus importante du gyrus lingual droit a été observée lorsque le participant portait son attention sur le niveau global, alors que le cortex occipital inférieur gauche était plus sollicité lors d'une focalisation de l'attention au niveau local. Ces résultats ont pour la première fois mis en évidence une spécialisation hémisphérique dès les aires visuelles de bas niveau. En accord avec les résultats de Fink, d'autres études en imagerie par résonance magnétique fonctionnelle ont rapporté des résultats similaires, avec des stimuli hiérarchiques (Han et al. 2002 ; Lux et al., 2004 ; Martinez et al., 1997) ou des photographies de scènes naturelles

filtrées (Peyrin et al., 2004). La sensibilité aux variations des propriétés des stimuli dès les aires visuelles de bas niveau signerait la capacité d'intégration d'éléments en une forme globale organisée beaucoup plus précocement qu'on ne l'imaginait dans la micro genèse du traitement visuel (Altmann et al. 2003 ; Kourtzi et al. 2003). Cependant, une étude a proposé une mise en regard de l'organisation rétinotopique et des activations global/local. La représentation fovéale (vision centrale) correspond aux activations trouvées lors du traitement local, et les représentations para-fovéales (vision périphérique) coïncident avec les activations du traitement global, quel que soit l'hémisphère (Sasaki et al. 2001). Même si aucune spécialisation hémisphérique n'est rapportée dans cette étude, ce type de travail reste néanmoins à approfondir. Il est en effet fortement possible que les deux hémisphères soient capables de traiter les informations globales et locales, avec simplement une préférence pour un type de traitement selon l'hémisphère.

2-3-4.-Le traitement des informations visuelles globales et locales chez l'adulte

Chez l'adulte, les informations visuelles globales seraient donc traitées plus rapidement que les informations locales grâce à la célérité de la voie magnocellulaire, et ces deux types de traitements présenteraient une spécialisation hémisphérique différente. Les résultats recueillis auprès d'enfants entre 5 et 12 ans, victimes de lésions unilatérales, répliquent ceux obtenus chez l'adulte : des lésions de l'hémisphère droit perturbent le traitement global alors que des lésions de l'hémisphère gauche rendent le traitement local très difficile pour les enfants (Stiles et al. 2003, 2005).

Ces études, qui proposent un suivi longitudinal, ont été menées auprès d'enfants atteints d'une lésion focale unilatérale de l'hémisphère gauche ou de l'hémisphère droit (Akshoomoff et al. 2002 ; Stiles et al. 2003). La copie d'un enchevêtrement de figures géométriques (la figure de Rey-Osterrieth) est déficitaire quel que soit le côté de la lésion, et les déficits les plus importants sont observés entre 6 et 7 ans. Comme pour les enfants sains (Akshoomoff & Stiles, 1995a, 1995b), tous les enfants cérébrolésés commencent leur reproduction par les éléments locaux de la figure. Ce résultat indique une absence de déficits pour le traitement local quel que soit le côté de la lésion. En outre, la qualité de la reproduction s'améliore avec l'âge : des scores normaux sont atteints vers l'âge de 10 ans pour les deux groupes. En effet, il est

possible que la phase de transition du passage d'une priorité locale vers une priorité globale à 6 ans implique une dynamique de variations cérébrales anatomiques qui reproduit, à une échelle micro génétique, le phénomène bien connu de gradient ontogénétique d'un développement cérébral postéro-antérieur : au cours du développement de l'enfant à l'adulte, on constate que les régions postérieures du cerveau (dont le cortex occipital) deviennent matures plus tôt que les régions antérieures, incluant le réseau fronto-pariétal (Shaw et al., 2008 ; Sowell et al., 2004).

Porter son attention sur les informations visuelles nécessite parfois en effet de bloquer activement (on parle d'inhibition) les distracteurs visuels présents dans notre environnement. Si nous nous référons aux travaux pionniers de Navon (1977), il existe un effet très général et puissant d'interférence globale chez l'adulte : selon ce principe, l'information globale peut perturber le traitement de l'information locale. Certaines situations expérimentales ont mis en évidence que l'interférence globale était due à des processus top-down liés à l'identification des objets qui nous entourent, que le sujet devait surpasser afin de traiter efficacement l'information locale (Beaucousin et al. 2011, 2013 ; Poirel, Pineau et al. 2008). Les résultats similaires chez l'enfant suggèrent que ce phénomène lié à l'identification des stimuli serait également présent, l'enfant devant surpasser l'identification d'un niveau pour traiter l'autre niveau (Poirel, Mellet et al. 2008). Si l'on se réfère aux propos de Navon, ce serait donc l'identification du grand « H » qui perturberait l'identification des petits « s » chez l'adulte. En suivant ce raisonnement, on peut formuler l'hypothèse que le mécanisme essentiel permettant de résister aux informations visuelles non dominantes pour traiter l'autre niveau serait l'inhibition (Borst et al. 2015 ; Houdé, 2000). Cette hypothèse a été testée avec un paradigme dit d'« amorçage négatif », inspiré des travaux proposés par Houdé (par exemple, Borst et al. 2012). Classiquement, ce paradigme utilise la procédure suivante : dans une première phase (amorçage), le sujet doit inhiber une réponse non pertinente, puis la réactiver (levée de l'inhibition) dans une seconde phase (test) où elle devient pertinente. Lors de l'amorçage, pour réussir, il a été démontré que les adultes (Poirel, Krakowski et al. 2014) et les enfants de 7 ans et demi (Krakowski et al. 2018) qui présentent à cet âge un effet de précedence globale – doivent bloquer la réponse spontanée initiée par la précedence globale (inhiber la réponse « c'est un

“H” ») pour donner la bonne réponse locale (« c’est un “s” »). Ensuite, dans la phase test, la réponse « c’est un “H” » précédemment inhibée devient la bonne réponse, ce qui implique la levée de l’inhibition. Ainsi, les temps pour répondre « c’est un “H” » lors de la phase test sont plus longs que ceux de la situation contrôle appariée, et ce bien que les deux stimuli test soient rigoureusement les mêmes. Cette différence de temps correspond à ce que l’on dénomme l’amorçage négatif, ou « temps de désinhibition ». Ces données comportementales laissent supposer que des mécanismes d’inhibition sont nécessaires pour refréner l’information dominante lorsqu’elle entre en conflit avec le traitement du niveau non dominant, local ou global. Mais, inversement, ces résultats suggèrent que ce contrôle inhibiteur n’est pas activé lorsque l’on doit porter son attention sur le niveau qui domine : l’autre niveau non dominant ne doit alors pas être activement inhibé. Ce résultat ouvre des perspectives prometteuses, apportant une dimension exécutive aux différents modèles biologiques de la perception visuelle. Le modèle par « itération », mais également le modèle coarse-to-fine ou le modèle proposé par Bar (2004), postulent que les informations globales seraient rapidement acheminées par les fréquences basses. Cette première analyse de la scène permettrait une pré-catégorisation initiale, qui guiderait ensuite la reconnaissance des détails locaux véhiculés plus lentement par les fréquences spatiales hautes (Hegd , 2008, pour une revue).

2-3-5.-L’influence du contexte global sur l’attention visuelle

Ces résultats suggèrent que lorsque le participant doit procéder au traitement d’informations locales, l’inhibition est requise pour réduire les effets top-down automatiquement initiés par les informations globales (identités « possibles » des objets, contexte, etc.). En accord avec ces résultats, les données du paradigme d’amorçage négatif révèlent que l’identification peut envahir le champ attentionnel et représenter ainsi une source d’interférence que seul un mécanisme d’inhibition peut arrêter. Si nous reprenons la métaphore de Navon, il semble nécessaire d’inhiber la forêt lorsque l’on souhaite porter notre attention sur un seul arbre. Chez l’enfant de moins de 6 ans, il sera ainsi nécessaire, à l’inverse, d’inhiber l’attention capturée par un arbre afin qu’il perçoive la forêt dans son ensemble, ce qui n’est pas chose aisée car son système cérébral dévolu au traitement visuo-attentionnel global n’est pas encore

mature à cet âge, et les régions où siègent les fonctions exécutives, dans le cortex préfrontal, murent tardivement au cours du développement. Ces études renforcent l'idée forte que le contexte global influence l'attention visuelle : il est nécessaire de « flouter » cognitivement les informations globales pour recentrer la focale au niveau des détails, en faisant appel, lorsque cela est nécessaire (lorsque les stimuli globaux ont une signification), à des mécanismes exécutifs d'inhibition. Nous allons voir que notre focus attentionnel peut également être modulé par l'état émotionnel dans lequel on se trouve. Concernant les émotions et le traitement global / local, Un consensus scientifique admet que chez l'Homme, les émotions orchestrent à des degrés divers les processus décisionnels, cognitifs et perceptifs (Phelps et al. 2006 ; Vuilleumier, 2005 ; Vuilleumier & Driver, 2007). Comme l'atteste un grand nombre de travaux réalisés en laboratoire, ces processus sont soumis aux variations de l'état émotionnel du sujet percevant, aussi bien chez l'Homme que chez l'animal. Imaginez la situation suivante : au cours d'une promenade en forêt, une forme bouge dans les feuilles tombées sur le sol. Une silhouette vague et longue se dessine dans notre vision périphérique : c'est un serpent ! L'œil détecte avec une remarquable efficacité les variations de l'environnement afin d'identifier les menaces potentielles dont peut dépendre la survie. On sait que chez l'adulte, des mécanismes visuels très rapides (inférieurs à 150 ms) permettent l'évaluation du caractère positif ou négatif des événements. Autour de 300 ms, nous sommes même capables de juger si cet événement facilite ou peut entraver l'atteinte de nos buts. Nous saurions donc prévoir, adapter nos conduites en fonction d'un repérage subtil dans notre environnement des éléments les plus pertinents. Les états émotionnels semblent déclencher la mise en place de stratégies spécifiques pour la capture de l'information utile. En particulier, nous savons que les facteurs émotionnels influencent même l'acuité visuelle (Phelps et al. 2006) et les stratégies globales ou locales de filtrage de l'information chez l'adulte (Fredrickson & Branigan, 2005). L'attention visuelle de l'adulte est très rapidement attirée par des stimuli qui présentent une forte valence émotionnelle (Vuilleumier, 2005 ; Vuilleumier & Driver, 2007). Une scène émotionnellement chargée est différenciée d'une scène « neutre » en seulement 150 ms (Schupp et al. 2003). Cette différence se matérialise sur le plan cérébral aussi bien au niveau des aires visuelles dites « primaires » qu'au

niveau des régions pariétales, qui sous-tendent les processus de traitement attentionnel (Schupp et al. 2007). Les informations visuelles véhiculant une émotion telle que la peur semblent même être traitées sans accéder à la conscience des sujets (Vuilleumier et al. 2002). En effet, l'amygdale, structure sous-corticale fortement impliquée dans la gestion des émotions, permet de mobiliser l'attention du sujet et de la recentrer rapidement sur le danger. Ce mécanisme est possible grâce à des connexions de rétrocontrôle (feed-back) de l'amygdale vers les aires visuelles du cerveau. Ainsi, l'amygdale a un effet majeur de modulation des activations des aires visuelles (Vuilleumier et al. 2004). Chez l'adulte, la traditionnelle attirance pour les informations globales diminue en situation émotionnelle négative (Gasper, 2004), et cet avantage global est par contre encore plus marqué lorsque les sujets sont dans un contexte émotionnel positif (Fredrickson & Branigan, 2005). Ces auteurs ont d'ailleurs proposé une théorie selon laquelle les émotions positives élargiraient à la fois le champ du focus attentionnel, de la cognition et des actions. En accord avec cette proposition, les émotions influencent par exemple les capacités mnémoniques (Hamann, 2001), nos prises de décision (Cassotti et al. 2012), et influencent également les processus de haut niveau comme le raisonnement logique (Houdé et al, 2001). À l'instar des observations recueillies chez l'adulte, Poirel pense que les émotions modulent également la perception visuelle de l'enfant. Dès l'âge de 5 ans, le réseau neural dévolu à la perception des émotions est comparable à celui de l'adulte (Hajcak & Dennis, 2009). Ainsi, Poirel et collaborateurs (2012) ont émis l'hypothèse que la préférence globale serait renforcée chez l'enfant dans un contexte émotionnel plaisant. Chez les plus jeunes enfants, sensibles à la préférence locale, l'émotion pourrait créer un bouleversement dans les mécanismes de préférence visuo-attentionnelle.

2-3-6.-L'impact des facteurs sur la perception des choses

Les émotions, qui modulent indéniablement ces processus fondamentaux de la vie humaine, sont entrées récemment au cœur des investigations des neurosciences cognitives. Les résultats chez l'adulte indiquent que les émotions positives conduisent à une lecture plus « globale » du monde. Elles semblent également élargir le champ de l'attention, influençant positivement la cognition et le mode de pensée (Ashby et al.

1999). Inversement, le corollaire de cette affirmation se déduit des faits expérimentaux : les émotions négatives rétrécissent ces mêmes voies et amènent une lecture plus « locale » du monde perceptif, ainsi qu'une réduction du focus attentionnel. Easterbrock (1959) affirmait déjà que les états négatifs (anxiété, peur) réduisaient le champ de l'attention, et que les gens centrés sur l'arbre en oubliaient la forêt... Découvrir l'impact de l'émotion sur la perception et la cognition chez l'enfant est essentiel, car le paysage cognitif dans lequel ils évoluent à l'école fait appel à des mécanismes bidirectionnels : une mise en relation et une coordination d'informations partielles, locales, en une vue d'ensemble (comme dans le raisonnement inductif : on part d'un ou plusieurs faits particuliers pour en tirer un principe, une idée générale), ou alors, à l'inverse, la nécessité de décomposer un concept général, global, pour en tirer des conséquences particulières (cas, par exemple, du raisonnement déductif). Les résultats qui viennent d'être présentés laissent supposer que le mode d'approche « local » qui caractérise la perception et la pensée enfantine est modulé par le contexte émotionnel, permettant une meilleure articulation tout/ parties. Cette flexibilité, permettant la mise en réseau global des informations, pourrait être un facteur facilitant la résolution de certaines tâches cognitives. Dans la vie quotidienne, en particulier dans la vie scolaire, les difficultés de raisonnement liées à un défaut d'articulation entre le tout et les parties peuvent être un handicap majeur. Y remédier est l'une des missions essentielles de l'école, et les faits expérimentaux récents corroborent l'idée selon laquelle les émotions positives engendrent une ouverture d'esprit et une dynamique indispensable à sa formation (Blau & Klein, 2010). Ces recherches sur le lien entre émotion et attention visuelle dévoilent que des enfants auxquels on présente visuellement les mêmes petits problèmes à résoudre à l'école ne vont pas tous utiliser de façon équivalente les informations visuelles : le contexte émotionnel dans lequel ils arrivent le matin à l'école – ou l'évolution du contexte émotionnel au cours de la journée de classe – modifie la façon dont les informations visuelles globale/locale sont considérées et utilisées par les enfants. La grande flexibilité de l'attention visuelle est encore une fois soulignée dans ce travail, qui met en évidence un décalage horizontal dans l'apparition de la préférence globale à 5 ans liée à l'émotion. Ce travail conduit à penser qu'un enfant qui ne présente pas un état émotionnel favorable peut, dans

certaines circonstances, « rater la forêt et ne considérer que l’arbre ». L’ensemble des travaux présentés dans ce chapitre a porté sur la mise en place et l’évolution de la flexibilité de l’attention visuelle lors du traitement global/local. En s’appuyant à la fois sur des données de psychologie expérimentale, de neuropsychologie, d’imagerie cérébrale anatomique et fonctionnelle chez l’enfant et l’adulte, des éléments de réponse ont été apportés concernant la mise en place et l’évolution – aussi bien au niveau comportemental que neural – du traitement global/local, en précisant certains facteurs qui influencent ces processus. Les expériences relatent une bifurcation évolutive d’une préférence locale chez l’enfant vers une préférence globale autour de 6 ans (Poirel, Mellet et al. 2008). La bascule du biais attentionnel local vers un biais attentionnel global s’accompagne d’une perte de substance grise au niveau du cortex visuel droit, région connue chez l’adulte pour son importance dans la perception globale et cohérente du monde visuel (Poirel et al. 2011). Les informations globales ont une telle force qu’il est nécessaire de mettre en œuvre des processus exécutifs d’inhibition pour les refréner lorsqu’elles entrent en conflit avec le traitement local (Krakowski et al. 2018 ; Poirel, Krakowski et al., 2014), principalement lorsque ces informations véhiculent du sens (Poirel, Pineau et al., 2008). Au niveau intra-individuel, un fort impact de l’émotion sur l’attention visuelle a également été démontré (Poirel et al. 2012), les émotions positives favorisant un biais attentionnel global dès l’âge de 5 ans. D’autre part, au niveau neural, des travaux en électroencéphalographie ont révélé que ces processus d’identification interviennent très tôt – dès 150 ms –, ce qui souligne l’importance et la priorité chez l’Homme de la recherche de signification au cours de l’activité de traitement de l’information visuelle (Beaucousin et al. 2011, 2013). Le traitement local chez l’enfant, puis global chez l’adulte représente pour chaque âge le mode attentionnel par défaut qui peut néanmoins être bousculé, modifié, altéré, comme nous avons pu le voir avec l’impact de l’émotion sur ces processus.

