

## Édito

## Le soin : entre l'humain, la science et la technologie

**S**i les avancées technologiques de l'intelligence artificielle (IA) ouvrent la voie à de nombreuses applications innovantes, notamment dans le domaine de la santé, une question se pose : l'IA est-elle destinée à remplacer, ou simplement à assister, les soignants ? L'utilisation de l'IA dans le secteur s'étend à une large variété de champs, allant de la recherche à l'analyse de données massives (*big data*), en passant par le dépistage, l'aide à la décision clinique, et la production de documents.

■ **Cependant, malgré ces avantages prometteurs, l'adoption de l'IA dans les soins se heurte à des difficultés.** Les professionnels de santé, et notamment les aides-soignants, sont souvent peu familiers des technologies numériques en santé, ce qui rend l'utilisation des outils de l'IA complexe. Pour répondre à ce défi, il devient essentiel de développer une culture de l'IA en santé, à travers des formations initiales et continues adaptées. Cette démarche est renforcée par la réglementation [1]. Ainsi, une meilleure appropriation des outils numériques par les professionnels de santé pourrait non seulement faciliter l'intégration de cette technologie dans les pratiques de soins, mais aussi optimiser la qualité des services offerts aux patients.

■ **Le déploiement de l'IA est indissociablement lié à la capacité** de prouver son efficacité. En automatisant des tâches telles que la surveillance des patients à travers le monitoring, combinée à l'analyse des données, l'IA permettrait aux soignants de dégager du temps pour ce qui est au cœur de leur métier : le soin humain. L'IA, aussi performante soit-elle, ne peut remplacer l'empathie, la présence rassurante ou le soutien émotionnel indispensable dans la relation avec les personnes soignées. C'est là que réside un enjeu crucial : comment trouver l'équilibre entre le soutien technologique et le sens des soins ?

■ **L'intégration de l'IA soulève également des défis éthiques et pratiques majeurs.** Pour que cet outil soit accepté, il est nécessaire que ses utilisateurs – tant les soignants que les patients – aient une confiance totale dans ses capacités, ses limites, et surtout dans les principes éthiques encadrant son utilisation. L'IA ne doit en aucun cas porter de manière autonome les décisions critiques ; son usage doit rester celui d'un outil d'aide, sans se substituer aux jugements cliniques. De plus, les patients doivent être rassurés quant à la sécurité de leurs données, car l'IA, pour fonctionner, dépend d'un accès continu à des données nombreuses et fiables.

■ **C'est ici que l'enjeu de la confidentialité et de la sécurité des données de santé devient central.** L'IA recueille et analyse d'énormes volumes d'informations sensibles, et le cadre de régulation entourant cet accès doit être strict et transparent pour éviter tout abus. Trouver des solutions à ces questions, tout en exploitant le potentiel de l'IA pour améliorer la qualité des soins, est un défi que le secteur de la santé doit impérativement relever. Ces apories<sup>1</sup>, loin de constituer un frein, ouvrent une réflexion profonde sur l'avenir des soins et l'articulation entre technologie et humanité. ■

Ingrid Choucrallah

Responsable du département Prospective et ingénierie de formation  
Croix-Rouge Compétence,  
21 rue de la Vanne, CS 90070,  
92126 Montrouge cedex, France

<sup>1</sup> *Contradictions insolubles.*

[1] *Arrêté du 9 juin 2023 portant diverses modifications relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux et aux formations conduisant aux diplômes d'État d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture.*



## Promouvoir le bilan de prévention auprès des seniors

**L**a Société française de gériatrie et gérontologie incite les professionnels de santé à faire la promotion du bilan de prévention pour les 70-75 ans, mis en place en octobre 2023 par l'Assurance maladie [1].

■ **Pour mémoire, quatre rendez-vous ont été instaurés ;** ils concernent les 18-25 ans, 45-50 ans, 60-65 ans et 70-75 ans. Infirmiers, médecins, pharmaciens ou sages-femmes, volontaires et signalés à l'Assurance

maladie, peuvent le conduire. Plusieurs sujets, dont certains spécifiques des seniors, sont à aborder tels que l'hygiène de vie, la vaccination, les dépistages de cancers, et aussi la santé sexuelle, le sentiment d'isolement, la perte d'autonomie, entre autres. Les patients eux-mêmes peuvent répondre à un auto-questionnaire.

■ **À l'issue de l'échange, un plan personnalisé de prévention est**

**établi** et la personne orientée vers les professionnels adéquats en fonction des besoins (activité physique adaptée, nutrition, etc.). ■

Valérie Lequien

[1] *SFGG. Mon Bilan Prévention : voici les informations et les outils pour les 70-75 ans. Communiqué du 12 septembre 2024.*

## Lutte contre les maltraitements : renforcer la formation des professionnels

Saisi en novembre 2022 par le ministre des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées, la ministre déléguée chargée des Personnes handicapées et la secrétaire d'État chargée de l'Enfance, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a analysé les données scientifiques sur les maltraitements à l'encontre de personnes vulnérables. Ce sujet est éminemment complexe et dépendant de l'approche adoptée (transversale ou segmentée) selon les populations cibles des maltraitements, la nature des actes, ou le contexte de survenue. Le HCSP a préféré une approche globale.

■ **Son rapport [1] vise essentiellement à orienter les futures recherches** pour optimiser la lutte contre ces maltraitements, avec 10 propositions structurantes et 28 propositions plus diverses (dont la poursuite du travail pour un

vocabulaire commun, la caractérisation de la gravité des maltraitements).

■ **Néanmoins, huit rappels fondamentaux concernent davantage les professionnels** intervenant auprès de personnes en situation de vulnérabilité ou de potentielle vulnérabilité, tels que la formation obligatoire sur ces sujets. Cet enseignement devrait aborder également les sciences humaines et sociales, la responsabilité éthique et juridique, le droit des personnes. Pour le HCSP, « *recruter des personnes non formées à la lutte contre la maltraitance expose à un risque de dysfonction* ». Pour les professionnels de santé, le repérage des négligences (actes de maltraitance par omission ou insuffisance) et de lésions (sans explication) ou le syndrome du bébé secoué (SBS) sont des thèmes fondamentaux de formation.

■ **Des outils pour favoriser la communication** avec les publics devront être développés et diffusés, ou,



© Andrii Yalanskyi/stock.adobe.com

à défaut, il faudra avoir recours à un interprétariat spécifiquement formé aux maltraitements.

Les institutions sont appelées à veiller à mieux respecter les droits des personnes, leurs besoins fondamentaux, la vie privée et l'intimité, la recherche du consentement.

■ **Le HCSP encourage également la réalisation de retours d'expérience** "maltraitements", et précise son intention : « *Certains événements*

*indésirables signalés associés aux soins peuvent être qualifiés de maltraitements.* » Dans ce document, une fiche est consacrée à la maltraitance des personnes âgées, ses signes d'alerte et conséquences ; une autre aux maltraitements et violences liées au genre, ou encore une portant sur la maltraitance envers les personnes en situation de handicap.

■ **À noter que d'autres populations peuvent être la cible**

de mauvais traitements : les personnes en situation d'obésité, par exemple, mais aussi le personnel soignant ; il s'agit dans ce cas de maltraitance institutionnelle. ■

V.L.

[1] *Haut Conseil de la santé publique. Lutte contre les maltraitements des personnes en situation de vulnérabilité : analyse et propositions du Haut Conseil de la santé publique. Mai 2024.*

## Améliorer l'accès à la santé des femmes sans abri

Pendant dix mois, la délégation aux droits des femmes du Sénat s'est penchée sur la situation des quelque 120 000 femmes sans abri.

■ **Le rapport d'information a été dévoilé** courant octobre [1]. Si ces femmes sont souvent accueillies dans des institutions ou hébergements

d'urgence, 3 000 femmes et près de 3 000 enfants dormiraient dans la rue chaque nuit. Plusieurs situations conduisent à l'absence d'hébergement individuel : avoir une insuffisance de revenu/famille monoparentale ; avoir été prise en charge par l'aide sociale à l'enfance ; être victime de violence ; avoir fui son pays ; avoir des troubles psychiatriques avec ou sans addiction.

■ **La majorité des recommandations** des sénatrices rapporteuses visent les travailleurs sociaux pour favoriser une mise à l'abri, un retour à l'hébergement, et une garantie de l'accès aux droits de ces femmes.

■ **Malgré les stratégies d'invisibilisation de ces femmes**, être à la rue, c'est inéluctablement être violente, violée. À ce trauma s'ajoutent des phénomènes de vieillissement accéléré, des troubles liés aux difficultés d'alimentation et d'accès à l'hygiène, une mauvaise santé mentale, entre autres risques. Aussi, l'accès aux professionnels de santé doit être amélioré, « *en particulier en santé gynécologique et mentale, en déployant la médiation en santé, des permanences d'accès aux soins, des équipes d'intervention mobile, la vaccination des primo-arrivantes* ».

■ **Les rapporteuses pointent en l'occurrence la diminution** des permanences des services publics et la nécessité de prendre les rendez-vous via des applications, qui, conjuguées au manque d'information et, dans

certains cas, à la non-maîtrise de la langue éloignent les femmes sans abri des dispositifs de soins. Il existe des initiatives, des associations qui soutiennent ces populations particulières, mais leur champ d'action est limité, et le maillage territorial est très insuffisant.

■ **Le Premier ministre a annoncé que la santé mentale** sera la grande cause nationale 2025 ; les rapporteuses en profitent pour appeler à une politique publique spécifique en faveur des femmes et notamment de celles sans domicile. ■

V.L.

[1] *Délégation aux droits des femmes. Femmes sans abri, la face cachée de la rue. 9 octobre 2024. [www.senat.fr/fileadmin/Presse/Documents\\_pdf/2024-10-09\\_L\\_Essentiel\\_Femmes\\_sans\\_abri.pdf](http://www.senat.fr/fileadmin/Presse/Documents_pdf/2024-10-09_L_Essentiel_Femmes_sans_abri.pdf).*



© ReaPixel.com/stock.adobe.com

## Il faut en moyenne 0,7 ETP par résident supplémentaire en Ehpad

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) a évalué



© Lumos sp/stock.adobe.com

les besoins en personnels pour l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie, au domicile comme en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) [1].

■ **Au domicile** (hors prestation des services de soins infirmiers à domicile), les besoins des bénéficiaires de l'aide personnalisée d'autonomie (APA), soit 786 000 seniors, étaient en 2021 de 25 heures mensuelles par bénéficiaire.

Cela correspond à 179 400 équivalents temps plein (ETP) d'aide à domicile.

■ **En 2017, 594 700 résidents étaient accueillis en Ehpad** par 391 600 ETP (dont 60% de soignants). Tous établissements pour personnes âgées confondus, 448 700 soignants accompagnent 730 000 personnes âgées résidentes. Le taux d'encadrement varie selon le degré de dépendance des résidents, plus élevé dans les unités spécialisées.

■ **Au final, la Drees considère qu'un résident supplémentaire** est associé à 0,7 ETP supplémentaire. Ces données pourraient servir à anticiper les besoins

en personnels formés, sachant que le nombre de seniors de plus de 75 ans devrait progresser de 1,7 million d'ici 2030. ■ VL

[1] Culioli P, Jacquetin F, Louvel A. *Les besoins en personnel accompagnant des personnes âgées en perte d'autonomie. Estimation des besoins individuels d'aides rémunérés et soignants des bénéficiaires de l'APA en fonction du niveau de perte d'autonomie, à domicile et en établissement. Les dossiers de la Drees 2024*; 123.

## Symptômes psychologiques et comportementaux dans les maladies neurocognitives : l'abord non pharmacologique en premier recours

En 2050, en France, il est attendu entre 2,2 et 2,3 millions de personnes atteintes de maladie neurocognitive, contre 1,2 million actuellement. Au moins 60% d'entre elles, et jusqu'à 80% des institutionnalisées, présenteront à un moment de leur maladie un ou plusieurs symptômes psychologiques et comportementaux (SPC).

■ **La Société française de gériatrie et gériatrie**, la Fédération des Centres mémoire et la Société francophone de psychogériatrie et de psychiatrie de la personne âgée ont travaillé de concert pour mettre à jour les recommandations pour la prise en soins des SPC dans les maladies neurocognitives [1]. Celles-ci s'adressent en priorité aux gériatres prescripteurs.

Elles dressent un panorama exhaustif des différentes pathologies susceptibles d'être associées à des SPC et leurs manifestations très diverses : symptômes d'agitation, hallucinations et délires, dépressions et anxiété,

apathie, troubles du sommeil, troubles de la conduite alimentaire, comportements sexuels inappropriés, irritabilité, comportements moteurs aberrants, entre autres.

■ **Même lorsqu'ils ne sont pas perturbateurs**, les SPC doivent être repérés et pris en charge. L'intervention non pharmacologique (INM) est le recours de première ligne et doit être personnalisée au regard de l'histoire de vie, des capacités et aspirations du patient/résident.



© Robert Kneschke/stock.adobe.com

■ **Dans ce cadre, les aides-soignantes** et assistantes de soins en gériatrie ont un rôle à jouer tant pour la transmission de leurs observations que pour proposer certaines INM : stimulation cognitive, stimulation sensorielle, activités motrices, activités occupationnelles. L'intervention des psychologues, ergothérapeutes, orthophonistes, art-thérapeutes, enseignants en activité physique adaptée, pour ne citer que ces professionnels, comptent parmi ces INM. Toutes les INM et leurs niveaux de preuve, par approche et par SPC, sont passées en revue (avec une durée de séance conseillée).

■ **Une partie importante des recommandations est consacrée aux traitements** pharmacologiques en deuxième intention (détaillés par molécule et par SPC), et aux surveillances à mettre en place.

Ces recommandations ont également pour ambition de « chercher à anticiper

et même essayer de prévenir les SPC » en identifiant les facteurs de risque et les signes avant-coureurs (prodromiques), mais pour l'heure il manque de preuve scientifique pour valider une démarche spécifique.

Néanmoins, la prévention doit être incluse dans le projet de soins global du patient ou résident.

■ **Un autre chapitre aborde sous l'angle éthique** la contention physique (et ses alternatives), en particulier en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. ■ VL

[1] Société française de gériatrie et gériatrie, Fédération des Centres mémoire, Société francophone de psychogériatrie et de psychiatrie de la personne âgée. *Nouvelles recommandations pour la prise en soins des symptômes psychologiques et comportementaux (SPC) dans les maladies neurocognitives. Septembre 2024.*

## Soins et tabous Aller au-delà des silences

Toutes les dimensions du soin sont traversées par des questions taboues, qu'elles concernent les personnes soignées ou les soignants. Ce livre explore les multiples sujets, pratiques et comportements qui peuvent mettre en difficulté, pour mieux y faire face. Les tabous renvoient



les professionnels et les étudiants dans leurs actes ou leurs dire.

Ils reviennent également sur ce qui interroge dans les pratiques individuelles et collectives établies. Sont passés en revue les multiples aspects entourés de silence : les soins au corps et, surtout, la toilette intime ; les émotions ; la fin

de vie et la mort ; les croyances ; la sexualité, etc. Des entretiens sont aussi menés, permettant d'aborder en profondeur et sans fard les diverses questions taboues dans le domaine de la santé, bien plus nombreuses qu'on ne le pense. Toute situation de soin peut confronter à des limites. Parvenir à mieux les cerner, trouver des espaces pour dire et comprendre ce qui entrave parfois le soin et la rencontre relève d'enjeux professionnels et pédagogiques majeurs. ■

Seli Arslan (coord.), Seli Arslan, 182 pages, 23,50 €

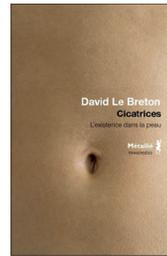
## Les fondamentaux du travail en Ehpad



Dans un contexte de suspicion à l'égard des Ehpad, cet ouvrage, organisé comme un manuel pratique, reprend les problématiques principales que l'on peut y rencontrer et auxquelles les professionnels doivent répondre. L'entrée en Ehpad est souvent vécue comme un traumatisme, tant pour les personnes âgées que pour leur environnement familial ou amical. Et pourtant, une vie en Ehpad peut être heureuse et réussie si les professionnels comprennent bien les enjeux du vieillissement et organisent leur travail dans une approche globale des personnes accueillies. L'approche multidimensionnelle de Jean-Luc Noël insiste sur le nécessaire équilibre médico-psychosocial à rechercher dans les soins, tout en prenant en compte les difficultés psychiatriques et neurologiques rencontrées (maladie d'Alzheimer, troubles du comportement, dépression, délires, décompensations psychopathologiques...). ■

Jean-Luc Noël, Érès, 336 pages, 18 €

## Cicatrices L'existence dans la peau



David Le Breton, professeur de sociologie, revient au corps, à la peau et à son apparence, à son toucher. L'auteur tente de comprendre le rôle que jouent ces traces permanentes d'existence passée qui ne sont pas toutes lisibles, mais d'une certaine façon contaminent le sentiment d'identité tout entier. « La qualité de la relation au monde est une question de peau et de solidarité de la fonction contenant »,

écrit-il à propos de ces signes d'événements qui sont venues percuter le corps, marquant à jamais sur sa superficie des "avants" et des "après". Même si les cicatrices remplacent parfois le non-souvenir, leur permanence, leur rugosité sur notre frontière corporelle qui sépare le dedans du dehors nous interdisent d'échapper à notre propre histoire physique, quand ces cicatrices ne sont pas auto-infligées. ■

David Le Breton, Métailié, 249 pages, 18 €

## Les superpouvoirs de la respiration

Dans ce livre accessible à tous, Thomas Similowski et Guillaume Jacquemont offrent un tour d'horizon des pouvoirs exceptionnels de la respiration sur notre bien-être physique et psychologique. S'appuyant sur de



nombreux travaux récents en biologie, pneumologie, neurologie, sciences cognitives et psychophysiologie, ils détaillent notamment l'influence clé de l'appareil respiratoire sur notre cerveau. Grâce à de multiples

exercices, il est ainsi possible de faire de notre souffle un puissant atout. Les auteurs donnent également des pistes pour soulager les personnes qui souffrent de maladies respiratoires chroniques. ■

Thomas Similowski, Guillaume Jacquemont, Albin Michel, 271 pages, 21,90 €

## Le guide santé des femmes

Dans ce guide dédié à la santé de toutes les femmes, Julie Cantournet, kinésithérapeute, et Alexia Cornu, coach sportive, unissent leurs connaissances de la physiologie féminine et partagent des recommandations ciblées et des exercices abordables pour être en pleine forme : adopter de bonnes habitudes (entretenir son périnée et ses abdominaux, les bonnes pratiques aux toilettes, se (re)mettre à l'activité physique, bien s'hydrater et s'alimenter...) ; faire face aux problèmes de santé : constipation, fuites urinaires, douleurs pelviennes, descente d'organes... ; cibler les besoins spécifiques des périodes clés (grossesse, post-partum, ménopause). ■



Julie Cantournet, Alexia Cornu, Larousse, 253 pages, 18,95 €

# Troubles cognitifs et pertes langagières

avant-propos

## L'aide-soignante face aux troubles évolutifs du langage

### SOMMAIRE

Dossier coordonné  
par Martine Mazoyer

- L'aide-soignante face aux troubles évolutifs du langage ... 7
- Troubles du langage chez les patients présentant des troubles cognitifs avec perte d'autonomie ..... 8
- La perte de la langue seconde chez le patient bilingue atteint de la maladie d'Alzheimer ..... 11
- La prise en soins en orthophonie d'une personne présentant des troubles du langage associés à une démence ..... 14
- Prise en charge à domicile de patients souffrant de troubles cognitifs et du langage ..... 18

La communication verbale est au centre de la relation qu'une aide-soignante (AS) va instaurer avec le patient. Comment interpréter l'approche d'un patient – que cela soit lors d'un soin ou lors d'une rencontre fortuite dans un couloir, à la salle de repas – qui se passe de mots ? Bien sûr il existe la communication non verbale mais cette communication reste souvent le lieu d'une interprétation, voire d'une interrogation, du soignant : qu'a-t-il voulu me dire par ce sourire, cette crispation du visage ?