Des recherches sur le développement des faisceaux de substance blanche sont cohérentes avec ce décalage de vitesse des voies visuelles. Lebel et collaborateurs (2008) ont en effet mis en évidence que le calendrier développemental du faisceau longitudinal inférieur, qui pourrait véhiculer les informations locales, mature plus

rapidement (le palier développemental étant atteint justement vers 6-7 ans), alors que le faisceau longitudinal supérieur, voie dorsale qui pourrait véhiculer les informations globales, n'arrive à maturité que plus tardivement, vers le milieu de l'adolescence. Ces résultats laissent donc penser que les enfants sont capables de percevoir les informations globales très tôt au cours du développement, mais cette voie visuelle met plus de temps à se mettre en place que la voie visuelle qui traite les détails locaux. Pour décrypter le sens du monde qui l'entoure, l'être humain utilise les voies d'entrées sensorielles dans lesquelles la vision joue un rôle dominant. Pour lisser le chaos perceptif qui lui parvient, le cerveau doit organiser, gérer, ordonner et hiérarchiser les informations afférentes. Les découpages auxquels nous sommes soumis ne sont pas arbitraires. L'ensemble de ces résultats d'imagerie cérébrale, en accord avec les données de neuropsychologie de l'enfant, a révélé pour la première fois ces dernières années quelles structures cérébrales permettent à l'enfant sain ce passage au mode perceptif global caractéristique de la vision adulte. Cette mise en regard d'une évolution anatomique et d'une évolution des processus cognitifs attentionnels ouvre de nouvelles voies pour la compréhension de l'évolution dynamique et complexe du monde visuel infantin. L'être humain bénéficie d'un mode de traitement prioritaire de son monde visuel, le mode global. Ce mode visuo-attentionnel se construit progressivement au cours du développement, et s'accompagne d'une évolution neuro-anatomique et comportementale, qui semble permettre une adaptation efficace à l'environnement visuel de l'enfant à l'âge adulte.

CHAPTRE 4 : METHODOLOGIE

1.-Rappel de la problématique et hypothèses

1.1.-Rappel de la question de recherche

Notre question de recherche générale est la suivante :

QRG : « *La qualité de vie de la personne âgée influence-t-elle ses fonctions mentales ?* ».

Nos questions de recherches dérivées sont les suivantes :

QR1 : « *La perception subjective des conditions d'existence de soi de la personne âgée influence-t-elle ses fonctions mentales* ».

QR2 : « *le soutien social de la personne âgée influence-t-il ses fonctions mentales* ».

1.2.-Hypothèses

1.2.1.-Hypothèse générale

1.2.1.1.-Formulation de l'hypothèse générale

Notre hypothèse générale se présente comme suit :

Hypothèse générale : « *la qualité de vie de la personne âgée influence ses fonctions mentales* ».

1.2.1.2.-Description de l'hypothèse générale

1.2.1.2.1.-Variable indépendante (VI) :

La qualité de vie

Modalités :

Modalité 1 : la perception subjective des conditions d'existence de soi

Indicateur : perception individuelle de sa position dans la vie dans le contexte de sa culture et de son système de valeur en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses standards.

Indice :

- le stress perçu (attachement, sens de la sécurité et du confort) ;
- le contrôle perçu.

Modalité 2 : le soutien social

Indicateur : la distinction entre les aspects structurels (quantité, disponibilité) les aspects fonctionnels (qualité) du soutien.

Indice :

- l'intégration sociale ;
- dimensions de l'intégration sociale ;
- type de relation sociale ;
- le réseau social ;
- le réseau de support ;
- le stress perçu (d'ajustement face aux contraintes génératrices de stress) ;
- conséquences affectives créées par leur absence ;
- le capital social.

1.2.1.2.2.-Variable dépendante (VD) : Fonctions mentales

Modalités :

Modalité 1 : La mémoire

Indicateur : fonction mentale qui permet d'encoder, de stocker et de récupérer des informations très diverses ; de garder des souvenirs en tête afin de les récupérer et les utiliser.

Indices :

- résolution des problèmes ;
- flexibilité mentale ;
- évaluations neuropsychologiques de la mémoire.

Modalité 2 : L'attention visuelle

Indicateur : l'attention visuelle globale/locale est un aspect local de l'attention en général qui porte sur le volume d'attention qu'un sujet porte à ce qui est vu ou peut l'être.

Indice :

- exploration visuelle ;

- focalisation de l'attention visuelle ;
- types d'informations locales préférés ;
- types d'informations générales préférés ;
- modes de captation des éléments informatifs (informations générales avant les particulières ou l'inverse ; focalisation de l'attention sur un nombre restreint d'éléments [parfois un seul] ou l'inverse) ;
- qualité de la reproduction/reconnaissance des choses vues ;
- l'impact des émotions sur l'attention visuelle du sujet ;
- influence d'une insuffisance de l'activité d'exploration visuelle sur la performance (tâche) du sujet.

1.2.1.2.3.-Table des Variables, des Modalités, Des Indicateurs et Indices de l'Hypothèse Générale

<i>Variables</i>	<i>Modalités</i>	<i>Indicateur</i>	<i>Indices</i>
VI : La qualité de vie	La perception subjective des conditions d'existence de soi »	Perception individuelle de sa position dans la vie...	-le stress perçu -le contrôle perçu
	Le soutien social	Aspects structurels (quantité, disponibilité) et aspects fonctionnels	-l'intégration sociale -dimensions de l'intégration sociale -type de relation sociale -le réseau social -le réseau de support -le stress perçu -conséquences affectives créées par leur absence -le capital social
VD : Les fonctions mentales	La mémoire	Fonction d'encodage, stockage, récupération des informations diverses	-la mémoire épisodique -fonctions cognitives -difficultés cognitives -comptage des nombres

	L'attention visuelle	Volume de l'attention globale/locales qu'un sujet porte à ce qui est vu	-exploration visuelle ; -focalisation de l'attention visuelle ; -types d'informations locales préférés ; -types d'informations générales préférés ; -modes de captation des éléments informatifs ; -qualité de la reproduction/reconnaissance des choses vues ; -l'impact du soutien sur l'attention visuelle du sujet ; -influence d'une insuffisance de l'activité d'exploration visuelle sur la performance du sujet.
--	----------------------	-------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1.2.2.-Formulation des hypothèses de recherche (HR)

Nous avons formulé deux hypothèses dérivées qui sont :

HR1 » : « *La perception subjective des conditions d'existence de soi de la personne âgée influence ses fonctions mentales* ».

HR2 : « *le soutien social de la personne âgée influence ses fonctions mentales* ».

2.-Méthodes d'enquête et de dépouillement des résultats

Lorsque nous avons fini de collecter les informations au niveau de nos 5 participants, nous avons pris les résultats recueillis dans chaque instrument auprès de chacun d'entre eux et les compilés dans un même tableau. Après, nous avons pu retenir le quota des réponses le plus élevé par item (au moins 3/5) ce qui nous a permis d'affirmer nos trois hypothèses (HG et 2 HR°).

2.1.-Les méthodes utilisées dans la recherche

2.1.1.-L'échelle d'autoévaluation des difficultés attentionnelle

2.1.1.1.-Nature de l'instrument

En psychométrie, une échelle est une batterie de tests permettant de classer des individus examinés en différents niveau.

Ici, nous avons à faire à une échelle ordinale. Elle possède des propriétés des échelles nominales (effectuer une partition des observations), mais les objets d'une catégorie ne sont pas seulement différents de ceux d'une autre catégorie, il existe entre les catégories de l'échelle une relation d'ordre stricte ou non.

2.1.1.2.-L'élaboration de notre échelle d'autoévaluation des difficultés attentionnelles

Pour que nous puissions construire cette échelle, il a fallu :

- effectuer une partition de l'ensemble des observations (relation d'équilibre) ;
- définir une relation d'ordre stricte ou non.

L'échelle est constituée de 7 colonnes et de 19 lignes. Au niveau des colonnes, il y a 5 réponses (jamais, rarement, parfois, souvent et très souvent) et une partie réservée aux commentaires.

2.1.1.3.-Les contextes d'utilisation de l'échelle d'évaluation des difficultés attentionnelles

Cette échelle peut être utilisée chez les personnes présentant des signes et symptômes des difficultés attentionnelles ou non. Elle permet d'évaluer exactement : l'exploration visuelle ; la focalisation de l'attention visuelle ; les types d'informations locales préférés ; les types d'informations générales préférés ; les modes de captation des éléments informatifs ; la qualité de la reproduction/reconnaissance des choses vues ; l'impact du soutien sur l'attention visuelle du sujet ; l'influence d'une insuffisance de l'activité d'exploration visuelle sur la performance du sujet. Elle peut être administrée en tout lieu à la seule condition que le cadre soit aménagé.

2.1.2.-L'échelle d'autoévaluation de la mémoire

2.1.2.1.-Nature de l'instrument

Nous avons à faire ici à une échelle subjective. Cette échelle est une adaptation de l'échelle de Mac Nair Le modèle de structuration de l'échelle de Mac Nair a été retenu c'est –à-dire d'un questionnaire en 36 items. Elle fait partir aussi de la catégorie des échelles ordinales. -

2.1.2.2.-L'élaboration de notre échelle d'autoévaluation de la mémoire

La particularité de notre échelle de mesure est qu'une colonne a été ajoutée pour que chaque sujet puisse faire un commentaire pour chaque item répondu.

2.1.2.3.-Les contextes d'utilisation de l'échelle d'autoévaluation de la mémoire

Elle peut être utilisée soit par le patient lui-même en présence ou en absence du médecin ou psychologue. Cet instrument permet d'évaluer : la mémoire épisodique, les fonctions cognitives, les difficultés cognitives, le comptage des nombres etc.

2.1.3.-Le questionnaire mesurant la qualité de vie

En psychométrie, le questionnaire est un outil régulièrement utilisé en sciences sociales. Il permet aussi de recueillir un grand nombre de témoignages ou d'avis.

Les informations obtenues peuvent être analysées à travers un tableau statistique ou un graphique.

Wikipedia le définit comme étant une série de questions méthodiquement posées afin de définir un cas, une situation, une demande parmi un grand nombre de possibilités.

Ce questionnaire mesure la perception individuelle que le sujet a sa position dans la vie dans le contexte de sa culture et de son système de valeur en relation avec son objectif, ses attentes, ses standards. Il comprend quatre sous échelles suivant : « sous échelle physique », « sous échelle psychologique », « sous échelle existentielle », « sous échelle du soutien ». Chacune d'elle comporte des items en rapport avec leur domaine de définition.

2.1.3.2.-L'élaboration de notre échelle de mesure et de la qualité de vie

Nous nous sommes inspirés du questionnaire MCGILL (originale) (MQOL) pour construire le questionnaire mesurant la qualité de vie (QMQV-Cameroun). Le model McGILL comporte 16 items répartis dans 4 sous échelles (« sous échelle physique », « sous échelle psychique », « sous échelle existentielle », « sous échelle du soutien ». Ici, on a affaire aux items simples (exemple l'item 15 « mon entourage était : » de la « sous échelle du soutien »). Chaque item était évalué sur 10. Par ailleurs, il est à reconnaître que la structuration globale du MQOL a été retenue au niveau du QMQV-Cameroun. Mais, nous avons augmenté le nombre d'items à 19. Et ses items étaient répartis dans les 4 sous échelles. Les 3 premiers sous échelle ont 4 items et la dernière en a 6. Les items d'ici sont complexes (exemple l'item 5 « tranquillité d'esprit (défini par le fait de se sentir calme et serein, ou d'être inquiet, anxieux, préoccupé et

énervé) »). En plus de ça, nous avons ajouté une colonne. Dans cette colonne, il était question pour chacun des sujets de justifier la réponse donnée au niveau de chaque item. Puis, les réponses étaient d'abord analysées par sous échelle et enfin de façon globale.

2.1.3.3.-Les contextes d'utilisation de l'échelle d'évaluation de la qualité de vie

Ce questionnaire est utilisé chez les personnes présentant : les troubles biologiques graves, les troubles psychologiques, les troubles existentiels et les troubles relationnels.

3.-Population et contexte de la recherche

Pour avoir l'échantillon de notre étude, il a fallu que nous fassions un pré-test. Car certains sujets avaient un état de santé précaire et d'autres ne supportaient pas de répondre aux 71 items des deux échelles et du questionnaire pendant deux heures de temps au moins. Ces derniers devaient aussi s'exprimer en français et même parfois l'écrire. Le choix d'une maison de retraite ou d'un service de gériatrie a été impossible par ce que les sujets ne répondaient pas aux critères. Nous étions obligés de les rechercher dans les quartiers. Au sortir de cette démarche, nous avons pu retenir 5 sujets sur les 8 rencontrés.

Les sujets qui nous ont permis de mener cette étude ont un âge compris entre 70 à 80 ans. Cet échantillon est composé de 4 hommes et une femme. Avant la passation des deux échelles et du questionnaire, il était question pour nous de mettre d'abord nos sujets à l'aise, puis les garantir que leur identité restera confidentielle et enfin leurs expliquer le but de la recherche. Après cette étape, nous présentions le matériel au sujet et ensuite il se mettait au travail. Pendant que le sujet effectuait cette tâche, nous nous rassurons de temps en temps si elle était bien faite à travers les petites questions (« mon vieux ou mon père ça va ? », « rémè ça va aller » etc.). Pour ceux qui ne pouvaient pas bien faire ce travail, ils étaient assistés par un membre de leur famille. Et à la fin de l'exercice, nous remercions le sujet d'avoir accepté contribuer à la recherche. Il est à noter que cette activité se déroulait dans leur domicile.

CHAPITRE 5 : ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS

1.-Résultats à l'échelle d'autoévaluation des difficultés d'attention

1.1-Appréciation globale des résultats à l'échelle d'autoévaluation des difficultés d'attention

	Jamais = 0	Rarement = 1	Parfois = 2	Souvent = 3	Très souvent = 4	commentaires
01. Quand je fais des courses, Je fais attention à ce que j'achète					05	Sujet 1 : choix judicieux pour des achats effectués. Sujet 3 : parce que je suis trop exigeant.
02. Lorsque l'on m'appelle au téléphone je ne fais pas attention au numéro de mon interlocuteur	01				04ppr	Sujet 1 : Je le fais lorsque l'appel est spontané et soudain. Sujet 3 : parce j'ai un handicap visuel Sujet 5 : on m'avait opéré des yeux
03. J'ai du mal à faire attention aux détails de mon activité	04				01	Sujet 1 : je suis très regardant sur les activités que je mène Sujet 3 : je me fie à l'apparence
04. Dans une émission de télévision ou dans un récit je ne fais attention qu'à ce qui rappelle ma vie	01	02			02	Sujet 1 : Je me concentre sur tout ce qui est social et non personnel Sujet 3 : j'aime regarder les documentaires, car ils me permettent de faire d'autres découvertes. Sujet 5 : j'aime suivre la messe à la télévision car mes enfants sont des prêtres. Malgré que deux sont déjà décédés.
05. Je ne fais pas attention au nom des objets sauf si on attire mon attention sur celui-ci	02			01	02	Sujet 1 : je me concentre à y être attentif le plus souvent. Sujet 3 : j'ai encore toutes mes facultés. Sujet 5 : l'âge perse déjà sur moi.
06. J'ai du mal à comprendre ce que je lis	04				01	Sujet 1 : je n'ai pas de problème de compréhension.