■ **Dans certaines démences, le langage, la communication verbale du patient sont altérés.** L'AS se trouve ainsi démunie dans les échanges verbaux qui vont s'établir entre elle et le patient. Et elle sera d'autant plus démunie si elle n'a pas une connaissance précise du trouble du langage spécifique dont la personne souffre. S'agit-il du versant expressif du langage ? Du versant réceptif ? voire des deux versants ? Il est en effet primordial de savoir si le patient ne comprend pas ce que l'AS lui dit ou s'il ne parvient pas à produire des phrases. Les outils que l'AS apportera pour établir une communication seront alors différents.

■ **Chez certains patients souffrant de la maladie d'Alzheimer, l'AS peut se retrouver surprise de les entendre parler dans leur langue d'origine et de remarquer la perte du français, la langue "apprise".** Ce recours à la langue maternelle est souvent entendu

comme un retour à l'enfance, comme une régression qu'il ne s'agit pas d'encourager. Or, c'est au contraire en prenant en compte la spécificité linguistique de ces patients que l'AS aide à ce que les troubles de la communication chez ces patients bilingues ne s'installent pas massivement.

Les troubles du langage chez la personne souffrant de troubles cognitifs sont souvent vécus par les soignants comme inéluctables. Il s'agit encore d'une idée erronée car une prise en charge orthophonique aide à freiner l'évolution de ces troubles. L'AS a, là encore, un rôle à jouer en encourageant les patients (et les institutions ?) à investir dans cette prise en charge.

■ **Reste que la communication avec des patients déments souffrant de troubles du langage est laborieuse et demande à l'AS de recourir à toutes les ressources qu'elle possède.** Ces efforts pourront parfois paraître inutiles, mais jamais l'attention qu'elle aura portée à ces patients. ■

*Déclaration de liens d'intérêts*

*L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.*

Martine Mazoyer  
Psychologue clinicienne

11 rue du Four, 07600 Vals-les-Bains, France

Adresse e-mail : martine.mazoyer@hotmail.fr (M. Mazoyer).

# Troubles du langage chez les patients présentant des troubles cognitifs avec perte d'autonomie

CAMILLE NOIRAY  
Neurologue

CCA Neurologie de la mémoire  
et du langage, Hôpital Sainte-Anne,  
1 rue Cabanis, 75014 Paris, France

■ L'apparition de troubles langagiers chez les patients présentant une maladie neurodégénérative est fréquente avec l'évolution de la maladie. ■ Pour les intervenants auprès de ces patients, le premier point est de savoir repérer ces troubles puis les analyser : manque du mot, troubles de compréhension, troubles de l'élaboration de la phrase, perte du fil de la pensée, etc.

© 2024 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés, y compris ceux relatifs à la fouille de textes et de données, à l'entraînement de l'intelligence artificielle et aux technologies similaires.

**Mots clés** – communication non verbale ; dégénérescence frontotemporale ; maladie d'Alzheimer ; trouble cognitif ; trouble du langage

Les patients présentant des troubles neurocognitifs, c'est-à-dire une altération de leurs capacités dans un ou plusieurs domaines cognitifs, seraient actuellement 1 200 000 en France (6,5 % des plus de 65 ans et 25 % des plus de 80 ans). Du fait du vieillissement de la population, une augmentation importante du nombre de cas est à prévoir dans les années à venir (en 2050 : 2 200 000 cas attendus en France) [1], et la connaissance de ces troubles est primordiale pour les aides-soignants, en première ligne dans la prise en charge de ces patients.

## LES TROUBLES NEUROCOGNITIFS

■ **Les troubles neurocognitifs peuvent être dus à des affections diverses** : au premier rang, on retrouve les maladies neurodégénératives, dont la plus fréquente et la mieux connue du grand public est la maladie d'Alzheimer (MA). Mais ces troubles peuvent aussi être causés par des maladies vasculaires, des lésions cérébrales traumatiques, des maladies infectieuses, etc. Nous nous limiterons ici aux troubles en lien avec une pathologie neurodégénérative.

■ **On pense toujours aux troubles de mémoire** lorsque l'on parle de trouble neurocognitif, et il s'agit effectivement du domaine cognitif préférentiellement atteint dans la forme typique de la maladie d'Alzheimer. Toutefois dans la dernière nomenclature médicale en vigueur (le *DSM-5*<sup>®</sup> révisé [2] ou *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*),

les troubles neurocognitifs majeurs (anciennement dénommés "démence", un terme à ne plus utiliser) sont définis comme « une réduction acquise, significative et évolutive des capacités dans un ou plusieurs domaines cognitifs, suffisamment importante pour ne plus être capable d'effectuer seul les activités de la vie quotidienne » (c'est-à-dire entraînant une perte d'autonomie). Il est intéressant de noter que cette définition ne mentionne plus le trouble de mémoire comme nécessaire au diagnostic (ce qui était le cas dans les précédentes versions du *DSM*) : l'atteinte d'autres fonctions cognitives, et notamment du langage (mais aussi de l'attention, de la capacité à réaliser des gestes, à raisonner, etc.), peut dominer le tableau cognitif présenté par le patient, et constituer la cause principale des difficultés rencontrées dans la vie quotidienne.

■ **En réalité, la plupart du temps, le trouble cognitif** ne concerne pas un domaine cognitif isolé, et les troubles du langage viennent s'inscrire dans un tableau complexe, où plusieurs domaines cognitifs sont atteints.

## QU'EST-CE QU'UN "TROUBLE DU LANGAGE" ?

Le langage est une fonction abstraite, qui va se concrétiser à l'oral dans la parole (ou à l'écrit dans l'écriture). Un trouble de la parole (c'est-à-dire de la voix ou de l'articulation, par exemple un bégaiement, une voix éraillée) n'est donc pas un trouble du langage. Le langage a une fonction de

Adresse e-mail :  
c.noiray@ghu-paris.fr  
(C. Noiray).

## Troubles cognitifs et pertes langagières

communication : il permet d'une part de se faire comprendre, et d'autre part de comprendre les autres. Il présente donc un versant expressif, de production du message (construire la phrase, trouver les mots pour l'exprimer), et un versant réceptif, de compréhension du message verbal qui nous est adressé. Un trouble du langage peut ne toucher qu'un seul de ces versants, par exemple uniquement la compréhension, alors que la production verbale reste fluide : dans ce cas, il convient de bien distinguer le trouble de compréhension d'un trouble de perception : si le patient ne comprend pas, ce n'est pas parce qu'il est sourd, et il ne sert à rien de parler plus fort.

### TROUBLES DU LANGAGE ISOLÉS D'ORIGINE NEURODÉGÉNÉRATIVE : LES APHASIES PROGRESSIVES PRIMAIRES

Pour mieux comprendre les troubles du langage associés aux pathologies neurodégénératives, il est utile de s'intéresser aux aphasies progressives primaires, qui sont des maladies rares (elles concernent 7/100 000 habitants, soit environ 5 000 personnes en France [3]), mais éclairantes pour bien comprendre les différents types de troubles du langage. Il s'agit de pathologies où le trouble du langage constitue longtemps le seul symptôme. On distingue trois grands types d'aphasie progressive primaire.

#### L'aphasie logopénique

L'aphasie logopénique (littéralement "absence de langage par manque de mots", en grec) touche le versant expressif du langage, alors que la compréhension est bien préservée. Le patient se plaint de ne pas trouver le mot juste pour exprimer sa pensée, il sait ce qu'il veut dire mais le mot reste sur le bout de la langue ; le discours est marqué par de nombreuses pauses. Il peut pallier ce manque du mot en mimant la façon dont l'objet s'utilise, en utilisant des périphrases, des mots fourre-tout comme truc ou machin (par exemple, s'il ne trouve pas le mot "tambour", il dira « le truc sur lequel on tape pour faire de la musique », ou fera le geste de frapper un tambour avec des baguettes). Entendre prononcer le début du mot (ce qu'on appelle l'ébauche orale) permettra au patient de retrouver le mot plus facilement. Parfois, lorsque le mot sort, il est mal prononcé ("bouloire" pour "bouilloire" par exemple). Bien que la compréhension des mots soit bien préservée dans l'aphasie logopénique, il existe souvent un trouble de la mémoire de travail auditivo-verbale associé : le patient a des difficultés pour retenir à très court terme plusieurs informations verbales, et il

peut ne retenir qu'une partie des informations (par exemple, si on lui dit : « *Levez-vous, allumez la lumière et prenez votre veste* », le patient ne mémorise que le premier des trois ordres et se demande ce qu'il doit faire après s'être levé). La plupart du temps, l'aphasie logopénique constitue une forme atypique de MA.

#### L'aphasie asémantique

L'aphasie asémantique ("absence de langage par absence de signification") touche le versant réceptif du langage : c'est la compréhension des mots qui est atteinte.