						<p>Sujet 3 : ça me fait rire. Moi-même que ça commencer comment</p> <p>Sujet 4 : : parce que j'ai été opéré au niveau des yeux.</p> <p>Sujet 5 : je n'ai pas fait des grandes études.</p>
07 je ne fais plus attention aux gens après leur absence	02	02	01			<p>Sujet 1 : je le fais pour des personnes sans importance pour moi.</p> <p>Sujet 3 : c'est en fonction de l'importance ou du type de relation.</p>
08. Je ne fais attention aux gens en leur absence que si les gens me poussent à le faire	01	03	01			<p>Sujet 1 : s'ils sont intéressants, je fais attention à eux.</p> <p>Sujet 3 : j'ai déjà répondu à cette question.</p> <p>Sujet 5 : ça peut arriver</p>
09. Je ne fais pas attention aux jours de la semaine	05					<p>Sujet 1 : je me souviens des jours de la semaine.</p> <p>Sujet 3 : qui moi ? je ne crois pas</p> <p>Sujet 5 : je me bats à connaître les jours parce que je ne dois pas rater la messe du dimanche.</p>
10. Je fais attention aux jours mais aux dates		01		01	03	<p>Sujet 1 : les dates ne me reviennent pas souvent.</p> <p>Sujet 3 : là je le fais très souvent</p> <p>Sujet 5 : c'est compliquer pour moi</p>
11. Je fais attention aux années, aux mois semaines, jours, aux dates seulement si on me pousse à le faire	02	02			01	<p>Sujet 1 : si oui, je fais recours au calendrier</p> <p>Sujet 5 : j'ai beaucoup d'enfants et petits fils pourquoi ?</p>
12. Je m'intéresse plus aux détails d'une tenue que porte une personne qu'à tout le reste de son costume	01	01	01		02	<p>Sujet 1 : une tenue autre que la veste peut attirer mon attention.</p> <p>Sujet</p>
13. Lorsque je me relis ou que je lis	02			01	02	<p>Sujet 1 : je m'intéresse beaucoup plus au fond de sa pensée.</p> <p>Sujet 5 : moi-même je m'exprime</p>

quelqu'un autre ou encore que j'écoute quelqu'un d'autre, je ne m'intéresse pas aux fautes d'inattention et de grammaire						comment ?
14. J'ai du mal à fixer mon esprit sur ce qui est à côté de moi	04			01		Sujet 1 : surtout, quand cela ne m'intéresse pas. Sujet 3 : je suis trop regardant Sujet 5 : en tant que grand-mère je dois veiller sur mes petits fils et filles
15. J'ai du mal à ranger mes vêtements à la bonne place	04				01	Sujet 1 : lorsque je suis pressé d'aller quelque part. Sujet 3 : je sais ranger mes choses. Sujet 5 : c'est moi même qui arrange mes choses quand je suis en bonne santé
16. J'ai du mal à fixer mon esprit sur ce que je lis ou sur ce que j'écoute	05					Sujet 1 : lorsque je suis déconcentré Sujet 3 : je fixe bien.
17. Quand je me promène, je ne fais pas attention à mon chemin	04			01		Sujet 1 : je me concentre toujours dans mon chemin. Sujet 5 : malgré mon âge je fais qu'à même attention.
18. Quand je reproduis une chose je le fais toujours comme je l'ai vu ou appris	02			01	02	Sujet 1 : surtout, lorsqu'elle est attrayante. Sujet 3 : je fais exactement le copier-coller. Sujet 5 : une grand-mère doit servir d'exemple

1.2-Commentaires

1.2.1-Rappel des faits observés

Ce tableau représente l'échelle d'autoévaluation des difficultés attentionnelles. Il nous a permis d'avoir des données sur les difficultés attentionnelles chez les personnes âgées de 70 à 80 ans. Il est composé de dix-huit items et chaque individu parmi les cinq était appelé à répondre à tous les items en donnant une réponse unique à chaque item (jamais ou rarement ou parfois ou souvent ou très souvent). Au vu des résultats, nous remarquons qu'en ce qui concerne l'item (1), que 5/5 d'individu ont répondu par « très souvent ». En ce qui concerne l'item (16), que 5/5 d'individus ont répondu par « jamais ». Pour l'item (9), 5/5 individus ont répondu par « rarement ». Ensuite, pour ce qui est des items (3,6, 14,15 et 17), 4/5 d'individus ont répondu par jamais. Par contre pour l'item (2), 4/5 d'individus ont répondu par « très souvent ». Puis, au niveau de l'item (8), 3/5 d'individus ont répondu par « rarement » et pour l'item (10), 3/5 d'individu ont répondu par « très souvent ». Par ailleurs, sur d'autres items, nous avons constaté une parité de réponses. A titre d'exemple nous avons : les items (5,13 et 18) où 2/5 d'individus ont répondu par « jamais » et 2/5 d'individu ont répondu par « très souvent » ; et au niveau de l'item (4), 2/5 d'individu ont répondu par « rarement » et 2/5 individus ont répondu par « très souvent » ; tandis qu'au niveau des items (7 et 11), 2/5 D'individus ont répondu par « jamais » et les 2/5 autres ont répondu par « rarement ». En outre, sur l'item (12), 2/5 d'individus ont répondu par « très souvent ».

1.2.2.-Eléments interprétatifs

Observer le monde qui nous entoure implique une focalisation de l'attention soit sur une vision d'ensemble d'une scène. Soit sur un élément particulier de cette même scène. Ces deux fonctions renvoient à deux mécanismes distincts : dans le premier cas, on parle de traitement global, et dans le second, de traitement local. On peut ainsi observer soit une forêt, soit les arbres qui la composent. Les résultats de l'étude de Navon ont révélé qu'un adulte est plus rapide et efficace pour identifier le niveau global que le niveau local. Cette priorité du traitement global est ce que l'on a coutume d'appeler l'avantage global. En outre, l'information présentée au niveau

global peut perturber le traitement de l'information locale, ce que l'on qualifie d'interférence globale (ce qui n'est pas vrai pour l'inverse). Cette double constatation amène le concept général d'effet de précedence globale, ce qui a conduit Navon (2003) à l'affirmation que l'attention visuelle de l'adulte est d'abord captée spontanément par la forêt, puis par les arbres. Navon suggère que la précedence globale présente l'avantage d'une économie de ressources attentionnelles, permettant d'abord une vision d'ensemble de notre monde visuel, puis un affinement, si nécessaire – plus coûteux –, véhiculé par les informations locales plus précises.

Un cadrage général sur la scène d'ensemble est une prise d'information relevant d'une stratégie plus ergonomique. La perception prioritaire globale permettrait une première analyse rapide et économique de la scène (le phénomène bien connu de « cécité au changement » en est un exemple. Les travaux de Lamb et Robertson (1990) ont par la suite suggéré une forte implication des processus de préparation attentionnels dans le traitement global/local. L'attention pourrait en effet moduler la précedence globale.

Porter son attention sur les informations visuelles nécessite parfois en effet de bloquer activement (on parle d'inhibition) les distracteurs visuels présents dans notre environnement. Les travaux pionniers de Navon (1977) montre qu'il existe un effet très général et puissant d'interférence globale chez 2012).

Les émotions, qui modulent indéniablement ces processus fondamentaux de la vie humaine, sont entrées récemment au cœur des investigations des neurosciences cognitives. Les résultats chez l'adulte indiquent que les émotions positives conduisent à une lecture plus « globale » du monde. Elles semblent également élargir le champ de l'attention, influençant positivement la cognition et le mode de pensée (Ashby et al. 1999). Inversement, le corollaire de cette affirmation se déduit des faits expérimentaux : les émotions négatives rétrécissent ces mêmes voies et amènent une lecture plus « locale » du monde perceptif, ainsi qu'une réduction du focus attentionnel.

1.2.3.-Conclusions en commentaire

Les résultats de cette sous échelle nous révèlent que plus de la moitié des

individus âgées de 70 à 80 ont une attention globale correcte. Cela peut se justifier par les réponses données au niveau des items (1,9, 16,3, 6, 14, 15, 17).

2.-Évaluation de la plainte mnésique :

2.1-Appréciation globale des résultats à l'échelle d'autoévaluation des difficultés cognitives

Items	Jamais = 0	Rarement = 1	Parfois = 2	Souvent = 3	Très souvent = 4
1. J'ai des difficultés à me souvenir des numéros de téléphone familiers	02				03
2. J'oublie où j'ai posé mes lunettes, mes clefs, mon porte-monnaie, mes papiers	01	02		01	01
3. Quand je suis interrompu(e) dans une lecture, j'ai du mal à retrouver où j'en étais	03	01			01
4. Quand je fais des courses, j'ai besoin d'une liste écrite	02	01	01		01
5. J'oublie des rendez-vous, des réunions ou des engagements	03	01	01		
6. J'oublie de téléphoner quand on m'a demandé de rappeler	02		02	01	
7. J'ai du mal à mettre une clef dans la serrure	03			02	
8. J'oublie en cours de route des courses que je voulais faire	02	01	02		
9. J'ai du mal à me rappeler le nom des gens que je connais	03		01	01	

10. J'ai du mal à rester concentré(e) sur un travail ou une occupation	04	01			
11. J'ai du mal à raconter une émission que je viens de voir à la télévision	02	02	01		
12. J'ai du mal à exprimer clairement ce que je veux dire	04	01			
13. Je n'arrive pas à reconnaître des gens que je connais	02	03			
14. Il m'arrive d'avoir un mot sur le bout de la langue et de ne pas pouvoir le sortir	04	01			
15. J'ai du mal à retrouver le nom des objets	04		01		
16. J'ai du mal à comprendre ce que je lis	03	01			01
17. J'ai du mal à suivre la conversation des autres	02	03			
18. J'oublie le nom des gens juste après qu'ils m'ont été présentés	02	02	01		01
19. Je perds le fil de mes idées en écoutant quelqu'un d'autre	03	01			01
20. J'oublie les différentes étapes de recettes de cuisine que je connais bien et je dois les vérifier	04				01
21. J'oublie quel jour de la semaine nous sommes	02		02	01	

22. J'oublie de boutonner ou de tirer la fermeture éclair de mes vêtements	02	01	02		
23. J'ai besoin de vérifier une fois ou deux si j'ai bien fermé la porte, coupé le gaz	01	02	01		01
24. Je fais des erreurs en écrivant, ou en faisant des calculs	02		01	02	
25. J'ai du mal à fixer mon esprit sur quelque chose de précis	03	02			
26. J'ai besoin de me faire répéter plusieurs fois les choses que je dois faire	03	01			01
27. J'oublie certains produits à utiliser quand je fais la cuisine	04	01			
28. J'ai du mal à boutonner mes vêtements ou à tirer la fermeture éclair	03		02		
29. J'ai du mal à ranger mes vêtements à la bonne place	04		01		
30. J'ai du mal à coudre ou à raccommoder	03	01		01	
31. J'ai du mal à fixer mon esprit sur ce que je lis	03		01		01
32. J'oublie immédiatement ce que les gens viennent de me dire	05				
33. Quand je me promène, j'oublie par où je suis passé(e)	05				
34. J'ai du mal à savoir si l'on m'a rendu correctement la monnaie	05				

35. J'oublie de faire certaines démarches connues, de payer des factures, de déposer des chèques, d'affranchir ou poster du courrier	02		01	02	
36. Je dois faire les choses plus lentement qu'avant pour être sûr(e) de les faire bien	01	01		01	02
37. J'ai par moments l'impression d'avoir la tête vide	04		01		0
38. J'oublie quel jour du mois nous sommes	01		01	02	01
39. J'ai du mal à utiliser des outils (marteau, pinces, etc.) pour de petites réparations	03		02		
Nombre total de cases cochées pour chaque fréquence :					
TOTAL pour 39 items/156					

2-2.-Commentaires

2-2-1-Rappel des faits observés

Ce tableau représente l'échelle de Marc Nair Cette échelle nous a permis d'avoir des données sur les difficultés cognitives chez les personnes âgées de 70 à 80 ans. Il est composé de trente-neuf items et chaque individu parmi les cinq était appelé à répondre à tous les items en donnant une réponse unique à chaque item (jamais ou rarement ou parfois ou souvent ou très souvent). Au sorti des résultats, nous constatons qu'en ce qui concerne les items (:32 ; 33 et34), que 5/5 d'individus ont répondu par « jamais ». Ensuite pour les items :

(10 ; 12 ; 14 ;15 ;20 ;27 ;29 et37) 4 /5 d'individus ont répondu par jamais. Pour les items (:3 ;5 ;7 ;9 ;16 ;19 ;25 ;26 ;28 ;30 ;31 et 39) 3 /5 d'individus ont répondu par « jamais ». Par contre, des items suivants : item 13 et l'item 17, 3/5 d'individu ont répondu par « rarement ». Par ailleurs, c'est au niveau de l'item (1)

que 3/5 d'individus ont répondu par « très souvent ». Mais dans certains items, nous constatons une parité de réponses au niveau d'une même item. Nous avons des exemples suivant : dans l'item (11) et l'item (18) 2/5 d'individus ont répondu par « jamais » et 2/5 d'individus autres ont répondu par « rarement » ; Puis, au niveau des items (8,21 et 22), 2/5 d'individus ont répondu par « jamais » et 2/5 autre d'individus ont répondu par « parfois » ; et enfin, au niveau des items (24 et 35), 2/5 d'individus ont répondu par « jamais » et 2/5 autre d'individu par « souvent ». Nous constatons encore que 2/5 d'individus seulement ont pu avoir une réponse commune au niveau de certains items. A titre d'illustration, nous avons : les items (2 et 4) où 2/5 d'individus ont répondu par « jamais » ; ensuite au niveau de l'item (23) 2/5 d'individus ont répondu par « rarement » ; en ce qui concerne l'item (36) 2/5 d'individus ont répondu par « très souvent » et sur l'item (38) 2/5 d'individus ont répondu par « souvent ».

2-2-2.-Eléments interprétatifs

2-2-2-1.-Les faits de mémoire épisodique

La mémoire épisodique renvoie à la capacité d'encoder, de stocker et de récupérer les souvenirs conscients d'événements personnellement vécus, situés dans leur contexte spatial et temporel d'acquisition (Tulving, 1984). Elle permet à l'individu de « voyager mentalement dans le temps », de revivre mentalement les expériences passées et de se projeter dans l'avenir (Tulving, 2002). Elle donne l'impression de se réinstaller au cœur de l'événement vécu, tout en sachant que celui-ci appartient au passé : « Je me souviens de ma soirée au restaurant samedi dernier », j'ai l'impression de revivre certains éléments de la scène. Les mécanismes en jeu dans la mémoire épisodique sont également très proches de ceux qui nous permettent d'envisager des événements plausibles dans le futur : « J'irai en Espagne aux vacances prochaines. »

La mémoire procédurale est le système de stockage des règles de fonctionnement permettant la mémorisation des savoir-faire ; elle est indissociable de l'action. Elle est constituée d'automatismes sensori-moteurs et cognitifs, difficilement verbalisables, qui sont récupérés de façon inconsciente lors d'actions (faire du vélo, du

ski, résoudre une équation). La mémoire procédurale est à différencier de l'apprentissage procédural, phase parfois très longue, qui conduit à l'automatisation d'une procédure et qui met en jeu des systèmes cognitifs variés.

2-2-2-2.-Les faits des fonctions exécutives et de résolution des problèmes

La flexibilité mentale se définit comme la capacité à passer alternativement d'une perspective à une autre, d'une opération cognitive à une autre, à se désengager d'une tâche pour en traiter une autre, à passer d'un exercice à un autre. Même si certains modèles suggèrent que ces fonctions exécutives sont encore indifférenciées jusqu'à l'âge de 5 ans, la période entre 3 et 5 ans est cruciale dans l'émergence de ces différentes fonctions. Après l'âge de 5 ans, la mémoire de travail et la flexibilité cognitive vont marquer une évolution importante, suivies par d'autres fonctions plus complexes telles que le raisonnement, la résolution de problème ou encore la planification. Cette dernière renvoie à la capacité à élaborer mentalement un plan afin d'atteindre un but ou de résoudre un problème. Planifier requiert d'élaborer différents plans d'action, de choisir le plus adapté, de le mettre en œuvre et d'être capable de changer de plan lorsque celui en cours n'est plus adapté. Un trouble de planification se manifestera par une difficulté à organiser son activité lors de situations complexes requérant la mise en place d'un plan d'action, par exemple en fixant des dates ou des échéances relatives à chaque étape. *Le raisonnement et la résolution de problème* du modèle de Diamond sont, d'après elle, équivalents à la notion d'*intelligence fluide*. Cette forme d'intelligence renvoie à la capacité à raisonner, résoudre des problèmes et percevoir des relations entre éléments. Elle inclut à la fois le raisonnement logique inductif (capacité à travailler de manière flexible avec des informations inconnues et à trouver des solutions) et déductif (établir une inférence menant d'une affirmation générale à une conclusion particulière). L'intelligence fluide est la capacité à découvrir les relations abstraites sous-tendant des analogies. Un trouble de l'intelligence fluide entraîne une incapacité à inférer des relations abstraites ou à résoudre des problèmes nouveaux.

2-2-2-3.-Conclusions en commentaire

Au moins 3/5 d'individu ont répondu par « jamais » par rapport aux 23 items sur les 39. Ce qui laisse croire que la plupart des personnes âgées de 70 à 80

ans ont : une mémoire épisodique, une mémoire procédurale, et des fonctions exécutives et résolution des problèmes normale.