■ **Les mots perdent peu à peu leur signification ;** la forme sonore reste familière, mais les connaissances associées au mot deviennent plus floues (« *j'ai déjà entendu ce mot, mais je ne sais plus ce qu'il veut dire* »). Le patient se rend compte qu'il doit chercher dans le dictionnaire plus souvent, qu'il a du mal à suivre une conversation parce qu'il ne comprend plus le sujet. Sa propre langue devient comme une langue étrangère. Ce qui est troublant pour l'entourage, c'est que le patient continue de s'exprimer de façon fluide, on n'"entend" pas le trouble du langage asémantique. Comme le patient n'a plus de connaissances générales, encyclopédiques, mais qu'il conserve une bonne mémoire de ce qu'il a vécu, il a tendance à tout ramener à son expérience personnelle, et peut sembler plus égocentrique. Si on lui demande ce qu'est un igloo, il ne parlera pas d'un habitat construit en blocs de neige formant un dôme servant d'abri dans les régions polaires, mais il pourra éventuellement raconter qu'il en a déjà construit à la montagne en vacances quand il était enfant.

■ **Parfois, la modalité visuelle est mieux préservée** que la modalité verbale : le patient, si on lui montre une mangue, sait de quoi il s'agit, comment on la prépare, alors que le nom "mangue" ne lui évoque rien. Il peut donc être possible de "rafraîchir" les connaissances sémantiques du patient en s'appuyant sur l'image : certains patients se fabriquent leurs propres "encyclopédies visuelles", qui ressemblent à des imagiers. Comme les capacités d'apprentissage restent préservées, le patient peut réapprendre des concepts disparus : il n'est donc pas inutile que l'entourage prenne le temps de réexpliquer la signification des mots.

L'aphasie asémantique constitue la plupart du temps une variante (temporale gauche) de dégénérescence lobaire frontotemporale.

#### L'aphasie agrammatique

L'aphasie agrammatique ("absence de langage par absence de grammaire") est l'aphasie primaire la plus rare. Elle concerne le versant expressif :

## RÉFÉRENCES

- [1] Fondation Vaincre Alzheimer. Alzheimer en quelques chiffres. [www.vaincrealzheimer.org/la-maladie/quelques-chiffres/](http://www.vaincrealzheimer.org/la-maladie/quelques-chiffres/).
- [2] Crocq MA, Boehrer AE, Guelfi JD. American Psychiatric Association. DSM-5-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5<sup>e</sup> éd. Texte révisé. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2023.
- [3] Centre de référence Démences rares ou précoces. Aphasies primaires progressives. Texte du PNDS. Décembre 2021. [www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-01/pnds\\_app\\_vf.pdf](http://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-01/pnds_app_vf.pdf).

## POUR EN SAVOIR PLUS

- Gorno-Tempini ML, Hillis AE, Weintraub S, et al. Classification of primary progressive aphasia and its variants. *Neurology* 2011;76(11):1006-14.
- Lagarde J, Hahn V, Sarazin M. Aphasie primaire progressive. *EMC - Neurologie* 2018;16(1):1-13. Article 17-057-A-54.
- Mesulam MM, Rogalski E, Wieneke C, et al. Primary progressive aphasia and the evolving neurology of the language network. *Nat Rev Neurol* 2014;10(10):554-69.

### Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

le patient a du mal à faire des phrases longues et complexes, son langage se simplifie jusqu'à devenir quasi télégraphique, voire se réduit à quelques mots isolés. Par exemple, si on fait décrire au patient une image sur laquelle un jeune garçon est monté sur un tabouret instable pour voler des biscuits dans le placard de la cuisine, pendant que sa mère fait la vaisselle (image disponible sur Internet en tapant "scène des cookies" dans un moteur de recherche), il dira : « *Le garçon est monté sur le tabouret... il va tomber... la mère fait la vaisselle... elle n'a rien vu* » ; puis avec l'évolution de la maladie : « *Le garçon... monté... tomber. La mère...* ». On parle d'aphasie non fluente, le discours est haché, très laborieux, très coûteux pour le patient. La compréhension reste bien préservée, mais il peut exister des difficultés pour comprendre les phrases syntaxiquement complexes, et il convient de simplifier son discours, avec des phrases courtes, pour bien se faire comprendre de ces patients.

L'aphasie agrammaticale constitue la plupart du temps une autre variante de dégénérescence lobaire frontotemporale.

## TROUBLES DU LANGAGE AU SEIN D'UNE ATTEINTE COGNITIVE MULTIDOMAIN

Au-delà de ces pathologies rares dans lesquelles le trouble langagier occupe le premier plan, on trouve des troubles langagiers chez des patients présentant une atteinte multidomaine (troubles du langage, mais aussi de la mémoire, de l'attention, de la réalisation des gestes, etc.), qui sont, eux, beaucoup plus fréquents.

### Les troubles du langage s'intègrent dans le tableau clinique classique de la MA évoluée :

on parle de syndrome aphaso-apraxo-agnosique, c'est-à-dire qu'aux troubles de la mémoire classiquement présents au début de la maladie se surajoutent de nouveaux symptômes en lien avec une extension de la maladie à d'autres régions cérébrales ; il s'agit de troubles du langage (aphasie), des gestes (apraxie) et des connaissances (agnosie, trouble de la reconnaissance des objets par exemple). Ces troubles du langage sont caractérisés par une anomie, c'est-à-dire un manque du mot, qui répond favorablement à l'ébauche orale : ils se rapprochent de l'aphasie logopénique. Souvent, le trouble du langage est mixte, c'est-à-dire qu'à l'anomie vient s'ajouter une fragilisation des concepts et connaissances encyclopédiques : on retrouve ainsi des caractéristiques de l'aphasie sémantique. Il peut donc y avoir en plus du trouble de production (le manque du mot) un trouble de la compréhension orale.

### Les troubles du langage peuvent s'intégrer dans le tableau des dégénérescences lobaires frontotemporales comportementales évoluées :

chez des patients présentant un déficit d'initiation important (c'est-à-dire des difficultés pour commencer une action), il y a un quasi-mutisme. Le patient peut répondre par mots isolés aux questions mais il n'y a plus de production spontanée. On peut parfois observer une écholalie (le patient répète sans pouvoir s'en empêcher les derniers mots de son interlocuteur, en écho, par défaut d'inhibition).

Dans les maladies à corps de Lewy, la plainte langagière est souvent présente, mais il s'agit souvent moins d'un véritable manque du mot que d'une perte du fil de la pensée : le patient commence sa phrase et ne la finit pas, parce que son idée lui a échappé en cours de route.

## COMMENT PRENDRE EN CHARGE UN TROUBLE DU LANGAGE ?

Du point de vue médicamenteux, il n'existe pas de traitement spécifique curatif. En fonction de la pathologie sous-jacente, on pourra proposer des traitements symptomatiques anticholinestérasiques comme le donépézil ou la rivastigmine (s'il s'agit d'une MA ou d'une maladie à corps de Lewy), qui jouent surtout sur les capacités concentrationnelles.

La prise en charge des troubles du langage repose avant tout sur la rééducation orthophonique : l'orthophoniste proposera un bilan pour analyser les troubles et suggérer ensuite une rééducation ciblée, au rythme d'une ou deux séances par semaine.

## CONCLUSION

Les troubles langagiers chez les patients présentant une maladie neurodégénérative sont fréquents et évoluent avec la maladie. Les professionnels intervenant auprès d'eux doivent repérer ces troubles (ce qui n'est pas forcément évident dans le cas des troubles sémantiques, où l'expression reste fluide) puis les analyser : la compréhension est-elle préservée ? Puis-je aider le patient en lui soufflant le début du mot qu'il cherche pour faciliter la communication ? Dois-je simplifier mes phrases pour faciliter la compréhension ? Puis-je aider la compréhension en m'appuyant sur un support visuel ? Il faut se souvenir que le langage sert à communiquer, mais que ce n'est pas le seul moyen ; la communication non verbale (gestes, expressions faciales, etc.) peut souvent être d'une grande aide pour pallier les troubles du langage. ■

# La perte de la langue seconde chez le patient bilingue atteint de la maladie d'Alzheimer

■ Les patients Alzheimer bilingues semblent manifester plus tardivement les symptômes de la maladie que les monolingues. ■ Mais, une fois ceux-ci apparus, le bilinguisme cesse de constituer un avantage et on observe des phénomènes de régression de la langue seconde, donnant lieu à des difficultés communicationnelles qui compromettent les interactions sociales et favorisent l'isolement du malade.

© 2024 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés, y compris ceux relatifs à la fouille de textes et de données, à l'entraînement de l'intelligence artificielle et aux technologies similaires.

Mots clés – bilinguisme ; langue seconde ; maladie d'Alzheimer ; mémoire déclarative ; régression linguistique

Le processus de vieillissement a, entre autres, pour conséquence le déclin des fonctions cognitives. Celui-ci est dû à des altérations cérébrales spécifiques qui affectent la mémoire, le contrôle moteur et la sphère langagière. Selon l'Organisation mondiale de la santé, l'âge constitue le principal facteur de risque de démence. Actuellement, plus de 50 millions de personnes dans le monde sont concernées, la maladie d'Alzheimer (MA) constituant la forme de "démence"<sup>1</sup> [1] la plus courante. En France, la fondation Recherche Alzheimer avance que 1,3 million de Français souffrent d'une maladie neuro-dégénérative, dont 70 % sont des patients Alzheimer (environ 910 000 personnes) [2].

## MALADIE D'ALZHEIMER ET BILINGUISME

Il est aujourd'hui admis que les troubles du langage, notamment l'anomie (phénomène du mot sur le bout de la langue), constituent un signe d'entrée dans la maladie alors même que la mémoire reste, au stade initial, relativement préservée [3].

■ On sait aussi que les capacités langagières sont sélectivement altérées aux différents stades de la MA. D'une façon générale, la production langagière des patients en phase modérée est caractérisée par l'apparition de paraphrasies sémantiques (substitutions lexicales), associées à

une détérioration de la mémoire. Enfin, en phase sévère, les patients ne produisent plus que des automatismes verbaux et/ou deviennent mutiques. S'il n'existe encore aucun traitement pour prévenir la MA, il a été démontré que certains facteurs peuvent retarder l'apparition des symptômes constituant ainsi une réserve cognitive [4].

■ Parmi ces facteurs, le bilinguisme, c'est-à-dire « l'utilisation régulière de deux ou plusieurs langues dans la vie quotidienne » [5], est pressenti comme un facteur protecteur efficient. Ellen Bialystok *et al.* [6] furent les premiers à avan-

cer l'hypothèse selon laquelle le bilinguisme en impliquant une activité mentale complexe et en favorisant les phénomènes de compensation retarderait l'apparition des symptômes d'environ

4 à 5 ans. En effet, chez le bilingue, les deux langues sont constamment actives, il s'ensuit un problème attentionnel qui n'existe pas chez le locuteur monolingue. Outre les contraintes de sélection qui s'appliquent au traitement linguistique concernant, par exemple, le choix des mots ou du registre, le locuteur bilingue doit retenir, parmi deux systèmes en compétition, la langue appropriée. Le choix de la langue est probablement le niveau de traitement cognitif le plus coûteux à effectuer, étant donné qu'il est essentiellement déterminé par le contexte social. En conséquence, chez le bilingue, le système de

**Le bilinguisme retarderait l'apparition de la maladie d'Alzheimer d'environ 4 à 5 ans**

MELISSA

BARKAT-DEFRADAS

Chercheuse CNRS, chargée de cours à la faculté de médecine et de pharmacie

Institut des sciences de l'évolution de Montpellier (ISE-M), Équipe Anthropologie évolutive (Evoanth), UMR 5554-CNRS – Université Montpellier 2, place Eugène-Bataillon, CC 065, 34095 Montpellier cedex, France

## NOTES

<sup>1</sup> Pour rappel, la maladie d'Alzheimer était autrefois classée sous la rubrique plus générale de démence. Cependant, dans la cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5<sup>®</sup>)* [1], le terme "démence" a été remplacé par deux nouveaux termes :

"trouble neurocognitif majeur" et "trouble neurocognitif léger". Les nouveaux critères diagnostiques de ces troubles mettent moins l'accent sur les troubles de la mémoire, permettant de prendre en compte des variables associées à des conditions qui commencent parfois par des déficits en parole et/ou langage.

<sup>2</sup> Voilà pourquoi quand on apprend tardivement une langue étrangère et bien que l'on puisse disposer d'un large vocabulaire, on garde toujours, à différents degrés, un certain accent étranger.

Adresse e-mail : melissa.barkat-defradas@umontpellier.fr (M. Barkat-Defradas).

## RÉFÉRENCES

- [1] Crocq MA, Boehrer AE, Guelfi JD. American Psychiatric Association. DSM-5-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e éd. Texte révisé. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2023.
- [2] Fondation Recherche Alzheimer. Sondage et enquête d'opinion. Décembre 2023. <https://alzheimer-recherche.org/notre-fondation/notre-organisation/documents-ressources/sondage>.
- [3] Lefebvre L, Rinaldi R. Langage et mémoire de travail dans la maladie d'Alzheimer : quelles interrelations ? In: Joyeux N, editor. Mémoire de travail. Actes. Isbergues: Ortho Édition; 2015. p. 53-69.
- [4] Stern Y. Cognitive reserve. *Neuropsychologia* 2009;47(10):2015-28.
- [5] Grosjean F. Parler plusieurs langues : le monde des bilingues. Paris: Albin Michel; 2015.
- [6] Bialystok E, Craik FI, Freedman M. Bilingualism as a protection against the onset of symptoms of dementia. *Neuropsychologia* 2007;45(2):459-64.
- [7] Sala A, Malpetti M, Farsad M, et al. Lifelong bilingualism and mechanisms of neuroprotection in Alzheimer dementia. *Human Brain Mapp* 2022;43(2):581-92.
- [8] Mendez MF. Can speaking more than one language help prevent Alzheimer's disease? *J Alzheimers Dis* 2023;95(2):363-77.
- [9] Barkat-Defradas M, Gayraud F, Köpke B, Lefebvre L. Linguistic regression in bilingual patients with Alzheimer's disease. In: Schmid MS, Köpke B, editors. *The Oxford handbook of language attrition*. Oxford (Royaume-Uni): Oxford University Press; 2019. p. 135-45.
- [10] Lefebvre L. Étude des aptitudes langagières chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer. *Revue Parole* 2007;43-44:215-36.
- [11] Paradis M. A neurolinguistic theory of bilingualism. Amsterdam (Pays-Bas): John Benjamins; 2004. p. 293.
- [12] Francis N, Michel Paradis, a neurolinguistic theory of bilingualism. *Language in Society* 2007;36(1):105-8.

contrôle exécutif est recruté de façon permanente dans le traitement linguistique, ce qui n'est pas le cas chez le monolingue.

■ **Depuis l'étude pionnière de Bialystok et al.** [6], de très nombreux travaux ont été consacrés à la question du bilinguisme dans le contexte de la MA, et les méta-analyses récentes confirment bien l'idée que la réserve cognitive permet aux patients bilingues de manifester plus longtemps un fonctionnement cognitif normal malgré la présence de lésions cérébrales importantes [7].

■ **Ces études rappellent cependant que le bilinguisme n'a aucun effet sur le taux d'incidence** de la pathologie et, qu'une fois les symptômes déclarés, la rapidité du déclin cognitif ne diffère pas entre les deux populations, le bilinguisme cessant de constituer un avantage [8].

## LA RÉGRESSION DE LA LANGUE SECONDE CHEZ LE PATIENT ALZHEIMER BILINGUE

■ **Chez les patients atteints de la MA, on observe fréquemment un phénomène pathologique de régression linguistique** [9]. Si les effets de la pathologie sur la sphère langagière des patients monolingues sont largement documentés [10], on sait relativement peu de choses sur la façon dont la maladie affecte les langues des patients bilingues. Pour synthétiser, la tendance générale qui semble se dégager de la littérature va dans le sens d'une régression progressive de la langue seconde (L2) tandis que la langue acquise en premier (L1) se maintient plus longtemps, en particulier dans les cas de bilinguisme tardif qui est, par définition, non équilibré, et typique des populations d'origine immigrée (*encadré 1*).

Ce schéma peut être éclairé par le modèle du système déclaratif/procédural du langage dont le rôle est crucial pour comprendre l'appropriation, l'utilisation et la perte des langues [11].

ENCADRÉ 1.

### Bilinguisme tardif, bilinguisme équilibré

■ **Le bilinguisme tardif** est un bilinguisme consécutif, qui se produit après l'acquisition de la première langue, lorsque la langue seconde est apprise après l'âge de 6 ou 7 ans, et particulièrement à l'adolescence ou à l'âge adulte.

■ **On parle de bilinguisme équilibré** lorsqu'une personne bilingue a le même niveau dans ses deux langues, qu'elle est capable de les utiliser avec la même aisance, la même efficacité, en toutes circonstances. Si le bilingue a une langue qui est dominante par rapport à une autre, on dira du bilinguisme qu'il est non équilibré.

## Illustration de questions soulevées par la perte de la langue seconde chez le patient bilingue

« [...] Depuis que la maladie s'est mise à grignoter ses cellules grises, les mots sont plus chiches encore. Son français a été réduit à un trognon : la chair des détails, des spécificités s'en est allée. Il n'existe plus d'acacias, de jacarandas ou de kapokiers, seulement des arbres. Les moineaux, mésanges, milans et grues couronnées se sont envolés, reste l'unique mot générique d'oiseau. Comment peindre encore le monde dans toute sa flamboyance avec ce moignon de langue ? »

« Elle a parlé longuement, dans un flot continu de mots [...] venus de loin, du temps d'antan, celui-là justement qu'elle voulait leur dépeindre. »

« C'est quoi cette langue, madame Astrida ? Tonio, tu peux prévenir la psy s'il te plaît, je crois qu'elle est repartie dans ses mystères. Si ça continue comme ça, elle va plus du tout parler français, c'est dingue, on n'a aucune idée de ce qu'elle baragouine. »

Beata Umubyeyi Mairesse. *Consolée*. Éditions Autrement, 2022.

Selon ce modèle, l'acquisition et l'utilisation des aspects phonologiques (sons de la langue) et morphosyntaxiques (structures grammaticales) de la L1 dépendent du système procédural, c'est-à-dire d'un ensemble de procédures computationnelles, non accessibles à la conscience, acquises de façon incidente et automatisées. Le cervelet, le striatum et les ganglions de la base sont impliqués dans ce système. À l'inverse, les aspects lexicaux (les mots) dépendent de la mémoire déclarative, associée à la connaissance consciente des unités linguistiques qui sont stockées explicitement et utilisées de façon contrôlée. Le système hippocampique notamment y participe.