3.-La qualité de vie

3-1. Appréciation globale des réponses au questionnaire mesurant la QDV

3-1-1.-Sous-échelle physique

Items	Troubles et descriptions	Score	Commentaires
<p>Santé physique globale</p> <p>D. défini par ma santé physique telle que je la perçois e façon globale.</p>	<p>Sujet 1 : Santé physique assez bonne malgré un handicap du genou</p> <p>Sujet 2 : Normale</p> <p>Sujet 3 : Santé moyenne</p> <p>Sujet 4 : Je souffre de la prostate depuis plus de 10 ans</p> <p>Sujet 5 : Mes forces sont réduites</p>	<p>S1:07</p> <p>S2:05</p> <p>S3:05</p> <p>S4: 05</p> <p>S5: 04</p>	<p>S1 : santé physique globale assez bonne</p> <p>S2, S3, S4 : santé physique globale passable</p> <p>S5: santé physique globalement médiocre</p>
<p>Douleur physique</p> <p>D. défini par la douleur globale que je vis. L'idéal est de n'avoir aucune douleur physique.</p>	<p>Sujet 1 : Douleur ligamentaire due au déboitement de la rotule</p> <p>Sujet 2: Pour l'instant je ne ressens aucune douleur</p> <p>Sujet 3: Douleur au niveau de la hanche et le dos (par moment)</p> <p>Sujet 4: Douleur au niveau du bassin de façon récurrente</p> <p>Sujet 5: J'ai mal au dos depuis plus 37 ans en plus. En plus de ça le</p>	<p>S1:03</p> <p>S2:08</p> <p>S3:03</p> <p>S4:03</p> <p>S5:05</p>	<p>S2 : douleur inexistante</p> <p>S1, S3, S4: douleur supportable (momentanée ou continue)</p> <p>S5: douleur peu supportable</p>

	diabète me menace constamment		
Alimentation D. défini par ma satisfaction de ce que je mange (quantité et qualité ; type d'aliment, de diète, etc.)	Sujet 1 : Légumes verts (feuilles de manioc, folon, zom) tièdes en quantité moyenne.	S1:06	S3, S4 : s'alimentent S3, S4 en quantité très suffisante
	Sujet 2 : Je n'ai pas de préférence pour ce qui concerne la nourriture. Je n'aime pas manger beaucoup. J'aime des repas chauds	S2:06 S3:8 S4:08	S1, S2: s'alimentent en quantité assez suffisante S5: s'alimente
	Sujet 3 : Je mange tout avec un bon appétit (pas d'exigence)	S5:05	
	Sujet 4 : Le zom, le kock en quantité suffisante (froide)		
	Sujet 5 : Je ne peux plus manger comme avant malgré les moyens qui sont mis à disposition		
Capacités physiques D. défini par (i) ma capacité d'accomplir les activités journalières et (ii) mon efficacité dans les activités que j'accomplis (marcher, monter des escaliers, me laver, me vêtir,	Sujet 1 : Capacité moyenne à marcher, me laver et me vêtir (travail manuel à la machette, à la pelle... etc.)	S1:05 S2:07	S7, S4 : capacité physique assez bonne S1, S3,S5: capacité physique passable
	Sujet 2 : Malgré mon âge je fais encore tout normalement	S3:05 S4:07	
	Sujet 3 : Capacité physique moyenne	S5:05	

etc.)	<p>Sujet 4 : Petite difficulté. Mais pas tellement</p> <p>Sujet 5 : Je me lave seul, je m'habille seul mais monter les escaliers et marcher c'est déjà un peu compliquer</p>		
-------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

3-1-2.-Sous échelle psychologique

Items	Troubles et descriptions	Score	Commentaires
<p>Tranquillité d'esprit</p> <p>D. défini par le fait de me sentir calme et serein, ou d'être inquiet, anxieux, préoccupé et énervé.</p>	Sujet 1 : Je me sens parfois anxieux et inquiet	S1:04	S2, S3, S4 : tranquillité d'esprit imperturbable
	Sujet 2 : Je suis serein et calme	S2:09	S1 : tranquillité d'esprit ambivalente
	Sujet 3 : Calme et serein	S3:08	S5: tranquillité d'esprit trouble
	Sujet 4 : Je suis calme et serein	S4:08	
	Sujet 5 : Je suis un peu inquiet, car le fait d'enterrer mes enfants me dérange. Si Dieu pouvait me prendre à leur place	S5:03	
<p>Estime de soi (opinion globale de soi)</p> <p>D. défini par l'opinion globale que j'ai de moi</p>	Sujet 1 : J'ai de l'estime et de la confiance en moi-même	S1:09	S1, S4 : estime de soi excellent
	Sujet 2 : Estime de soi moyen	S2:05	S2, S3 : estime de soi passable
	Sujet 3 : Mon fils, moi je suis un	S3:06	S5 : estime de soi trouble

	<p>homme</p> <p>Sujet 4 : Le lendemain sera meilleur. À mon âge je ne peux pas être triste.</p> <p>Sujet 5 : J'ai le dégoût de la vie</p>	<p>S4:09</p> <p>S5:03</p>	
<p>Dépression et anxiété</p> <p>D. défini par ma représentation de ma vie, de l'avenir (comment je me sens quand je pense à l'avenir ; qu'est-ce qui me rend triste ; est-ce que je me sens triste tout le temps, une partie du temps ;</p>	<p>Sujet 1 : Je me sens triste une partie du temps et soucieux de l'avenir de ma famille</p> <p>Sujet 2: Esprit tranquille</p> <p>Sujet 3: Je ne me plains pas de mon avenir ou pour mes enfants. Je ne suis pas triste pas triste face à cela</p> <p>Sujet 4: Le lendemain sera meilleur. A mon âge je ne peux pas être triste</p> <p>Sujet 5: La seule chose que je peux dire c'est que si dieu peut aussi me prendre</p>	<p>S1:05</p> <p>S2:08</p> <p>S3:07</p> <p>S4:09</p> <p>S5:02</p>	<p>S2, S4 : dépression et anxiété inexistantes</p> <p>S3: dépression et anxiété Presque inexistantes</p> <p>S1: dépression et anxiété existantes de façon momentanée</p> <p>S5: dépression et anxiété quasi-existantes</p>
<p>Contenus psychiques</p> <p>D. défini par (i) les idées et représentation qui me viennent à l'esprit pendant la journée et pendant la nuit ;</p>	<p>Sujet 1: Les idées me venant à l'esprit sont celles qui sont centrées sur les activités du lendemain</p> <p>Sujet 2: À mon âge-ci rien ne me</p>	<p>S1:07</p> <p>S2:05</p> <p>S3:05</p>	<p>S1, S4: contenus psychiques assez bien</p> <p>S2, S3 : contenus psychiques passable</p> <p>S5: contenus</p>

qu'est-ce qui me préoccupe	préoccupe		psychiques Presque nul
	Sujet 3: Je cherche à remédier si les actes ou actions me semble néfastes	S4:07	
	Sujet 4: Je suis un homme heureux parce que mes enfants s'occupent très bien de moi.	S5:02	
	Sujet 5: Je vais encore réfléchir sur quoi?		

3-1-3.- Sous-échelle existentielle

Items	Troubles et descriptions	Score	Commentaires
Représentation globale de la vie D. défini par ma conception générale de la vie ; le jugement que je fais sur ma vie, sur ce qui m'est arrivé ; etc.	Sujet 1: J'envisage ma vie avec optimisme malgré les déboires connus dans le passé	S1:06	S4: représentation globale de la vie excellente
	Sujet 2: Je ne suis pas là pour penser au passé, ni au future	S2:05	S1, S2, S3 : représentation globale de la vie passable
	Sujet 3 : La tournée est vraie donc je n'ai pas de souci	S3:06	S5: représentation globale de la vie Presque nulle
	Sujet 4: Je suis un homme heureux parce que mes enfants s'occupent très bien de moi	S4:08	
	Sujet 5: La vie est injuste envers moi	S5:02	

<p>Buts et projets de vie</p> <p>D. défini par les objectifs que je me fixe ; mes prétentions ; mes expectations (optimistes ou pessimistes)</p>	<p>Sujet 1: Comme projets de vie, je souhaite voir ma famille prospère et harmonieuse.</p> <p>Sujet 2: Bon à venir</p> <p>Sujet 3: Je sais que l'un de mes enfants sera un grand homme dans ce monde un jour</p> <p>Sujet 4: Si dieu m'accorde le souffle, je serai toujours heureux</p> <p>Sujet 5: Que dieu protège ce qui sont encore vie et qu'il me laisse aller se reposer</p>	<p>S1:08</p> <p>S2:07</p> <p>S3:08</p> <p>S4:08</p> <p>S5:05</p>	<p>S1, S3, S4, buts et projets de vie très encourageants</p> <p>S2 : buts et projets de vie assez encourageant</p> <p>S5: buts et projets de vie encourageants</p>
<p>Représentation globale des vécus quotidiens</p> <p>D. défini par la manière dont je sens et vis mon existence quotidienne ; l'impression que j'ai que ma vie peut s'améliorer ou non</p>	<p>Sujet 1: Je mène une vie précaire d'autant plus que je suis au village seul, mon épouse étant encore en service en ville</p> <p>Sujet 2: Sa va s'amélioré</p> <p>Sujet 3: Je sais que la vie de toute la famille va s'améliorer</p> <p>Sujet 4: Je vous ai dit que je suis un homme heureux malgré ma</p>	<p>S1:04</p> <p>S2:08</p> <p>S3:05</p> <p>S4:07</p> <p>S5:00</p>	<p>S2: représentation globale des vécus quotidiens excellente</p> <p>S4 : représentation globale des vécus quotidiens assez bien</p> <p>S3: représentation globale des vécus quotidiens passable</p> <p>S1: représentation globale des vécus quotidiens médiocre</p> <p>S5: représentation globale des vécus</p>

	maladie		quotidiens quasi-nulle
	Sujet 5: Moi je n'existe plus		
<p>Le vécu des deux dernières semaines</p> <p>D. défini par (i) mon vécu des deux dernières semaines (comment j'ai senti ma vie, est-ce que j'ai eu l'impression que je contrôlais les choses ou que les événements s'imposaient à moi ; est-ce que je sens que j'ai réalisé ma vie pendant cette période de temps ou est-ce que les choses n'ont pas que stagnées ou se détériorer ; est-ce que j'ai ressenti ma vie comme un fardeau ou un cadeau pour moi et/ou pour les autres</p>	Sujet 1: Les deux dernières semaines ont été pénibles par des insomnies nocturnes que je ressentais régulièrement Par ailleurs, j'ai ressenti comme un fardeau ma vie de ces deux dernières semaines	S1:03	S2, S3: le vécu des deux dernières semaines est très acceptable S4, S5: le vécu des deux dernières semaines est acceptable S1: le vécu des deux dernières semaines est inacceptable
	Sujet 2: Je contrôle ma vie	S2:09	
	Sujet 3: J'ai pu satisfait mes employés qui travaillent dans mon chantier, en plus de ça j'ai épongé mes dettes	S3:08 S4:06	
	Sujet 4: Mon fils je te dis toujours que je n'ai pas de problèmes	S5:06	
	Sujet 5: Les derniers jours-ci j'ai qu'à même une bonne mine		

3-1-4.- Sous-échelle du soutien

Items	Troubles et descriptions	Score	Commentaires
<p>Evaluation du soutien reçu ou objectif D. défini par les efforts intentionnels pour m'aider soit spontanément ou soit à sur ma demande</p>	Sujet 1: Des efforts reçus des autres n'ont pas été perceptibles au niveau de l'aide	S1:05	S2, S5: soutien reçu très abondant
	Sujet 2: Sans demande	S2:08	S3, S4: soutien reçu assez abondant
	Sujet 3: Je demande toujours de l'aide à mes enfants et à mes amis.	S3:07	S1: soutien reçu abondant
	Sujet 4: Les gens m'aide volontairement	S4:07	
	Sujet 5: Ils savent que je suis là. Donc je n'ai à demander. Ils s'occupent de moi comme un bébé. je suis à leur charge	S5:08	
<p>Evaluation du soutien perçu ou subjectif D. défini par l'appréciation du soutien qui peut prendre diverses formes comme la disponibilité, la satisfaction, le sentiment de faire l'objet d'attention, d'attachement, d'être respecté ou impliqué, de se sentir bien, ou encore de se sentir dans une relation d'alliance</p>	Sujet 1: Je fais l'objet d'attention et d'attachement par ma famille restreinte (enfants, frère et sœur)	S1:07	S2: le soutien perçu très satisfaisant
	Sujet 2: Je suis satisfait de tous ce que mes proches font pour moi	S2:08	S1, S3, S4, S5: le soutien perçu assez satisfaisant
	Sujet 3: Je suis toujours satisfait des aides qu'on m'apporte	S3:07	
	Sujet 4: Je suis satisfait des aides qui me sont apportées	S4:07	
	Sujet 5: Je suis satisfait de leurs aides. Mais la vie ne m'intéresse plus	S5:07	
<p>Le rôle du soutien reçu ou senti dans la gestion du stress D. défini par mon vécu des facteurs stressant passés,</p>	Sujet 1: Le moral est remonté avec les conseils prodigués dans la gestion du stress.	S1: 08	S1, S2: le soutien reçu évacue totalement le stress
	Sujet 2: Rien ne me	S2:08	S3: le soutien reçu évacue assez le

actuels et futurs	dérange Sujet 3: Le seul fait de savoir que mes enfants sont en santé me rend heureux Sujet 4: C'est les problèmes de terrain du village qui me stress un peu Sujet 5: Malgré tous les efforts de me voir heureuse, je n'ai plus l'envie de vivre	S3:07 S4:06 S5:03	stress S4: le soutien reçu évacue le stress S5:le soutien reçu n'évacue pas le stress
Evaluation du réseau social (01) D. défini par les personnes qui sont les plus importantes depuis quelques temps (mois, semaines, jours) ; l'ensemble de personne qui me portent assistance (ou qui fournit cette assistance spontanément) face à certaines contraintes ou à divers objectifs ; le sentiment que j'ai encore des amis dans la communauté, et la fréquence des contacts avec les amis et parents ;	Sujet 1: Les personnes qui me sont les plus importantes sont mes frères, mes enfants et sœurs depuis des mois et même des années. Sujet 2: Beaucoup de relations : amis enfants ainsi que ma femme Sujet 3: Mes enfants, mes amis m'apportent de l'aide malgré que je n'ai pas beaucoup d'amis Sujet 4: Mes enfants et mes amis me viennent en aide Sujet 5: Mes enfants, mes sœurs et les amis à mes enfants sont très importants pour moi	S1:07 S2:07 S3:07 S1:07 S1:09	S1, S2, S2, S4: nombre de personnes importantes assez élevé S5:nombre de personnes importantes très élevé
Evaluation du réseau social (02) D. défini par l'évaluation du nombre et des différents types de relations sociales auxquelles participent les	Sujet 1: Ce sont des relations conjugales et amicales Les parents apportent du soutien moral lors des événements heureux et malheureux. Ces relations aussi sont d'ordre religieux avec	S1:08	S1, S2: nombre de relations sociales très considérable S3, S4, S5: nombre de relations sociales très considérable

<p>individus. Quels sont les rôles de mes parents, de mon conjoint, de mes collègues, de mes parents proches, de mes amis, de mes voisins, des membres de l'église, de mes frères et sœurs</p>	<p>le soutien des pasteurs, de frères en Christ et des sœurs en Christ et anciens d'église</p> <p>Sujet 2: Mes enfants s'occupe de mon bien – être</p> <p>Ma femme est toujours là pour moi, mes amis me permettent d'être bien heureux</p> <p>Sujet 3: Mes enfants interviennent surtout quand j'ai des problèmes de santé et de nutrition. Je compte beaucoup plus sur ma pension retraite et mes loyers</p> <p>Sujet 4: Mes enfants me permettent de manger et de soigner</p> <p>Sujet 5: mes enfants s'occupent de ma santé, ma nourriture et de l'entretien de la maison de leur feu père au village</p> <p>-les membres de l'église m'assistent toujours quand j'ai un malheur</p>	<p>S2:08</p> <p>S3:07</p> <p>S4:07</p> <p>S4:07</p>	
<p>La présentation des dimensions du soutien social D. défini par : l'attachement (sens de la sécurité et du confort) ; l'intégration sociale (partage de l'interprétation des expériences et opportunités pour se rendre des services) ; la</p>	<p>Sujet 1: - attachement: ils sont sensibles aux difficultés éprouvées - intégration sociale : échange des idées et des initiatives prise - liens d'alliance : implication de tous aux problèmes vécus - orientation : aide dans la résolution des problèmes</p> <p>Sujet 2: Mes enfants et</p>	<p>S1:08</p> <p>S2:07</p>	<p>S1, S3: dimensions du soutien social très élevée</p> <p>S2, S4, S5: dimension du soutien social assez élevée</p>

réassurance sur la valeur (assurance de sa compétence dans un rôle social) ; les liens d'alliances (assistance, même en l'absence d'affection mutuelle) ; l'orientation (pertinent en cas de situation stressante : support émotionnel, aide pour résoudre les problèmes)	ma femme m'aime tellement Sujet 3: Je me sens en sécurité quand je suis avec mes enfants et certains de mes amis. On se partage toujours des expériences autour d'un verre	S3:08	
	Sujet 4: Mes enfants ont d'affection pour moi et on se partage des expériences.	S4:07	
	Sujet 5: ma fille Fifi et ses frère et sœur m'aime tellement malgré le désespoir qui réside en moi	S5:07	

3-2.-Commentaires

3-2-1.-Evaluation des réponses aux thématiques physiques, psychologiques, existentielles

3-2-1-1.-Evaluation des réponses à l'échelle physique

3-2-1-1-1.-Rappel des faits observés

Le tableau ci-dessus représente la sous échelle physique. Il nous a permis d'évaluer l'état physique et alimentaire chez les personnes âgées de 70 à 80 ans. Il est composé de quatre items et chaque sujet parmi les cinq était appelé à donner son opinion à chaque item. Ensuite, chaque réponse était sanctionnée par un score et les résultats ont été regroupés selon les similitudes. Au niveau de l'item « santé physique globale », trois (3) sujets (S2, S3, S4) ont une santé physique globale passable, un sujet (S1) a une santé physique globale assez bonne et un seul aussi à une santé physique globale médiocre. Pour l'item « douleur physique », nous constatons que trois sujets (S1, S3, S4) ont une douleur supportable, un seul sujet (S2) n'a pas de douleur et un sujet (S2) qui a une douleur peu supportable. En ce qui concerne l'item « alimentation », deux sujets (S3, S4) s'alimentent en quantité très suffisante, deux autres sujets (S1, S2) s'alimentent en quantité assez suffisante

et un sujet (S5) s'alimente juste. Enfin, pour l'item « capacité physique », trois sujets ont capacité physique passable et les deux autres ont une capacité physique assez bonne.