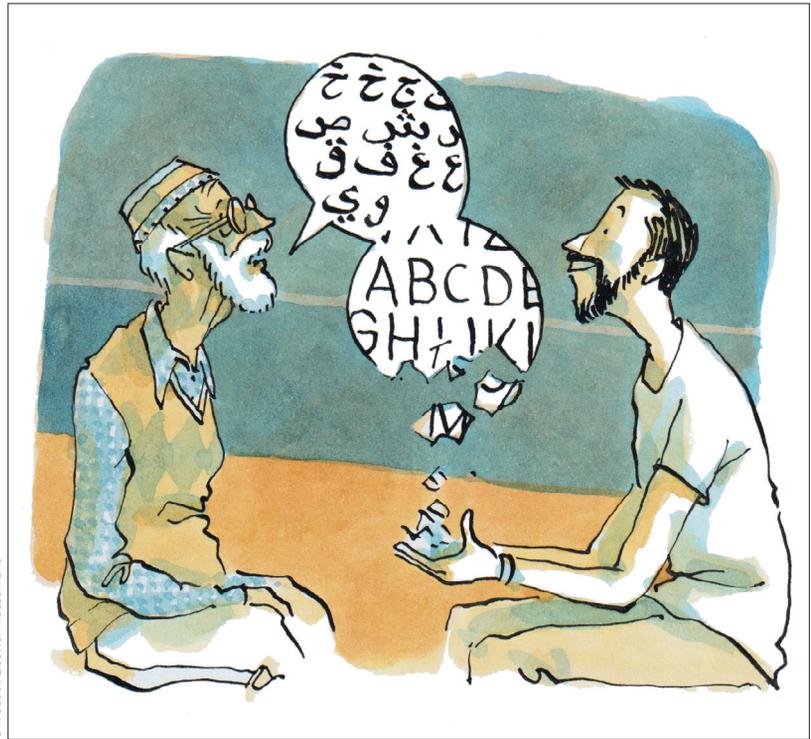
## Troubles cognitifs et pertes langagières

■ **Ces deux types de mémoire (procédurale vs déclarative)** ne sont pas disponibles de façon équivalente tout au long de la vie : tandis que le système procédural permettant l'acquisition implicite et l'utilisation automatique d'une langue est optimal jusqu'à l'âge de 5 ans, une fois cette période passée, l'apprentissage d'une autre langue repose davantage sur le système déclaratif<sup>2</sup> [12]. Or, on sait que la MA affecte la mémoire déclarative, du fait de lésions majoritairement localisées dans les régions hippocampiques [13].

■ **Par conséquent, chez le patient Alzheimer, plus une langue a été acquise tardivement, plus elle repose sur le système déclaratif**, plus elle est vulnérable à la neuropathologie et plus elle régresse. D'une façon générale, les études consacrées à la question de la perte de la langue seconde ont souligné les problèmes communicationnels induits par les difficultés liées au choix et au mélange des langues rencontrés par les patients Alzheimer bilingues, autant d'habiletés que les bilingues jeunes et sains gèrent sans peine. La MA affecte, en effet, les capacités des patients bilingues à effectuer ces choix de façon appropriée en fonction de la situation de communication, et ce dès le stade précoce de la maladie. Néanmoins, le nombre limité d'études, l'hétérogénéité des méthodologies et la variabilité interindividuelle (probablement liée à la plasticité cérébrale de chacun) ne permettent pas de circonscrire de façon tranchée l'impact de la MA sur les phénomènes d'alternance et de mélanges de langues dont le stade ultime aboutit à la régression, voire à la disparition complète de la langue seconde.

## CONCLUSION

La plupart des sociétés occidentales connaissent un accroissement du multiculturalisme lié aux mouvements migratoires des populations humaines. Si les pays anglo-saxons mènent depuis plusieurs décennies une réflexion approfondie sur la nécessité de penser le soin dans une perspective transculturelle, en France, alors que la question des inégalités sociales en santé est au cœur d'une réflexion sociétale très actuelle, elle reste marginale [14]. Il s'agit pourtant d'un sujet crucial du point de vue de la santé publique, car le déclin des capacités communicatives a pour conséquence l'isolement de la personne. Or, si les difficultés à communiquer sont partagées par l'ensemble des patients, indépendamment



© F. Soufir/Elsevier Masson SAS

de leurs origines, les différences culturelles, linguistiques, religieuses ou de modes de vie vont trouver, avec la perte de la langue du pays d'accueil, des raisons de s'installer plus encore. Les problèmes d'intercompréhension conduisant souvent à une communication à sens unique conduite par le soignant participant souvent à une perte importante de la qualité de vie des patients. La prise en compte des spécificités linguistiques et culturelles est indispensable pour au moins deux raisons : celle de la communication entre patients et soignants, et celle de l'évaluation des capacités neuropsychologiques. Une meilleure compréhension du phénomène de la régression linguistique chez le malade d'Alzheimer bilingue pourra aboutir à des suggestions susceptibles d'améliorer les soins apportés à ces patients, et d'inscrire le soin gériatrique dans une perspective interculturelle en lien avec la diversité sociale et linguistique dont font état les sociétés contemporaines. ■

## RÉFÉRENCES

- [13] López Pousa S, Lozano Fernández de Pinedo R. Enfermedad de Alzheimer. In: López Pousa S, Vilalta Franch J, Llinàs Reglà J, editors. Manual de demencias. Barcelone (Espagne): Prous Science; 2001. p. 305-35.
- [14] Gayraud F, Barkat-Defradas M. Régression linguistique chez les patients Alzheimer bilingues. In: Barkat-Defradas M, Gayraud F, editors. Maladie d'Alzheimer, immigration et bilinguisme. Paris: CNRS Éditions; 2021. p. 31-50.

*Déclaration de liens d'intérêts*

*L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.*

# La prise en soins en orthophonie d'une personne présentant des troubles du langage associés à une démence

MARINA DOMECCQ  
Orthophoniste en libéral

181 rue de la Dame-de-Ventadour,  
07380 Meyras, France

■ Dans les maladies neurodégénératives, les troubles de la mémoire et du langage évoluent. ■ L'orthophoniste vise à freiner cette évolution par des stimulations et des outils adaptés. ■ Il conseille les proches et les professionnels dans l'adaptation de leur communication face aux difficultés de compréhension de la personne malade.

© 2024 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés, y compris ceux relatifs à la fouille de textes et de données, à l'entraînement de l'intelligence artificielle et aux technologies similaires.

Mots clés – maladie d'Alzheimer ; orthophonie ; phrase ; ressenti ; simplification ; Validation® thérapeutique

Le terme "maladie neurodégénérative" est un terme générique utilisé pour décrire différents symptômes provoqués par des troubles affectant progressivement le cerveau [1]. Ces troubles peuvent concerner la mémoire, le langage, le raisonnement et la coordination.

## LES TROUBLES NEURODÉGÉNÉRATIFS

■ **Au fur et à mesure de la progression de la maladie**, les troubles neurodégénératifs affectent fortement le quotidien de la personne qui peine de plus en plus à effectuer les tâches quotidiennes de façon autonome et qui peut également voir son humeur et son comportement se modifier. La maladie neurodégénérative la plus répandue est la maladie d'Alzheimer (MA). Il en existe d'autres (maladie à corps de Lewy, dégénérescence frontotemporale, maladie de Parkinson, maladie de Huntington, etc.) qui peuvent avoir des symptômes proches mais qui diffèrent par leurs causes spécifiques et les zones du cerveau affectées [1].

■ **On identifie trois stades dans les maladies neurodégénératives :**

- le stade léger où les troubles sont souvent attribués à tort au vieillissement normal (exemple : oublier fréquemment un rendez-vous ou l'endroit où l'on a posé un objet) ;
- le stade modéré où la maladie est beaucoup plus visible avec un retentissement social, une perte d'autonomie et des troubles du langage ;

• le stade avancé où la perte d'autonomie est complète avec une communication essentiellement non verbale. Dans la MA, on observe une prosopagnosie massive (difficulté à reconnaître les visages).

Ces maladies neurodégénératives se caractérisent par l'installation progressive de lésions irréversibles dans tout le cortex cérébral. Il n'y a actuellement pas de traitements médicamenteux pour éviter la formation de ces lésions. Les thérapies visent alors à réduire l'évolution des symptômes.

## LES DIFFÉRENTS TROUBLES OBSERVÉS DANS LA MA

Les troubles de la mémoire sont souvent les premiers signes repérés. Plusieurs types de mémoire existent et sont atteints différemment dans la MA.

### Les différentes mémoires atteintes

■ **La mémoire de travail est la première impactée.** Elle permet de retenir une information quelques secondes pendant la réalisation d'une activité. Son atteinte se remarque lorsque la personne a des difficultés à reprendre une phrase après une interruption, à transmettre un message juste après l'avoir entendu, à répondre quand on lui propose un choix, etc. À la question : « *Quel tee-shirt voulez-vous porter aujourd'hui ? Le rouge comme hier ou le bleu que votre fille vous a offert ?* », le résident atteint de la MA ne parvient plus à retenir toutes

Adresse e-mail :  
marina.brezulier@yahoo.fr  
(M. Domeccq).

## Troubles cognitifs et pertes langagières

ces informations, même quelques instants, et se retrouve perdu sans pouvoir répondre. Il est important de simplifier le discours et de soutenir la compréhension par du concret (par exemple : « Préférez-vous porter le tee-shirt rouge ou le tee-shirt bleu ? » en montrant les deux vêtements sans information supplémentaire).

■ **La mémoire épisodique, quant à elle, permet de se souvenir des épisodes de sa vie** et aide à se situer dans le temps et à planifier le futur. Une des caractéristiques de la MA, dès le début de la maladie, est alors de se souvenir des événements anciens (voire de les ressasser souvent) mais d'oublier les événements récents, comme si les nouveaux souvenirs peinaient à se construire. Peu à peu, la personne perd également l'accès aux souvenirs anciens et se retrouve désorientée dans le temps. Elle peut alors demander où sont les clés de sa voiture pour aller au travail parce qu'elle va être en retard... La bonne attitude ici n'est pas de ramener "de force" la personne à la réalité (« Mais vous êtes à la retraite madame, vous avez le temps ! ») mais plutôt d'engager une conversation sur l'importance d'être ponctuel au travail.

■ **Un peu plus tard dans l'évolution de la pathologie, la mémoire sémantique est atteinte.** Ce dictionnaire comprend nos connaissances sur le monde (savoir que les spaghettis à la bolognaise se préparent généralement avec du bœuf et des tomates, connaître le nom de la capitale du Japon, etc.) et sur soi (savoir que l'on déteste les épinards, que l'on aime la couture, etc.). Ici, le résident avec des troubles de mémoire peine à retrouver les noms et perd peu à peu le sens des mots. Il ne comprend plus les raisonnements, même les plus simples, et est en difficulté pour répondre à des questions comme : « Vous aimez la sauce bolognaise ? Il y en aura ce midi. » ; non seulement il ne sait pas si ce plat lui plaît mais il ne se souvient guère non plus de quoi il s'agit. À ce stade, il n'est plus important d'obtenir une réponse de la personne malade mais plutôt de la retrouver sur un plan affectif (« Vous allez vous régaler, c'est moi qui vous le dis ! »). Il convient ici d'être attentif aux réactions non verbales du sujet en souffrance (un sourire, une grimace de dégoût, une détente ou une crispation du visage, etc.) et aux siennes.

■ **En dernier lieu, la mémoire procédurale** (pour réaliser les actions du quotidien et coordonner ses gestes comme pour se servir de différents objets tels un téléphone, une brosse à cheveux, etc.) est touchée. Chaque fois que cela est possible, il est important de souligner

ces savoir-faire et de ne pas faire à la place de la personne. Un résident qui sait encore très bien boutonner sa chemise pourra être valorisé dans cette compétence (« Merci monsieur, vous facilitez vraiment mon travail, j'ai encore eu le temps de faire votre lit grâce à vous ! »).

### Autres troubles

■ **En parallèle de ces troubles de la mémoire surviennent les troubles des fonctions exécutives.** Il s'agit des fonctions du cerveau utiles pour s'organiser, se concentrer et s'adapter aux situations. Dans la MA, en début de maladie, cela peut se traduire par des objets rangés dans des endroits insolites ou des difficultés à gérer son budget, à cuisiner dans un ordre logique, etc. Plus tard, la personne peut ne plus savoir dans quel ordre mettre ses vêtements par exemple.

Le mot d'ordre ici est "simplifier". Pour soutenir l'individu, décomposer la tâche en plusieurs étapes faciles (par exemple : sortir les vêtements du résident et décider de l'ordre dans lequel on les enfiler) lui permet de contrôler lui-même la situation.

■ **Le langage est un domaine très impacté par la MA.** La capacité à s'exprimer et à comprendre s'étiologie. Le discours est décousu, peu informatif avec des phrases raccourcies. Le vocabulaire s'appauvrit : les mots utilisés deviennent moins précis (exemple : "chien" pour "caniche" ou "labrador"), perdent peu à peu leur sens et sont difficiles à retrouver. Enfin, le discours se réduit à des phrases automatiques, voire à des mots incompréhensibles (jargon). Au fur et à mesure, la personne ne comprend plus le message verbal (ce que l'on souhaite dire) et les échanges se réalisent alors surtout non verbalement (par des sourires, des regards et le toucher). L'intonation de la voix reste perçue et comprise par la personne. Le but n'est plus de transmettre une information précise mais une intention.

Cette évolution s'accompagne également de changements de comportement et des sautes d'humeur. « Les troubles affectifs et émotionnels (comme le repli sur soi, la dépression, l'anxiété, les perturbations émotionnelles, l'apathie ou l'exaltation de l'humeur) et les troubles du comportement (comme l'agitation, l'agressivité, ou l'instabilité psychomotrice) sont des conséquences des troubles cognitifs plutôt que des causes directes de la maladie. » [2] Ces changements sont aussi sources de stress pour le sujet malade. Avec la MA, le sujet touché par ce trouble peut aussi avoir du mal à reconnaître ce (et ceux) qu'il voit, sent, touche, entend (y compris les bruits

du quotidien : comme l'alarme du micro-ondes) et les capacités physiques (déplacements, continence, déglutition) se réduisent.

### RÔLE DE L'ORTHOPHONISTE

■ **L'orthophoniste intervient principalement pour freiner l'évolution des symptômes cognitifs (mémoire, langage, troubles exécutifs)** avec l'aide de l'entourage, familial et professionnel. Son intervention, qui doit être mise en place dès le diagnostic, permet donc de maintenir la communication (verbale ou non verbale) des patients, de continuer à stimuler les capacités cognitives préservées et de repérer l'évolution de la maladie pour trouver les meilleurs ajustements possibles avec les personnes intervenant auprès d'elles.

■ **L'entourage du malade** (les proches et les professionnels) font donc totalement partie de l'intervention : ils doivent apprendre à s'adapter aux troubles du patient et à utiliser une nouvelle façon de communiquer avec le sujet en souffrance.

■ **Pour cela, l'orthophoniste réalise un bilan orthophonique** puis établit un projet thérapeutique. Le bilan identifie également d'éventuels troubles de la déglutition. L'objectif de la prise en soins n'est pas de récupérer des mots ou des capacités de mémoire mais de maintenir des capacités cognitives existantes tout en limitant l'isolement de l'individu par des échanges adaptés avec l'entourage. Il emploie différents moyens pour stimuler et soutenir la mémoire ainsi que le langage.

### PRISE EN SOINS ORTHOPHONIQUE

#### Stimulation et soutien cognitif

■ **L'orthophoniste propose des exercices et jeux de stimulation cognitive** : épeler le mot "vélo" à l'envers, trouver un maximum de noms d'animaux en une minute, trouver le contraire de "grand" ou "épais", jouer à Memory par exemple.

■ **Des "béquilles cognitives" sont aussi mises en place** pour le résident comme un agenda (qui sera rempli par ses soins puis peu à peu par son entourage et qui sera régulièrement consulté), un arbre généalogique, un album photo de famille qu'il regardera fréquemment avec ses proches, un carnet comprenant les périodes importantes de sa vie, un planning d'une journée type à l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), une affiche claire et illustrée avec les étapes d'une recette qu'il apprécie, etc. Dans ces béquilles, les supports visuels (mots écrits, dessins, photos, etc.) sont

essentiels pour soutenir les capacités cognitives du sujet. Ces béquilles doivent être adaptées au quotidien et aux individualités de chacun et sont toujours beaucoup plus efficaces lorsqu'elles sont élaborées avec ou par l'entourage (familial ou professionnel). Ces supports modifient considérablement nos habitudes de communication : nous avons pour usage d'être deux à porter la charge d'une conversation. Et quand une personne ne comprend pas ce qui est dit, elle le manifeste (« *Je ne me souviens pas de la personne dont tu parles...* » ; « *je ne connais pas ce mot...* ») ; l'interlocuteur répare alors la panne dans la conversation.

■ **Dans le contexte de la maladie, ce que propose l'orthophoniste est de modifier** cette habitude : l'entourage du patient prend maintenant en charge tous les échanges et anticipe les incompréhensions qui pourraient survenir chez la personne malade, celle-ci ne pouvant exprimer ce qu'elle n'a pas compris. Les proches et l'équipe soignante s'adaptent complètement au résident et non l'inverse. Même lorsque ce dernier ne peut plus parler, il faut continuer à lui adresser la parole en s'adaptant à lui et en développant de nouvelles façons de communiquer. L'orthophoniste accompagne ces changements.

#### Adaptation de la communication

■ **Pour s'adapter aux difficultés croissantes de compréhension, il devient important de simplifier son discours** : ne pas surcharger ses phrases est un véritable exercice. En effet, face à des difficultés de compréhension chez un individu, notre premier réflexe est d'ajouter des informations. Dans l'exemple plus haut concernant le choix de tee-shirt, on pourrait être tenté de préciser : « *Vous avez eu le bleu pour votre anniversaire ! Le mois dernier... Mais si, il y avait même une bougie en trop sur votre gâteau, ça nous a fait rire.* » Ces informations risquent de perdre totalement le résident quand un simple choix entre deux couleurs de vêtement l'aidera grandement. En effet, il comprendra mieux un message à la fois, avec des phrases courtes et claires, sans distraction (éviter la musique ou la télé en fond sonore si cela le perturbe).

■ **Face au manque de mots de la personne**, l'entourage ne doit pas hésiter à l'aider ou tout simplement à lui prêter les mots (« *Ah oui, tu veux parler du labrador de ton ancienne voisine !* »). On n'insiste pas sur l'échec afin de lui donner envie de poursuivre l'échange et pour éviter de transformer la conversation en une leçon qui ne la met pas en valeur. L'important reste l'échange.

## Troubles cognitifs et pertes langagières

ENCADRÉ 1.

## Un exemple de prise en charge

La Validation® thérapeutique amène à des échanges quelquefois drôles et touchants. Je l'ai découvert étant jeune orthophoniste. Un jour, un monsieur présentant une démence m'entend arriver chez lui. Il était en fauteuil, ne pouvait plus marcher seul et semblait observer attentivement quelque chose qui n'était pas là, autrement dit, il vivait une hallucination visuelle, les yeux dans le vide. J'avais souvent tenté en vain de lui proposer des exercices de mémoire ou de langage mais je n'obtenais quasiment aucune réponse, les hallucinations étant très massives, il ne parvenait pas à s'en détacher pour regarder les images que je tentais de lui montrer.

Cette fois-ci, j'entre donc chez lui et il me dit soudainement : « Ah te v'là toi ! Où j'ai mis mes clés moi ? » Sachant que ce monsieur a été livreur une bonne partie de sa vie, je lui ai dit sur le même ton semi-inquiet : « Quelles clés cherchez-vous ? » Ce monsieur qui avait le regard dans le vide m'a alors regardée (vraiment regardée) et m'a répondu : « Les clés de mon camion ! », et nous avons échangé comme jamais sur son ancien travail. Je n'avais jamais vraiment obtenu de réponse cohérente à mes questions lors de mes exercices d'orthophonie et, soudainement, nous échangeons très clairement. Nous nous sommes retrouvés à mi-chemin entre sa réalité et la mienne. Lui avait l'impression d'être au travail ; de mon côté, j'ai appris une partie de son passé. L'échange a été riche et la Validation® thérapeutique fait maintenant partie des outils thérapeutiques les plus précieux que je transmets à l'entourage de mes patients.