3-2-1-1-2.-Eléments interprétatifs

Il existe chez les personnes âgées des modifications des systèmes physiologiques liées à l'âge en dehors de toute pathologie qui vont altérer le fonctionnement normal de l'individu et notamment la fonction locomotrice. En outre, les données concernant les modifications du goût et ou de l'olfaction au cours du vieillissement sont plus controversées. Il existe cependant les altérations modérées à l'origine d'une nourriture perçue comme plus fade et moins appétissante.

3-2-1-1-3.-Conclusions en commentaire

Cette sous échelle révèle qu'au moins 3/5 des sujets ont une santé physique et une alimentation acceptable.

3-2-1-2.-Evaluation des réponses à l'échelle psychologique

3-2-1-2-1.-Rappel des faits observés

Le tableau sous échelle psychologique nous a permis d'avoir des opinions sur l'état psychologique des cinq séniles. Il est représenté par quatre items et chaque sujet était appelé à verbaliser sur tous ces items. Puis, ces verbatim ont été sanctionnés par un score et regroupés selon les similitudes. Concernant l'item « estime de soi », deux sujets (S1, S4) ont une estime de soi excellent, deux autres sujets (S2, S3) ont une estime de soi passable et un sujet (S5) a une estime de soi faible. Pour l'item « dépression et anxiété », deux sujets (S2, S4) ont la dépression et l'anxiété inexistantes, le sujet (S3) a une dépression et l'anxiété presque inexistante, le sujet (S1) a une dépression et l'anxiété existante de façon momentanée et le sujet (S5) a une dépression et l'anxiété quasi-existante. Ensuite, pour l'item « contenus psychique », deux sujets (S1, S4) ont des contenus assez bien, et puis deux autres sujets (S2, S3) ont des contenus psychiques passables, enfin le sujet (S5) a des contenus psychiques presque nuls.

3-2-1-2-2.-Eléments interprétatifs

Le vieillissement, s'il est parfois associé à la croissance personnelle, s'avère plus généralement et fréquemment relié aux renoncements et à la perte. L'avancée dans l'âge confronte l'individu à des pertes répétées affectant à la fois le corps (séduction, capacités physiques, etc.), l'image de soi, la mort d'autrui (perte du conjoint, d'un ami, etc.), des fonctions cognitives (déclin mnésique, troubles attentionnels, etc.) et à sa propre mort. C'est ce qui fait dire que le vieillissement renvoie « à la perte d'objet, la perte de fonction et la perte de soi » (Ferrey et Le Gouès, 2008). Toute perte, quel que soit son objet, requiert de pouvoir en faire le deuil au risque de compromettre la résilience de l'individu. En ce sens, le narcissisme, ciment de l'identité, est mis à rude épreuve au cours du vieillissement, véritable crise identitaire qui impose de faire le deuil de ce que l'on a été. Ce travail de deuil prend naissance dans le fait de se voir vieux à ses propres yeux mais aussi dans le regard de l'autre (Herfray, 1985). Si nous pouvons penser malgré tout qu'il existe une communauté de processus au cours du travail de deuil, la réalité nous montre que le vieillissement se caractérise par des pertes aux objets multiples. Il nous semble alors plus judicieux de parler « des deuils » au pluriel plutôt que du deuil au singulier. C'est pourquoi la question du deuil au cours du vieillissement ne nous semble pas pertinente à envisager de manière unitaire. Aborder cette question « du deuil » impose de faire un retour sur la signification que recouvre ce terme ou plus particulièrement celui de « travail du deuil ». Toute perte fait l'objet de remaniements douloureux visant à la dépasser. Ces remaniements imposent un travail d'investissement de l'objet perdu, puis de désinvestissement : travail intérieur qui a pour objet d'accepter la perte et son irréversibilité. Le travail du deuil correspond à ces temps d'élaboration nécessaires pour que le sujet puisse advenir. Il ne s'agit donc pas d'une maladie mais bel et bien d'un temps de crise consécutif à une épreuve de vie (Clément, 2009). Le développement est parsemé de temps de crise qui favorisent le travail du deuil. En effet, chaque crise, qu'elle soit œdipienne, adolescente, de la cinquantaine ou autre, n'est crise que parce qu'il y a quelque chose qui se perd ou doit être abandonné. Le travail du deuil va permettre de reconsidérer ses attentes, ses objectifs, conceptions de soi, de la vie, etc., afin de dépasser cette crise, soit autrement dite de ne pas s'y enliser

en vain. La crise identitaire est bien au cœur de la vieillesse, mettant à mal la question du narcissisme. La vieillesse est un chemin incontournable imposant de revoir ses représentations personnelles en termes identitaires mais aussi sociaux, de faire le bilan de ce qui a été et de ce qui n'est plus, de s'engager dans un travail de remaniement (travail du deuil) afin de pouvoir s'engager dans la vieillesse de manière sereine. C'est en ce sens qu'elle peut légitimement être considérée comme une véritable période de crise qui peut ou non être dépassée selon les mécanismes de défense et d'adaptation mis en place.

3-2-1-2-3.-Conclusions en commentaire

Malgré le poids de l'âge des sujets, le sous échelle psychologique nous renseigne qu'au moins 3/5 de sujets ont un état psychologique normale.

3-2-1-3.-Evaluation des réponses à l'échelle existentielle

3-2-1-3-1.-Rappel des faits observés

Le tableau sous échelle existentielle nous a permis d'avoir des informations sur l'état existentiel de nos cinq sujets. La consigne reste de même comme pour les tableaux précédents. Pour l'item « représentation globale de la vie », trois sujets (S1, S2, S3) ont une représentation globale de la vie passable, un seul sujet (S4) a une représentation globale de la vie excellente et l'autre sujet (S5) a une représentation de la vie presque nulle. Au niveau de l'item « buts et projet de vie », trois sujets (S3, S4, S1) ont des buts et projets de vie très encourageant, un sujet (S2) a des buts et projets assez encourage et le dernier sujet (S5) a des buts et projets encourageant. Concernant l'item « représentation globale des vécus quotidiens », le sujet (S2) a une représentation globale des vécus quotidiens excellente, un seul sujet (S4) a une représentation des vécus quotidiens assez bonne, un sujet (S3) a une représentation globale des vécus quotidiens passable, puis un autre sujet a une représentation des vécus quotidiens médiocre et enfin un dernier sujet (S5) a une représentation des vécus quotidiens quasi-nulle. Ensuite, Sur l'item « le vécu des deux dernières semaines », deux sujets (S2, S3) ont un vécu des deux dernières semaines acceptables, et deux autres sujets (S4, S5) ont un vécu des deux dernières acceptable, par contre un seul sujet (S1) a un vécu des deux dernières semaines inacceptable.

3-2-1-3-2.-Eléments interprétatifs

Le domicile constitue le lieu de vie par excellence de tout un chacun. Cependant avec l'âge et la dépendance qui lui est parfois associée, la présence de nombreux intervenants à domicile est fréquemment indispensable pour qu'une personne âgée puisse y rester.

Garantir et protéger les droits de l'homme des personnes âgées tels que spécifié dans la Déclaration universelle des droits de l'homme offre un excellent moyen de réduire les risques de maltraitance de ces personnes et de les autonomiser. Dans certains pays, des lois complémentaires sont parfois nécessaires pour améliorer le cadre juridique destiné à protéger les droits des personnes âgées, d'éviter qu'elles ne soient maltraitées et négligées, et pour conclure de renforcer leurs chances de participer à tous les aspects de la vie sociale.

Les conditions de vie se détériorent souvent pour les personnes âgées. À mesure que les personnes avancent en âge, la réduction de leurs possibilités économiques et la détérioration de leur état de santé aggravent fréquemment leur vulnérabilité à la pauvreté. Ces conditions varient toutefois en fonction du contexte et de la catégorie de personnes âgées. Les moyens de subsistance ont tendance à reporter de la même manière. Dans les pays développés, les retraites constituent le principal moyen d'existence et de protection pour les personnes âgées.

3-2-1-3-3.-Conclusions en commentaire

Les personnes séniles ont aussi des ambitions et le droit d'exister. Cela se justifie par le fait qu'au moins 3/5 de sujets ont des pensées positives.

3-2-1-4.-Evaluation des réponses à l'échelle du soutien

3-2-1-4-1.-Rappel des faits observés

Pour l'item « évaluation du soutien reçu ou objectif », deux sujets (S2, S5) ont soutien reçu très abondant, deux autres sujets (S3, S4) ont un soutien reçu assez abondant et un seul sujet(S1) a un soutien reçu abondant. Au niveau de l'item « évaluation du soutien perçu ou subjectif », quatre sujets (S1, S3, S4, S5) ont un soutien perçu très satisfaisant et un seul sujet (S2) a un soutien perçu très satisfaisant. En ce qui concerne l'item « le rôle du soutien reçu ou senti dans la

gestion du stress », deux sujets (S1, S2) réussissent à évacuer totalement le stress grâce au soutien reçu, le sujet (S3) réussit à évacuer assez le stress grâce au soutien reçu, et un seul sujet ne réussit pas à évacuer le stress grâce au soutien reçu. Au niveau de l'item « évaluation du réseau social (01) », quatre sujets (S1, S2, S3, S4) ont un nombre de personnes importantes assez élevé et un seul sujet (S5) a un nombre de personnes importantes très élevé. Pour ce qui est de l'item « évaluation du réseau social (02) », trois sujets (S3, S4, S5) ont un nombre de relations sociales très considérables et les deux autres sujets (S1, S2) ont un nombre de relations sociales très considérable. Enfin, sur l'item « représentation des dimensions du soutien social », trois sujets (S2, S4, S5) ont des dimensions du soutien assez élevées et les deux dernières autres sujettes (S1, S3) ont des dimensions très élevées.

3-2-1-4-2.-Eléments interprétatifs

Certains chercheurs se sont focalisés sur la qualité des relations sociales relative à la disponibilité, la satisfaction, et au type de ressources engagées dans les relations permettant à l'individu de se sentir aimé et valorisé (House, 1981 ; Sarason, Levine, Basham et Sarason, 1983 ; Rodriguez et al. 1998). D'autres considèrent le soutien social comme un échange de ressources favorisant le bien-être du récepteur (Shumaker et Brownell, 1984). Mais le soutien social peut aussi être conceptualisé comme une aide au coping ou « coping interpersonnel » (interpersonal coping) (Thoits, 1986 ; Greenglass, 1993) ou encore comme une ressource pour le coping (Endler et Parker, 1990).

3-2-1-4-2-1.-Le soutien social et ses dimensions

La conceptualisation du soutien social repose sur une distinction largement admise entre aspect structurel (quantité, disponibilité) et aspect fonctionnel (qualité) du soutien. Les chercheurs sociologues ou épidémiologistes n'ont pas systématiquement mis en exergue le postulat que les interactions sociales sont par essence bénéfiques pour l'individu.

Le soutien social permet d'envisager :

-la qualité des relations sociales relative à la disponibilité, la satisfaction, et au type de ressources engagées dans les relations permettant à l'individu de se

sentir aimé et valorisé ;

-les échanges de ressources favorisant le bien-être du récepteur ;

-l'une aide au coping ou « coping interpersonnel » analysé comme ressource pour le coping (Endler et Parker, 1990).

3-2-1-4-2-2.-Le soutien reçu et soutien perçus

Le soutien reçu ou objectif (support actually received) est un comportement d'aide qui comprend des actes spécifiques généralement reconnus comme des efforts intentionnels pour aider une personne, soit spontanément ou sur demande. Le soutien perçu ou subjectif (perceived available support) est un indicateur de l'appréciation du soutien qui peut prendre diverses formes comme la disponibilité, la satisfaction, le sentiment de faire l'objet d'attention, d'attachement, d'être respecté ou impliqué, de se sentir bien, ou encore de se sentir dans une relation d'alliance (Vaux, 1988).

Le soutien objectif, concret (le soutien reçu) n'est pas forcément évalué et ressenti par la personne comme une aide (le soutien perçu). Dans Le soutien social perçu peut être défini comme « l'impact subjectif de l'aide apportée par l'entourage d'un individu et la mesure dans laquelle celui-ci estime que ses besoins et ses attentes sont satisfaits » (Procidiano et Heller, 1983, cités par Bruchon-Schweitzer, 2002, p. 333). Pour Cohen (1991), le support perçu est le reflet du soutien disponible : « le support perçu n'est pas une estimation grossière et biaisée du soutien disponible mais plutôt une ébauche de représentation du soutien disponible dans l'environnement » (op.cit., 1991, p. 231).

3-2-1-4-2-3.-Les sources de support

Les « aidants » peuvent être divisés en deux classes principales : les aidants formels et informels. Les sources formelles de support sont les professionnels de l'aide, les structures publiques, les organisations, les groupes d'assistance (la liste n'est pas exhaustive) tandis que les sources informelles sont constituées des parents, amis, collègues, etc.

3-2-2-3.-L'intégration sociale

Pour Thoits (1982), le soutien social est « la gratification des besoins

sociaux de base d'une personne grâce à l'interaction avec d'autres personnes. Les besoins identifiés sont l'affection, l'estime ou l'approbation, le fait de se sentir bien, l'identité et la sécurité ».

3-2-1-4-2-4.-Les conséquences psychologiques du soutien social

Les individus socialement intégrés sont susceptibles de recevoir davantage de feedback de leur entourage. La multiplicité des rôles sociaux serait un facteur permettant de construire son identité et de promouvoir des sentiments de valeur personnelle, de prévisibilité, de stabilité, et de contrôle dans la vie (Thoits, 1983). Ces identités de rôle sont également à l'origine d'attentes sur la façon dont les individus sont censés agir (comportements de santé par exemple). De surcroît, elles apportent des éléments d'information à la personne en lui permettant de savoir qu'il est au sens existentiel du terme, en lui donnant du sens (meaning and purpose).

Rook (1990) considère que la santé et le bien-être sont la conséquence d'un contexte social « signifiant », qui donne du sens en permettant aux individus de se mobiliser pour donner en retour, tout ceci permettant de créer des liens.

L'intégration sociale permettrait de développer plusieurs concepts de soi en lien avec la position sociale occupée. En permettant d'améliorer l'estime de soi et le sentiment de valeur personnelle, elle serait un facteur susceptible de favoriser l'adaptation aux événements stressants, les affects positifs et la prévention de la dépression (Cohen, 1988).

Le soutien social va de pair avec des attitudes psychologiques chez la personne. Ce dernier pense consciemment ou inconsciemment que :

-le soutien social interviendrait entre l'événement stressant et la réaction de stress en atténuant ou en prévenant l'intensité du stress perçu ;

-le sentiment de pouvoir compter sur quelqu'un qui permet de redéfinir la difficulté de la situation et de renforcer la capacité perçue pour y faire face ;

-le sentiment et la croyance que le soutien social pourrait réduire ou éliminer la réaction affective, physiologique ou comportementale inadaptée ;

-la disponibilité d'une personne pouvant échanger à propos du problème permettrait de réduire les pensées intrusives préjudiciables.

3-2-1-4-2-5.-Le soutien social et les comportements de santé

Le soutien social perçu peut augmenter la motivation à prendre soin de soi ou tout au moins va permettre à l'individu de ne pas s'engager dans des comportements destructifs ou délétères pour la santé. De même, la pression sociale et normative liée à l'intégration dans un groupe d'influence sociale serait également susceptible de stimuler l'adoption de comportements de santé, de ralentir la progression des maladies, ou encore d'influencer le processus de récupération.

Le réseau social, un nombre important de contacts sociaux peut également avoir un impact négatif sur la santé en augmentant l'exposition aux agents infectieux. Toutefois, des études ont montré chez des étudiants en bonne santé que le stress et la diversité des contacts sociaux interagissent.

La diversité des contacts est associée avec davantage de maladies chez les personnes ayant vécu le plus d'événements stressants, et légèrement moins de maladies chez les personnes ayant vécu peu d'événements stressants.

3-2-1-4-3.-Conclusions en commentaire

Les personnes âgées ont besoin de tous types de soutien venant de leur entourage pour mieux s'adapter dans la société et résoudre leurs problèmes. Nous constatons que presque tous les cinq sujets reconnaissent recevoir un soutien de très bonne qualité venant de leurs proches.

CONCLUSION

Dans cette recherche qui porte sur la « qualité de vie de la personne âgée et fonctions mentales », nous l'avons abordé sous l'angle de l'éducation spécialisée. Nos intentions en début de cette étude étaient de montrer l'influence de la qualité de vie de la personne âgée sur ses fonctions mentales. La problématique soulevée était celle de la compréhension de l'impact que peut avoir la qualité de vie (la perception subjective des conditions de soi et le soutien social) de la personne âgée sur ses fonctions mentales.

En nous inspirant de la revue de la littérature de nos deux variables, nous nous sommes posé la question suivante : « la qualité de vie de la personne âgée influence-t-elle ses fonctions mentales ? ». Suite à cette question, dérive deux questions spécifiques à savoir : « la perception subjective des conditions de soi de la personne âgée influence-t-elle ses fonctions mentales ? » et « le soutien social de la personne âgée influence-t-il ses fonctions mentales ? ».

Suite à cette série de questions, nous avons pu aussi avoir trois réponses provisoires à savoir : « la qualité de vie de la personne âgée influence ses fonctions mentales » ; « la perception subjective des conditions de soi de la personne âgée influence ses fonctions mentales » et « le soutien social de la personne âgée influence ses fonctions mentales ».

Nous avons opté pour la méthode qualitative. Cette méthode a été choisie pour sa capacité à fournir une analyse en profondeur des phénomènes dans leur contexte. Suivant nos critères d'inclusion et d'exclusion, notamment être sénile (avoir au moins 70 ans), s'exprimer en français et parfois l'écrire, avoir les capacités de répondre aux 2 échelles et au questionnaire pendant deux heures de temps au moins. Cinq participants ont été retenus. Ces participants sont quatre hommes et une femme, toutes ces personnes vivent dans la ville de Yaoundé. Lorsque nous avons fini de collecter les informations au niveau de nos participants, nous avons pris les résultats recueillis dans chaque instrument auprès de chacun d'entre eux et nous les avons compilés dans un même tableau. Après, nous avons pu retenir le quota des réponses le plus élevé par item (au moins 3/5) Suite à ces résultats, il en ressort que, pour l'échelle

d'autoévaluation des difficultés d'attention, plus de la moitié des individus âgés de 70 à 80 ans de notre échantillon ont une attention globale correcte. Cela peut se justifier par les réponses données au niveau des items (1,9, 16,3, 6, 14, 15, 17). Et pour l'échelle d'autoévaluation de la mémoire, nous notons qu'au moins 3/5 individus ont répondu par « jamais » par rapport aux 23 items sur les 39. Ce qui laisse croire que la plupart des sujets de notre échantillon ont : une mémoire épisodique, une mémoire procédurale, des fonctions exécutives et résolutions des problèmes normales.

Nos recommandations vont à l'endroit des membres de la famille, des amis, des collègues, des personnes de santé car il est important d'accompagner les personnes âgées dès le début de la vieillesse pour éviter la dégradation totale des fonctions mentales plus tard. Il est question ici d'expliquer à ces personnes et leurs proches que la vieillesse n'est pas une fatalité, que c'est la dernière étape de l'évolution de l'homme et que nous tous nous sommes appelés à la vivre. Nos recommandations vont aussi à l'endroit de l'Etat camerounais qui doit mettre sur pied les structures hospitalières spécialisées pour la prise en charge des personnes âgées sur toute l'étendue du territoire. Vu que la vieillesse est une problématique délicate, ces personnes ne peuvent pas être prise en charge de la même manière qu'un adulte ou un adolescent bien portant.

Le handicapologue ou psychologue en gérontologie pour sa part, devra apporter des éléments d'accompagnement ou de prise en charge des personnes âgées. Ce dernier doit pouvoir mettre sur pied des programmes permettant à cette catégorie de personnes à se divertir (en organisant des marches de courte distance, des séances de lecture pour ceux qui peuvent lire, le partage des expériences etc.) pour éviter le stress ou la dépression. Il doit organiser des entretiens avec le sujet âgé et ses proches pour solidifier les liens dans la famille. Il doit évaluer de façon récurrente l'état des fonctions mentales du sénile. Dans le cadre de notre étude, nous avons pu monter deux outils à savoir : l'échelle d'autoévaluation des difficultés d'attention et le questionnaire de mesure de la qualité de vie (QMQR-Cameroun).

Aussi nous sommes dans le regret de ne pas avoir reçu davantage de réponses positives de la part de certaines personnes âgées à la demande d'entretien et de la part de certains hôpitaux à la demande de mener les enquêtes. L'accès aux ouvrages très récents a été un serpent de mer pour nous. Mais, il n'en demeure pas que d'autres recherches soient menées dans le même sens.

Suite à notre recherche, la question fondamentale qui continue à se poser à nous est celle de savoir dans quelle mesure la qualité de vie de la personne âgée est le seul élément qui influence ses fonctions mentales ? Malgré le fait que cette interrogation puisse ouvrir d'autres champs de recherches, nous avons pu obtenir les réponses partielles (affirmatives) à nos trois questions initiales de départ.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Akira, S., Uematsu, S., and Takeuchi, O. (2006). Pathogen recognition and innate immunity. *Cell* 124:783-801.
- Baddeley, A. D. (2000). The episodic buffer: A new component of working memory? *Trends in Cognitive Sciences*, 4, 417-423. [https://doi.org/10.1016/S1364-6613\(00\)01538](https://doi.org/10.1016/S1364-6613(00)01538).
- Baron, R.M., & Kenny, D.A. (1986). ‘‘ The moderation-mediator variable distinction in social psychological research: conceptuel, strategic, and statistical consideration’’. *Journal of Personality and Social Psychology*. <https://doi.Org/1,6,pp.1173-1182>.
- Beisette, I. Cohen, S. & Seeman, T. (2000). Measuring social integration and social networks. In S. Cohen, L. G. Underwood, & B. H. Gttlieb (Eds.), *Social support measurement and intervention*, 53-85. Oxford University Press.
- Bowlby. (1969). *Attachement and loss. Bassic*.
- Bruchon, S. M. (2002). *Psychologie de la santé : modèle, concepts et méthodes*. Dunod.
- Bullier, J. (2001). Integrated model of visual Processing. *Brain Res Rev*, 36, 96-107
- Burleson, B. R. (2003). The experience and effects of emotion support: What the study of cultural and gender differences can tell us about close relationships, emotion and interpersonal communication. *Personal Relationships*, 10(1), 1- 23. <https://doi.Org/10.1111/1475-6811.00033>
- Cassel, J. (1976). The contribution of the environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 10(4), 107-123.
- Cobb, S. (1979). *Health, Behaviour and the Community: An Ecological Perspective*. Pergamon press.

Cohen, S., Doyle, W.J., and Baum, A. (2006). Socioeconomic status is associated with stress hormones. *Psychosomatic Medicine*, 68, 414-420.
<http://dx.doi.org/10.1097/01.psy.0000221236.37>

Cohen, S., & Hoberman, H. (1983) positive Events and Social Supports as Buffers of Life Change Stress. *Journal of Applied Social Psychology*, 13, 99-125.
<http://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1983.Tb02325.X>.

Cohen, S., & Underwood, L. G., B. H. (2000). *Social support measurement and intervention. A guide for health and social scientists*. Oxford University Press.

Coser, L. (1974). *Greedy institutions patterns of undivided commitment*. New York NY: Free Press.

Diamond, A. (2013). Executive functions. *Annual Review of Psychology*, 64(1), 135-168. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143750>

Durkheim, E. (1897-1951). *Suicide*. The Free Press.

Durkheim, E. (1967). *Le suicide, étude sociologique*. PUF.

Cohen, S., Wills, T.A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357

Cohen, S., Knickmeyer, Leslie, A. M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a "theory of mind"? *Cognition*, 21, 37-46.

Cohen, S., Underwood, L. G., et Gottlieb, B. H. (2000). *Social support measurement and intervention*. New York: Oxford University Press.

Craik, F. I., & Lockart, R. S. (1972). Levels of processing: A framework for memory research. *Journal of experimental psychology*, 11(6), 671-684.

Cutrona, C.E. & Russell, D.W. (1990). Type of social support and specific stress: Toward a theory of optimal matching. *B.R. Sarason, Social support: An interactional view*. John Wiley & sons.

Dupuis, G., Perrault, J., Lambany, M-C., Kennedy, E. & David. (1989). A new tool to assess quality of Life: the quality of life systemic inventory. *Quality of life and Cardiovascular care*, 5, 36-45.

Endler, & Parker. (1990). Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 343-353.

Ferry, & Gouès, L. (2008). *Psychopathologie du sujet âgé*. MASSON

Franceschi, & al. (2007). Inflammaging and anti-inflammaging a systemic perspective on aging and longività emerged from studies in human. *Mech Ageing Dev*, 12(8), 92-105.

Freud, S. (1905). Le trait d'esprit et sa relation à l'inconscience. *Puf*.

Geurten, M., Meulemans, T., & Lemaire, P. (2018). From-specific to domain-general. *Cognitive Development*, 48, 62-81.

Ghetti, S., DeMaster, D.M. Yonelinas, A.P. & Bunge, S .A. (2010). Developmental differences in medial temporal lobe function during memory encoding. *J Neurosci*, 30, 9548-9556.

Giedd, N.J., Snell, W.J., Lange, N., Rajapakse, C.J., Casey, J.B. (1996). Quantitative magnetic resonance image of human brain development: ages 4-18. *Cereb. Cortex* 6: 551-560.

Goto, Y., & Grace, A . A. Dopaminergic modulation of limbic and cortical drive of nucleus accumbens in goal-directed behavior. *Nat Neurosci*, 8, 805-12.

Grotewiel, M.S., Martin, I., Bhandara., & Cook, W.E. (2005). Senescence in drosophila integrin mutin. *Aging Cell*, 2, 257-264. Functional

Goode, W. (1960). Theory of role strain. *American Sociological Review*, 25, 483-496. <https://doi.org/10.2307/2092933>

Guérin. (2007). Defining Graduate Education in Design. *Journal of Interior Design*, 33. ISSUE.

Hausmann, R., Penizza, U. & Eichengreen, B. (2003). Le péché originel : le calvaire, le Mystère et le chemin de la rédemption, *Revue D'Analyse Economique*. <https://doi.Org/10.7202/O1561>.

Hayflick, L. (1998). How and why we age. *Experimental Gerontology*, 33, 634-653.

Herfray. (1985). Vieillissement : identité, deuil et castration. *Bulletin de Psychologie*

- Jambaqué, L., Dellatolas, G., Dulac, O., Ponsot, G., & Signoret, J. L. (1993). Verbal and visual memory impairment in children with epilepsy. *Neuropsychologia*, 31, 1321-1337.
- Jameway, C. A. Jr. and Medzhitov, R. (2002). Innate immune recognition. *Annu Rev Immunol*.
- Kawachi I., & Berkman, L.F. (2000). *Social cohesion, social capital, and health*. Berkman LF
- Kirkwood, T.B. and Holliday, R. (1979). The evolution of ageing and longevity. *Proc R Soc Lond B Bio Sci*.
- Lazarus et Folkman. (1984, p.19). Coping and adaptation. W.D. GENTRY (Ed.), *Handbook of behavior medicine*, Guilford, 381-409
- Levin, H. S., & Eisenberg, H.M.(1979). Neuropsychological impairment after closed head injury in children and adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, (4), 389-401.
- Linda, S., Ruehleman. & Karoly, P. (1991). With a little flak from my friends: Development and preliminary validation of the test of negative social exchange (TENSE). *Psychology, Engineering, Ira A. Fulton Schools of (IAFSE)*
- Lockenhoff, C. E., De Fruyt, F., Terracciano, A., McCrae, R. R., De Bolle, M., Costa Jr, P. T., et Coll. (2009). Perceptions of aging across 26 cultures and their culture-level associates. *Psychology and Aging*, 24(4), 941-954.
- Luria, A. R. (1987). The mind of a mnemonist: a little book about a vast memory. Cambridge, MA. *Harvard University Press*.
- M. (1992). « Macroéconomie : théorie et controverses post-keynésienne ». *Dunod*.
- Malguarnera, & al. (2001). Acetyl-L carnitine improves cognitive function in severe hepatic encephalopathy: A randomized and controlled clinical trial. *Metabolic Brain Disease*, 26, 2081-289, <https://doi.org/10.1007/511011-011-9260-Z>.
- Manuck, S.B. (1994). Cardiovascular reactivity in cardiovascular disease: Once more unto the breach. *Int J Behav*.

- Maslow, A.H. (1943). A theory of motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370-67.
- Messy, L. J. (2002). La personne âgée n'existe pas. *Payot & Rivages*.
- Mishara, B., Riedel. (1984). Le vieillissement. *P.U.F.*
- Navon, D. (1977). Forest before trees: the precedence of global features in visual perception. *Cognitive Psychology*, 9, 353-383.
- Navon, D. (1981). The forest revisited more on global precedence. *Psychological Research*, 43 (1), 1-32.
- Paganelli. (1992). Effect of butyrate enemas on the colonic mucosa in distal ulcerative colitis. *Gastroenterology*, 103 (1), 51-56.
- Parker, E.S., Cahill, L. & McGaugh, J.L. (2006). A case of unusual autobiographical remembering. *Neurocase*, 12, 35-49.
- Peggy, A. & Thoits. (1982). Conception methodological, and theoretical problems in studying social against life stress. *Journal of Health and Social Behavior*. Vol. 23, No. 2, pp. 145-159.
- Pierre & Boudieu. (1978). *La jeunesse n'est qu'un mot, paru dans les jeunes et le premier emploi*. Association des Angés.
- Pirson, G. (2009). Le vieillissement démographique sera plus rapide au Sud qu'au Nord. *Population & Sociétés*, n°457, Ined, Paris, 4p.
- Poirel, & N., Mellet, E., Houdé, o., & Pineau, A. (2008). First came the trees, then the forest: developmental changes during childhood in the processing of visual local-global patterns according to the meaningfulness of the stimuli. *Developmental Psychology*, 44, 245-253.
- Putman, R. (2000). *Social capita: measurement and consequences*. Kennedy School of Government. Harvard University.
- Richard, S., & Lazarus. (1991). *Emotion and adaptation*. Oxford University Press USA.
- Rodriguez, M., & Cohen, S. (1998). Social support. *Encyclopedia of Mental Health*, 535-544. NEW YORK. Académie Press.

Rook, K. S. (1990). Parallels in the study of support and social strain. *Journal of Psychological distress among the elderly. Psychology and Aging*, 5, 327-334. <https://doi.org/10.1037//0882-7974.5.3.327>

Sarason, G.I. (1991). Personality: one world and limited domains. *First Published*. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280>.

Schraub, S., & Mercier, M. (2002). Mesure de la qualité de vie, concepts, intérêt et instruments. In S. Schraub, T. Conroy, qualité de vie et cancérologie. Paris, *John Libbey Eurotext*.

Schoumaker, B. (2000). Le vieillissement en Afrique subsaharienne. *Espace, Populations Sociétés. Le vieillissement dans le monde*, n°3, 379-390.

Sergent, J. (1982). Theoretical and methodological consequence of variation in exposure duration in visual laterality studies. *Perception & Psychophysics*, 31, 451-461.

Stansfeld, S. A., & Marmot, M.G. (1992). Social class and minor psychiatric in British Civil Servants: A validated screening survey using the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 22(3), 739-749.

Stiles, W. B., Leach, C., Barkham, M., Lucock, M., Iveson, S., Shapiro, D. A., Iveson, M., & Hardy, G. (2003). Early sudden gains in psychotherapy under routine clinic condition: *practice-based evidence*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 14-21.

Streeter, C. L., & Franklin, C. (1992). Defining and measuring social work practitioners. *Research on Social Work Practice*, 2(1), 81-98. <https://doi.org/10.1177/104973159200200107>.

Thoits, H. (1983). Multiple identities and psychological Well being: A reformulation and test of social isolation hypothesis. *American Sociological Review*, 48, 174-187.

Tulving, E. (2002). Episodic memory: from mind to brain. *Annual Review of Psychology*, 53, 1-25. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.10090>

Tulving, E. (1984). Relations among components and processes of memory. *Behav. Brain Sci*, 7,257-68

Uchino, B.N., Holt-Lunstad, J., Uno, D., & Flinders, J.B. (2001). Heterogeneity in the Social Networks of YOUNG and Older Adults: Prediction of Mental Health and cardiovascular Reactivity during Acute Stress. *Journal of Behavioral Medicine*, 24, 361-382

Vaux, A. (198). *Social support: theory, research and intervention*. NEW YORK: Praeger Publishers.

Velkoff, V. A., Kowal, P.R. (2007). Population aging in sub-sahara Africa: demographic dimensions 2006. Washington, *National Institute on Aging*, U.S. Census Bureau.

Vurpillot, E. (1968). The development of scanning strategies and their relation to visual differentiation. *Journal of Experimental Child Psychology*.
[https://doi.org/10.1016/0022-0965\(68\)90108-2](https://doi.org/10.1016/0022-0965(68)90108-2).

Wantsen, P., Anger, M., Guénoilé, F., Desgranges, B., Eustache, F., & Guillery-Girard, B. (2018). La mémoire autobiographique chez les enfants avec trouble du spectre de l'autisme : développement et pistes de prise en charge. *Neuropsychologie et remédiations des troubles du spectre de l'autisme : Enfants d'âge scolaire, adolescent et adultes*. Louvain-la Neuve: De Boeck Supérieur.

World health Organization. (1993). Study protocol for the world health Organization project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQOL). *Qual Life Res*, 2, 153-9.

ANNEXES

ANNEXE 1 : AUTORISATION DE RECHERCHE

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix – Travail – Patrie

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DES SCIENCES DE
L'EDUCATION

DEPARTEMENT D'EDUCATION
SPECIALISEE



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace – Work – Fatherland

UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF SCIENCES OF
EDUCATION

DEPARTMENT OF SPECIALIZED
EDUCATION

Le Doyen

N°...185.../21/UYI/FSE/ VDSSE

AUTORISATION DE RECHERCHE

Je soussigné (e), **Professeur BELA Cyrille Bienvenu**, Doyen de la Faculté des Sciences de l'Education de l'Université de Yaoundé I, certifie que l'étudiant **NDJOMO ERIC JEAN PIERRE**, Matricule **20V3070** est inscrit en Master II à la Faculté des Sciences de l'Education, Département : **EDUCATION SPECIALISEE**, option : **HANDICAPS MENTAUX, HABILETES MENTALES ET CONSEIL**.

L'intéressé doit effectuer des travaux de recherche en vue de la préparation de son diplôme de Master. Il travaille sous la direction du **Professeur MAYI MARC BRUNO**, Son sujet est intitulé : « **perte des fonctions mentales et qualité de vie chez les personnes âgées** ».

Je vous salue et vous remercie de bien vouloir la recevoir et mettre à sa disposition toutes les informations susceptibles de l'aider à conduire ses travaux de recherches.

En foi de quoi, cette attestation de recherche lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit /.

Fait à Yaoundé, le... 23 MARS 2023

Pour le Doyen et par ordre

Dr. Michel Abdoulaye Fanyji

ANNEXES 2 : INSTRUMENTS DE LA RECHERCHE

ANNEXES 2-1
QUESTIONNAIRES POUR MESURER LA QUALITÉ DE VIE

ANNEXE 2-1-1

COTATION DU QUESTIONNAIRE MCGILL POUR MESURER LA QUALITÉ DE VIE — VERSION RÉVISÉE (MQOL-R)

Partie A

L'item « A » est une échelle à un item (MQOL-SIS) qui mesure de la qualité de vie dans son ensemble (globale). Il n'est pas inclus dans le score total au MQOL-R.

SCORES POSSIBLES

Tous les items du MQOL-R, tous les scores des sous-échelles du MQOL-R et le score total du MQOL-R comportent une plage de valeurs entre 0 et 10.

Pour que la valeur 0 indique toujours la pire situation et 10 la meilleure situation, avant de calculer les scores aux MQOL-R ou de procéder à l'analyse des données, inversez le score des items 1, 3 à 7 et 10 en soustrayant le score brut de 10.

SOUS-ÉCHELLES DU MQOL-R

Sous-échelle physique	
Items	Score inversé
1... mes symptômes physiques (exemples : douleur, nausée, fatigue et autres) ont été : Remarque : La liste des symptômes n'est pas utilisée dans le calcul du score au MQOL-R, mais elle a été ajoutée au MQOL-R au cas où elle pourrait servir à d'autres fins.	Inverser
2. ...je me suis senti(e) :	Non
3. ...être dans l'incapacité de faire les choses que je voulais faire :	Inverser

Sous-échelle physique	
Items	Score inversé

4. ...je me suis senti déprimé(e) :	Inverser
5. ...j'ai été nerveux (se) ou inquiet (été.) :	Inverser
6. ...je me suis senti(e) triste :	Inverser
7. ...quand j'ai pensé à l'avenir, je me suis senti(e) :	Inverser

Sous-échelle existentielle	
Items	Score inversé
8. ...ma vie a été :	Non
9. ...En pensant aux buts que je m'étais fixés dans la vie, je sens que :	Non
10. ...le niveau de contrôle que j'ai eu sur ma vie :	Inverser
11. ...eu une bonne opinion de moi-même en tant que personne :	Non

Sous-échelle sociale	
Items	Score inversé
12. ...la communication avec les personnes qui me sont chères a été :	Non
13. ...dans mes relations avec les personnes qui me sont chères, j'ai senti :	Non
14. ...je me suis senti(e) soutenu(e) :	Non

Score total au MQOL-R

DONNÉES MANQUANTES

Imputation multiple

Imputation moyenne

Calculer le score total au MQOL lorsqu'il est impossible de calculer les scores des sous- échelles.

ANNEXE 2-1-2

COTATION DU QUESTIONNAIRE MCGILL POUR MESURER LA QUALITÉ DE VIE — (original) (MQOL)

PARTIE A

L'item « A » est une échelle à un item (MQOL-SIS) qui mesure de la qualité de vie dans son ensemble (globale). Il n'est pas inclus dans le score total au MQOL.

SCORES POSSIBLES

Tous les items du MQOL, tous les scores des sous-mesures du MQOL et le score total du MQOL comportent une plage de valeurs entre 0 et 10.

Pour que la valeur 0 indique toujours la pire situation et 10 la meilleure situation, avant de calculer les scores aux MQOL ou de procéder à l'analyse des données, inversez le score des items 1, 2, 3, 5, 6, 7 et 8 en soustrayant le score brut de 10.

SOUS-MESURES DU MQOL

Sous-échelle physique	
Items	Score inversé
1. ...un des symptômes qui m'incommodait était :	Inverser
2. ...un autre symptôme qui m'incommodait était :	Inverser
3. ...le troisième symptôme qui m'incommodait était :	Inverser
Remarque : Si « aucun » est écrit comme symptôme physique, un score brut de 0 devrait être attribué (ce qui signifie aucun problème) qui comptera pour 10 lorsque le score sera inversé. Remarque : La liste des symptômes n'est pas utilisée dans le calcul du score au MQOL-R, mais elle a été ajoutée au MQOL-R au cas où elle pourrait servir à d'autres fins	

Sous-échelle physique	
Items	Score inversé
4. ...je me suis senti(e) :	Non
Remarque : Cette sous-mesure ne concerne que l'item n° 4.	

Sous-échelle psychologique	
Items	Score inversé
5. ...j'étais déprimé(e) :	Inverser
6. ...j'étais nerveux (se) ou préoccupé(e) :	Inverser
7. ...je me suis senti(e) triste :	Inverser
8. ...quand j'ai pensé à l'avenir, je me suis senti(e) :	Inverser

Sous-échelle existentielle	
Items	Score inversé
9. ...ma vie personnelle était :	Non
10...concernant les buts que je m'étais fixés dans la vie, j'ai senti que :	Non
11. ...je sentais que ma vie, à ce jour, était...	Non
12. ...je sentais que, sur ma vie, j'avais... (contrôle)	Non
13. ...j'avais une bonne opinion de moi-même en tant qu'individu.	Non
14. Pour moi, les deux (2) derniers jours ont été : (fardeau/cadeau)	Non

Sous-échelle du soutien	
Items	Score inversé
15. ...mon entourage était :	Non
16. ...je me sentais supporté(e) :	Non

Score total au MQOL

DONNÉES MANQUANTES

Imputation multiple

Imputation moyenne

Sous-échelles psychologique et existentielle.

Sous-échelle des symptômes physiques

ANNEXE 2-1-3

COTATION DU QUESTIONNAIRE QUALITÉ DE VIE (CAMEROUN) (MQOL)

QUESTIONNAIRE DE MESURE DE LA QUALITÉ DE VIE - QMQV

Ce questionnaire mesure la perception individuelle que le sujet a de sa position dans la vie, dans le contexte de sa culture et de son système de valeur en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses standards. Il comprend quatre sous-échelles suivantes : « sous-échelle physique », « sous-échelle psychologique », « sous-échelle existentielle », « sous-échelle du soutien ». Chacune d'elle comporte des items en rapport avec leur domaine de définition. En fonction de ceux-ci l'on notera les troubles (pathologies, symptômes, difficultés, etc.) tels qu'ils se manifestent chez le sujet.

SCORES POSSIBLES

Les réponses des sujets font l'objet d'une évaluation chiffrée allant de 0 à 10 et de commentaires. Cela concerne tous les items du QMQV, tous les scores des sous-échelles du QMQV et le score total du QMQV.

La valeur 0 indique toujours la pire situation et 10 la meilleure situation. Le score inversé d'un item est le score brut de celui-ci soustrait de 10 ($x - 10 = y$).

Sous-échelle physique			
Items	Troubles et descriptions	Score	Commentaires
Santé physique globale D. défini par ma santé physique telle que je la perçois e façon globale.			
Douleur physique D. défini par la douleur globale que je vis. L'idéal est de n'avoir aucune douleur physique.			
Alimentation			

D. défini par ma satisfaction de ce que je mange (quantité et qualité ; type d'aliment, de diète, etc.)			
Capacités physiques D. défini par (i) ma capacité d'accomplir les activités journalières et (ii) mon efficacité dans les activités que j'accomplis (marcher, monter des escaliers, me laver, me vêtir, etc.)			

Sous échelle psychologique			
Items	Troubles et descriptions	Score	Commentaires
Tranquillité d'esprit D. défini par le fait de me sentir calme et serein, ou d'être inquiet, anxieux, préoccupé et énervé.			
Estime de soi (opinion globale de soi) D. défini par l'opinion globale que j'ai de moi			
Dépression et anxiété			

<p>D. défini par ma représentation de ma vie, de l'avenir (comment je me sens quand je pense à l'avenir ; qu'est-ce qui me rend triste ; est-ce que je me sens triste tout le temps, une partie du temps ;</p>			
<p>Contenus psychiques D. défini par (i) les idées et représentation qui me viennent à l'esprit pendant la journée et pendant la nuit ; qu'est-ce qui me préoccupe</p>			

Sous-échelle existentielle			
Items	Troubles et descriptions	Score	Commentaires
<p>Représentation globale de la vie D. défini par ma conception générale de la vie ; le jugement que je fais sur ma vie, sur ce qui m'est arrivé ; etc.</p>			
<p>Buts et projets de vie D. défini par les objectifs que je me fixe ; mes prétentions ; mes expectations</p>			

(optimistes ou pessimistes)			
<p>Représentation globale des vécus quotidiens</p> <p>D. défini par la manière dont je sens et vis mon existence quotidienne ; l'impression que j'ai que ma vie peut s'améliorer ou non</p>			
<p>Le vécu des deux dernières semaines</p> <p>D. défini par (i) mon vécu des deux dernières semaines (comment j'ai senti ma vie, est-ce que j'ai eu l'impression que je contrôlais les choses ou que les événements s'imposaient à moi ; est-ce que je sens que j'ai réalisé ma vie pendant cette période de temps ou est-ce que les choses n'ont pas stagnées ou se détériorer ; est-ce que j'ai ressenti ma vie comme un fardeau ou un cadeau pour moi et/ou pour les autres</p>			

Sous-échelle du soutien			
Items	Troubles descriptions	et	Score
Evaluation du			
			Commentaires

<p>soutien reçu ou objectif D. défini par les efforts intentionnels pour m'aider soit spontanément ou soit à sur ma demande</p>			
<p>Evaluation du soutien perçu ou subjectif D. défini par l'appréciation du soutien qui peut prendre diverses formes comme la disponibilité, la satisfaction, le sentiment de faire l'objet d'attention, d'attachement, d'être respecté ou impliqué, de se sentir bien, ou encore de se sentir dans une relation d'alliance</p>			
<p>Le rôle du soutien reçu ou senti dans la gestion du stress D. défini par mon vécu des facteurs stressant passés, actuels et futurs</p>			
<p>Evaluation du réseau social (01) D. défini par les personnes qui sont les plus importantes depuis quelques temps (mois, semaines, jours) ; l'ensemble de personne qui me portent assistance (ou qui fournit cette assistance spontanément) face à certaines</p>			

<p>contraintes ou à divers objectifs ; le sentiment que j'ai encore des amis dans la communauté, et la fréquence des contacts avec les amis et parents ;</p>			
<p>Evaluation du réseau social (02) D. défini par l'évaluation du nombre et des différents types de relations sociales auxquelles participent les individus. Quels sont les rôles de mes parents, de mon conjoint, de mes collègues, de mes parents proches, de mes amis, de mes voisins, des membres de l'église, de mes frères et sœurs</p>			
<p>La présentation des dimensions du soutien social D. défini par : l'attachement (sens de la sécurité et du confort) ; l'intégration sociale (partage de l'interprétation des expériences et opportunités pour se rendre des services) ; la réassurance sur la valeur (assurance de sa compétence dans un rôle social) ; les liens d'alliances (assistance, même</p>			

<p>en l'absence d'affection mutuelle) ; l'orientation (pertinent en cas de situation stressante : support émotionnel, aide pour résoudre les problèmes)</p>			
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

Score total au QMQV

ANNEXES 2-2

ÉVALUATIONS DES PLAINTES MNESIQUES ET D'ATTENTION

:

ANNEXE 2-2-1

Évaluation de la plainte mnésique :

Échelle de Mac Nair (tableau 1.1)

Tableau 1.1 Échelle d'autoévaluation des difficultés cognitives (Mac Nair et Kahn) – EDC.

	Jamais = 0	Rarement = 1	Parfois = 2	Souvent = 3	Très souvent = 4
1. J'ai des difficultés à me souvenir des numéros de téléphone familiers					
2. J'oublie où j'ai posé mes lunettes, mes clefs, mon porte-monnaie, mes papiers					
3. Quand je suis interrompu(e) dans une lecture, j'ai du mal à retrouver où j'en étais					
4. Quand je fais des courses, j'ai besoin d'une liste écrite					
5. J'oublie des rendez-vous, des réunions ou des engagements					
6. J'oublie de téléphoner quand on m'a demandé de rappeler					
7. J'ai du mal à mettre une clef dans la serrure					
8. J'oublie en cours de route des courses que je voulais faire					
9. J'ai du mal à me rappeler le nom des gens que je connais					
10. J'ai du mal à rester concentré(e) sur un travail ou une occupation					
11. J'ai du mal à raconter une émission que je viens de voir à la télévision					
12. J'ai du mal à exprimer clairement ce que je veux dire					
13. Je n'arrive pas à reconnaître des gens que je connais					
14. Il m'arrive d'avoir un mot sur le bout de la langue et de ne pas pouvoir le sortir					

15. J'ai du mal à retrouver le nom des objets					
16. J'ai du mal à comprendre ce que je lis					
17. J'ai du mal à suivre la conversation des autres					
18. J'oublie le nom des gens juste après qu'ils m'ont été présentés					
19. Je perds le fil de mes idées en écoutant quelqu'un d'autre					
20. J'oublie les différentes étapes de recettes de cuisine que je connais bien et je dois les vérifier					
21. J'oublie quel jour de la semaine nous sommes					
22. J'oublie de boutonner ou de tirer la fermeture éclair de mes vêtements					
23. J'ai besoin de vérifier une fois ou deux si j'ai bien fermé la porte, coupé le gaz					
24. Je fais des erreurs en écrivant, ou en faisant des calculs					
25. J'ai du mal à fixer mon esprit sur quelque chose de précis					
26. J'ai besoin de me faire répéter plusieurs fois les choses que je dois faire					
27. J'oublie certains produits à utiliser quand je fais la cuisine					
28. J'ai du mal à boutonner mes vêtements ou à tirer la fermeture éclair					
29. J'ai du mal à ranger mes vêtements à la bonne place					
30. J'ai du mal à coudre ou à raccommoder					
31. J'ai du mal à fixer mon esprit sur ce que je lis					
32. J'oublie immédiatement ce que les gens viennent de me dire					
34. J'ai du mal à savoir si l'on m'a rendu correctement la monnaie					
35. J'oublie de faire certaines démarches connues, de payer des factures, de déposer des chèques, d'affranchir ou poster du courrier					
36. Je dois faire les choses plus lentement qu'avant pour être sûr(e) de les faire bien					
37. J'ai par moments l'impression d'avoir la tête vide					
38. J'oublie quel jour du mois nous sommes					
39. J'ai du mal à utiliser des outils (marteau, pinces, etc.) pour de petites					

réparations					
Nombre total de cases cochées pour chaque fréquence :					
TOTAL pour 39 items /156					

ANNEXE 2-2-2

**ÉCHELLE D'AUTOEVALUATION DES DIFFICULTES D'ATTENTION
CAMEROUN**

	Jamais = 0	Rarement = 1	Parfois = 2	Souvent = 3	Très souvent = 4	commentaires
01. Quand je fais des courses, Je fais attention à ce que j'achète						
02. Lorsque l'on m'appelle au téléphone je ne fais pas attention au numéro de mon interlocuteur						
03. J'ai du mal à faire attention aux détails de mon activité						
04. Dans une émission de télévision ou dans un récit je ne fais attention qu'à ce qui rappelle ma vie						
05. Je ne fais pas attention au nom des objets sauf si on attire mon attention sur celui-ci						
06. J'ai du mal à comprendre ce que je lis						
07. Je ne fais plus attention aux gens après leurs absences						
08. Je ne fais attention aux gens en leur absence que si les gens me poussent à le faire						

09. Je ne fais pas attention aux jours de la semaine						
10. Je fais attention aux jours mais aux dates						
11. Je fais attention aux années, aux mois semaines, jours, aux dates seulement si on me pousse à le faire						
12. Je m'intéresse plus aux détails d'une tenue que porte une personne qu'à tout le reste de son costume						
13. Lorsque je me relis ou que je lis quelqu'un autre ou encore que j'écoute quelqu'un d'autre, je ne m'intéresse pas aux fautes d'inattention et de grammaire						
14. J'ai du mal à fixer mon esprit sur ce qui est à côté de moi						
15. J'ai du mal à ranger mes vêtements à la bonne place						
16. J'ai du mal à fixer mon esprit sur ce que je lis ou sur ce que j'écoute						
17. Quand je me promène, je ne fais pas attention à mon chemin						
18. Quand je reproduis une chose je le fais toujours comme je l'ai vu ou appris						

TABLE DES MATIERES

<u>SOMMAIRE</u>	ii
<u>REMERCIEMENT</u>	iv
<u>RESUME</u>	v
<u>ABSTRACT</u>	vi
<u>SIGLES ET ABBREVIATIONS</u>	vii
<u>INTRODUCTION</u>	1
<u>CHAPITRE 1 : LE VIEILISSEMENT</u>	5
<u>1.-DEFINITIONS</u>	5
<u>1.1.-Le vieillissement</u>	5
<u>1.2.-Le vieillesse</u>	5
<u>2.-LES PERSPECTIVES ANTHROPOLOGIQUES</u>	6
<u>2.1.-Vieillir dans les cultures africaines</u>	6
<u>2.2.-Vieillir dans les cultures non africaines</u>	8
<u>3.-ASPECTS AU VIEILISSEMENT</u>	9
<u>3.1.-Le vieillissement comme fait démographique</u>	9
<u>3.1.1.-La démographie du vieillissement en Occident</u>	10
<u>3.1.2.-La démographie du vieillissement en Afrique</u>	13
<u>3.1.3.-La démographie du vieillissement dans le reste du monde</u>	14
<u>3.2.-Le vieillissement comme fait sociologique</u>	15
<u>3.2.1.-La vie de la personne âgée en Occident</u>	15
<u>3.2.2.-La sociologie de la personne âgée en Afrique</u>	17
<u>3.2.3.-Le vieillissement et les faits d'institutions</u>	18
<u>4.-LE VIEILISSEMENT ENTRE BIOLOGIE ET PSYCHIATRIE</u>	19
<u>4.1.-Vieillir comme fait évolutif en biologie</u>	19
<u>4.1.1.-Les programmations génétiques et non génétiques</u>	20
<u>4.1.2.-Les vieillissements des cellules et des organes</u>	20
<u>4.2.-Les dysfonctionnements biologiques des organes vieillissants</u>	23
<u>5.-ELEMENTS DE GERIATRIE</u>	24
<u>5.1.-La médecine du vieillissement</u>	26
<u>5.2.1.-Les démences</u>	27
<u>5.2.2.-La prise en charge des troubles de l'adulte non résolus</u>	28
<u>5.3.-La psychologie du vieillissement</u>	29
<u>5.4.-Les prises psychosociales médicalisées</u>	30
<u>CHAPITRE 2: QUALITE DE VIE ET SOUTIEN SOCIAL</u>	34
<u>1.-LA QUALITE DE VIE : DEFINITION GENERALE</u>	34
<u>1-1.-Qualité de vie : définition</u>	34
<u>1-2.-L'intérêt pour la qualité de vie chez les personnes âgées</u>	34
<u>2.-LE SOUTIEN SOCIAL</u>	37
<u>2-1.-Soutien social: définition</u>	37
<u>2-2.-Condition humaine et soutien social</u>	38
<u>2-3.-Les différentes approches du soutien social</u>	39

<u>2-3-1.-La tradition sociologique</u>	39
<u>2-3-1-1.-L'intégration sociale</u>	40
<u>2-3-1-2.-Mesure de l'intégration sociale</u>	40
<u>2-3-1-3.-Le réseau social</u>	41
<u>2-3-1-4.-Réseau social et réseau de support</u>	42
<u>2-3-2.-La tradition cognitive</u>	42
<u>2-3-3.-L'approche par les processus interpersonnels</u>	43
<u>2-3-4.-L'approche par la tradition de l'intervention</u>	44
<u>3.-CONCEPTUALISATION ET MESURE DU SOUTIEN SOCIAL</u>	46
<u>3-1.-Typologies et terminologie</u>	46
<u>3-1-1.-Soutien reçu et soutien perçu</u>	46
<u>3-1-2.-Les sources de support</u>	46
<u>3-2.-La mesure des liens sociaux ?</u>	48
<u>3-2-1.-Le réseau social</u>	48
<u>3-2-2.-L'intégration sociale</u>	48
<u>3-2-3.-Les indicateurs complexes du soutien social</u>	48
<u>3-2-3-1.-Indicateur du soutien perçu (Perceived support)</u>	49
<u>3-2-3-1-1.-Les échelles brèves unidimensionnelles</u>	49
<u>3-2-3-1-2.-Les échelles multidimensionnelles</u>	49
<u>3-2-3-1-3.-Echelles de soutien social basées sur le réseau social</u>	50
<u>3-2-3-2.-Le soutien reçu (Received support)</u>	50
<u>3-2-4.-Le conflit social</u>	50
<u>3-3.-Le capital social</u>	51
<u>4.-SOUTIEN SOCIAL ET SANTE</u>	51
<u>4-1.-Les modèles théoriques</u>	52
<u>4-1-1.-Le modèle de l'effet direct versus indirect</u>	52
<u>4-1-1-1.-Les variables médiatrices</u>	52
<u>4-1-1-2.-L'effet direct révisé d'Uchino</u>	53
<u>4-1-1-3.-L'effet amortisseur ou tampon</u>	53
<u>5.-SOUTIEN SOCIAL ET STRESS</u>	54
<u>5-1.-Le soutien social comme amortisseur de stress</u>	54
<u>5-1-1.-La « Stressor-resource matching hypothesis »</u>	55
<u>5-1-2.-Les interactions sociales négatives</u>	55
<u>5-2.-Les mécanismes d'action du soutien social</u>	57
<u>5-2-1.-Les conséquences psychologiques du soutien social</u>	57
<u>5-2-2.-Le soutien social en lien avec les comportements de santé</u>	58
<u>5-2-3.-Les processus physiologiques et avec le soutien social</u>	59
<u>5-2-4.-Les modèles des ressources matérielles et informationnelles</u>	61
<u>5-2-4-1.-Tradition sociologique et liens avec la santé</u>	61
<u>5-2-4-2.-Approche cognitive et liens avec la santé</u>	62
<u>5-2-4-3.-Les processus socioculturels en lien avec le soutien social</u>	63
<u>5-2-4-3.-Les processus liés aux différences individuelles et caractéristiques personnelles</u>	63
<u>5-2-4-4.-Les différences de genre</u>	64

<u>CHAPITRE 3 : MEMOIRE, FONCTIONS EXECUTIVES, ATTENTION VISUELLE ET GLOBALE</u>	65
<u>1.-LA MEMOIRE</u>	65
<u>1-1.-Mémoire : définition</u>	65
<u>1-2.-Les mémoires à court et à long terme</u>	66
<u>1-3.- La mémoire à long terme</u>	67
<u>2.-Les fonctions exécutives</u>	70
<u>2-1.-Fonctions exécutives : définition</u>	70
<u>2-2.-Fonctions exécutives et résolution des problèmes</u>	71
<u>1-3.-La mémoire et ses supports neuropsychologiques</u>	72
<u>1-3-1.-Maturation des organes et mémoire</u>	72
<u>1-3-2.-Mémoire et évaluations neuropsychologiques</u>	75
<u>2.-L'ATTENTION VISUELLE GLOBALE LOCALE</u>	77
<u>2-1.-Les fondements de la problématique</u>	77
<u>CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE</u>	94
<u>1.-Rappel de la problématique et hypothèses</u>	94
<u>1-1.-Rappel de la question de recherche</u>	94
<u>1-2.-Hypothèses</u>	94
<u>1.2.1.-Hypothèse générale</u>	94
<u>1.2.1.1.-Formulation de l'hypothèse générale</u>	94
<u>1.2.1.2.-Description de l'hypothèse générale</u>	94
<u>1.2.1.2.1.-Variable indépendante (VI) :</u>	94
<u>1.2.1.2.2.-Variable dépendante (VD) : Fonctions mentales</u>	95
<u>1.2.1.2.3.-Table des Variables, des Modalités, Des Indicateurs et Indices de</u>	96
<u>1.2.2.-Formulation des hypothèses de recherche (HR)</u>	97
<u>2.-Méthodes d'enquête et de dépouillement des résultats</u>	97
<u>2.1.-Les méthodes utilisées dans la recherche</u>	97
<u>2.1.1.-L'échelle d'autoévaluation des difficultés attentionnelle</u>	97
<u>2.1.1.1.-Nature de l'instrument</u>	97
<u>2.1.1.2.-L'élaboration de notre échelle d'autoévaluation des difficultés attentionnelle</u>	98
<u>2.1.1.3.-Les contextes d'utilisation de l'échelle d'évaluation des difficultés attentionnelles</u>	98
<u>2.1.2.-L'échelle d'autoévaluation de la mémoire</u>	98
<u>2.1.2.1.-Nature de l'instrument</u>	98
<u>2.1.2.2.-L'élaboration de notre échelle d'autoévaluation de la mémoire</u>	98
<u>2.1.2.3.-Les contextes d'utilisation de l'échelle d'autoévaluation de la mémoire</u>	99
<u>2.1.3.2.-L'élaboration de notre échelle de mesure de la qualité de vie</u>	99
<u>2.1.3.3.-Les contextes d'utilisation de l'échelle d'évaluation de la qualité de vie</u>	100
<u>3.-Population et contexte de la recherche</u>	100
<u>CHAPITRE 5 : ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS</u>	101
<u>1.-Résultats à l'échelle d'autoévaluation des difficultés d'attention</u>	102
<u>1.1-Appréciation globale des résultats à l'échelle d'autoévaluation des difficultés d'attention</u>	102
<u>1.2-Commentaires</u>	105
<u>1.2.1-Rappel des faits observés</u>	105
<u>1.2.2.-Eléments interprétatifs</u>	105

<u>1.2.3.-Conclusions en commentaire</u>	106
<u>2.-Évaluation de la plainte mnésique :</u>	107
<u>2.1-Appréciation globale des résultats à l'échelle d'autoévaluation des difficultés cognitives</u>	107
<u>2-2-2.-Eléments interprétatifs</u>	111
<u>2-2-2-1.-Les faits de mémoire épisodique</u>	111
<u>2-2-2-2.-Les faits des fonctions exécutives et de résolution des problèmes</u>	112
<u>2-2-2-3.-Conclusions en commentaire</u>	112
<u>3.-La qualité de vie</u>	114
<u>3-1. Appréciation globale des réponses au questionnaire mesurant la QDV</u>	114
<u>3-1-1.-Sous-échelle physique</u>	114
<u>3-1-2.-Sous échelle psychologique</u>	116
<u>3-1-3.- Sous-échelle existentielle</u>	118
<u>3-1-4.- Sous-échelle du soutien</u>	121
<u>3-2.-Commentaires</u>	124
<u>3-2-1.-Evaluation des réponses aux thématiques physiques, psychologiques, existentielles</u>	124
<u>3-2-1-1.-Evaluatio des réponses à l'échelle physique</u>	124
<u>3-2-1-1-1.-Rappel des faits observés</u>	124
<u>3-2-1-1-2.-Eléments interprétatifs</u>	125
<u>3-2-1-1-3.-Conclusions en commentaire</u>	125
<u>3-2-1-2.-Evaluatio des réponses à l'échelle psychologique</u>	125
<u>3-2-1-2-1.-Rappel des faits observés</u>	125
<u>3-2-1-2-2.-Eléments interprétatifs</u>	126
<u>3-2-1-2-3.-Conclusions en commentaire</u>	127
<u>3-2-1-3.-Evaluatio des réponses à l'échelle existentielle</u>	127
<u>3-2-1-3-1.-Rappel des faits observés</u>	127
<u>3-2-1-3-2.-Eléments interprétatifs</u>	128
<u>3-2-1-3-3.-Conclusions en commentaire</u>	128
<u>3-2-1-4.-Evaluation des réponses à l'échelle du soutien</u>	128
<u>3-2-1-4-1.-Rappel des faits observés</u>	128
<u>3-2-1-4-2.-Eléments interprétatifs</u>	129
<u>3-2-1-4-2-1.-Le soutien social et ses dimensions</u>	129
<u>3-2-1-4-2-2.-Le soutien reçu et soutien perçus</u>	130
<u>3-2-1-4-2-3.-Les sources de support</u>	130
<u>3-2-2-3.-L'intégration sociale</u>	130
<u>3-2-1-4-2-4.-Les conséquences psychologiques du soutien social</u>	131
<u>3-2-1-4-2-5.-Le soutien social et les comportements de santé</u>	132
<u>3-2-1-4-3.-Conclusions en commentaire</u>	132
<u>CONCLUSION</u>	133
<u>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</u>	136
<u>ANNEXES</u>	143
<u>ANNEXE 1 : AUTORISATION DE RECHERCHE</u>	144
<u>ANNEXES 2-1</u>	146
<u>ANNEXE 2-1-1</u>	147

<u>ANNEXE 2-1-2</u>	149
<u>ANNEXE 2-1-3</u>	151
<u>ANNEXES 2-2</u>	158
<u>ANNEXE 2-2-1</u>	159
<u>ANNEXE 2-2-2</u>	162
<u>TABLE DES MATIERES</u>	164