■ **Le langage non verbal des interlocuteurs est très important** : des gestes doux et tranquilles, des sourires sincères, des regards attentionnés, une main posée délicatement sur le bras ont plus d'impact pour calmer l'anxiété de l'individu présentant des troubles langagiers que tous les raisonnements logiques qui seraient proposés, ceux-ci étant plutôt sources de stress car ils ne sont pas compris.

## Validation® thérapeutique

La Validation® thérapeutique, technique de la psychosociologue américaine Naomi Feil [3] simple et essentielle, est d'une grande aide pour faire face à la désorientation, aux sautes d'humeur et troubles du comportement (tristesse, anxiété, agressivité, etc.). Cette technique consiste à maintenir la communication avec un sujet en reconnaissant (donc en "validant") ses besoins, ses émotions et son existence en tant que personne (encadré 1).

■ **Concrètement, à titre d'exemple, face à des propos agressifs et incohérents** d'un monsieur atteint de la MA à l'égard d'un aide-soignant : « Eh ben, c'est à c't'heure-ci que t'arrives ? Je suis pressé moi, je dois aller bosser ! », si le professionnel sait que ce monsieur a eu une vie active stressante, il peut "valider" ce vécu et répondre par exemple, « Mais oui, ce n'était pas toujours facile d'arriver à l'heure au travail pour vous, avec vos trois enfants à gérer, vous avez dû drôlement vous dépêcher des fois ! » La réponse doit être aussi "énergique" que les propos de la personne (sans pour autant être agressive)

car la validation passe par le fait d'éprouver ce que ressent le sujet en souffrance, d'être réellement avec lui. Il est aussi primordial de le connaître au mieux pour que les réponses soient adaptées.

■ **Cette technique de validation de l'émotion de la personne** permet une sorte de compromis entre la réalité du résident et celle du professionnel. Par la validation, ce dernier reconnaît la valeur de la personne, réduit son anxiété et améliore son bien-être sans avoir besoin de la ramener de force à notre réalité. Le résident s'apaise, se sent plus en sécurité et l'échange ou le soin peut se poursuivre plus sereinement.

## CONCLUSION

L'entourage familial et professionnel est essentiel pour maintenir la communication avec la personne présentant une MA. Il est important de comprendre avec l'orthophoniste à quelle étape de la maladie se situe le sujet, quelles sont ses difficultés et d'adopter de nouvelles habitudes de communication. Oliver Sacks, neurologue anglais, rappelle : « Une personne ne se résume pas uniquement à sa mémoire. L'être humain a des sentiments, de l'imagination, de l'énergie, de la volonté et des principes. » [4] Quel que soit le stade de la pathologie, il est possible de considérer l'individu avec respect en prenant en compte ce qu'il a aimé et ce qui le rassure. ■

## RÉFÉRENCES

- [1] Société Alzheimer. Guide à l'intention de l'aidant. 2022. [https://alzheimer.ca/sites/default/files/documents/Guide-%C3%A0-l%27intention-de-l%27aidant-Alzheimer-Society\\_0.pdf](https://alzheimer.ca/sites/default/files/documents/Guide-%C3%A0-l%27intention-de-l%27aidant-Alzheimer-Society_0.pdf).
- [2] France Alzheimer. Guide de l'aidant familial. Prendre soin d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. 2017. [www.lamaisondesaidants.com/site2018/wp-content/uploads/2014/09/Guide-de-laidant-2017-Alzheimer.pdf](http://www.lamaisondesaidants.com/site2018/wp-content/uploads/2014/09/Guide-de-laidant-2017-Alzheimer.pdf).
- [3] Feil N, de Klerk-Rubin V. Validation®. Mode d'emploi. La méthode en pratique. Paris: Pradel; 2018.
- [4] Sacks O. L'Homme qui prenait sa femme pour un chapeau, et autres récits cliniques. Paris: Seuil; 1988.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

# Prise en charge à domicile de patients souffrant de troubles cognitifs et du langage

AGNÈS PERRET  
Infirmière libérale

ANNIE-FRANCE MOULIN\*  
Infirmière libérale

c/o Soins Aides-soignantes,  
65 rue Camille-Desmoulins,  
92442 Issy-les-Moulineaux cedex,  
France

■ Pour l'accompagnement d'une personne à domicile, les professionnels de santé s'appuient sur les connaissances des aidants. ■ Cela donne des éléments pour organiser les soins et mieux communiquer avec le patient. ■ Exemple de l'accompagnement d'une personne souffrant de troubles neurocognitifs.

© 2024 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés, y compris ceux relatifs à la fouille de textes et de données, à l'entraînement de l'intelligence artificielle et aux technologies similaires.

**Mots clés** – aidant familial ; communication ; soins à domicile ; trouble du langage ; trouble neurocognitif

**C**haque prise en charge infirmière au domicile se fait sous le couvert d'une prescription médicale. Ces patients vivent à domicile, seuls ou assistés d'un proche. Le dispositif d'intervention intègre les aidants familiaux et s'accommode des troubles du langage chez des personnes atteintes de ces pathologies. Illustration avec la situation de M<sup>me</sup> Nogent<sup>1</sup>.

## AU DÉBUT DE LA PRISE EN CHARGE

Nous sommes convenus d'un rendez-vous avec la famille à domicile pour une première prise de contact d'une nouvelle patiente. Au téléphone, Françoise, la fille de M<sup>me</sup> Nogent, aidante depuis plusieurs années auprès de sa mère, a besoin de nous connaître, de planifier nos passages à venir, matin et soir, de nous présenter sa maman et d'être écoutée, rassurée... Nous savons à quel point cette première visite est importante pour tous : famille, patient et soignants. À plus forte raison lorsque les troubles cognitifs sont associés à des troubles du langage.

■ **Le lendemain à 12 h 30**, je me rends chez Françoise. Son accueil est chaleureux, M<sup>me</sup> Nogent est installée pour le repas. Françoise la sollicite cuillerée après cuillerée tout en poursuivant notre conversation : « *Nous sommes originaires des environs de Marseille. Maman a eu quatre filles, nous sommes toutes très liées bien que très différentes. Après le décès de notre papa, nous avons commencé à mesurer les problèmes de mémoire de maman. Aussi, à tour de rôle, nous accueillons maman chez nous pour un trimestre chacune. Moi-même, veuve, je décide de quitter la région et le temps passant il s'est avéré qu'il était nécessaire de proposer plus de stabilité à notre mère. Nous convenons qu'elle viendra en Ardèche avec moi. Mes sœurs viennent régulièrement s'occuper*

*de maman ici. Au-delà des troubles du langage, maman perd en motricité (manque de tonus, problème d'équilibre). Si elle arrive encore à manger et porter les aliments à la bouche, elle oublie le geste suivant, idem pendant le temps de la toilette. La journée je peux l'accompagner aux toilettes mais la nuit ce n'est pas possible. Elle est incontinente, c'est pourquoi depuis quelques jours je lui mets une couche pour la nuit. Aussi une présence presque continue est nécessaire. Elle a fait un bilan à Marseille qui a permis que le diagnostic de maladie d'Alzheimer soit posé. C'est pour cela que mon médecin traitant a fait cette prescription de soins infirmiers à domicile, avec le matin : aide au lever, à la toilette et à l'habillage ; et le soir, aide au déshabillage et au coucher. Ces visites me rassurent sachant que j'ai une aide possible si nécessaire. »*

■ **En observant M<sup>me</sup> Nogent**, je relève que les gestes qu'elle effectue sont très ralentis et indécis. Elle répond difficilement aux questions simples que je lui pose. L'évocation de Marseille, de la mer l'interpelle, elle esquisse un regard intéressé, dit quelques mots cohérents puis s'évade dans ses pensées en tenant un discours hermétique. Cette observation conjuguée aux informations recueillies par sa fille me permet d'estimer le stade avancé de la maladie d'Alzheimer. Nous convenons avec Françoise de passer vers 10 heures le matin et 19 heures le soir, tous les jours, dimanches et fériés compris.

## PLACE DE L'AIDANT FAMILIAL

À chaque nouvelle prise en charge d'un patient à domicile, nous sommes attentives à établir une relation de confiance avec l'aidant familial. Nous essayons de questionner ses difficultés, sa solitude, son épuisement, ses éventuelles angoisses et de nous adapter le plus possible au contexte familial.

\*Autrice correspondante.  
Adresse e-mail :  
af\_atemkeng@yahoo.fr  
(A.-F. Moulin).

## Troubles cognitifs et pertes langagières

Françoise nous demande de venir en fin de matinée car elle se lève tard et sa mère dort très tard le matin. En effet, le seul moment de liberté pour Françoise est la soirée et une partie de la nuit où elle regarde de nombreuses émissions de télévision, c'est son temps à elle. Cependant, il va nous falloir lui faire accepter qu'il est important pour sa mère que nous passions plus tôt le matin. Il est nécessaire de changer la protection plus tôt pour éviter des complications cutanées. Françoise accepte que le premier de nos passages ait lieu vers 9 heures.

■ **Françoise veut nous aider** : tout doit être prêt à notre arrivée. Elle supervise tout : le temps passé, nos échanges quotidiens avec M<sup>me</sup> Nogent. Progressivement, nous allons pouvoir limiter ce surinvestissement auprès de sa mère. Dans ces moments d'absence de sa fille, M<sup>me</sup> Nogent se détend, nous regarde avec curiosité et peut nous prendre pour un proche parfois, ce qui la rassure. Parfois, en fin de soin, elle se rendort – un temps bienvenu avant le repas. Si Françoise peut être envahissante au cours du soin, elle est cependant investie dans tout ce qui apporte du bien-être à sa mère.

■ **La communication avec Françoise et l'écoute** sont primordiales. Nous échangeons, évaluons la nécessité de telle ou telle commodité ou solution à instaurer pour le bien-être de chacune. C'est ainsi que Françoise pourra accepter de mettre en place une aide à domicile pour l'assister l'après-midi pour effectuer les changes quand sa mère deviendra incontinente la journée.

## COMMUNICATION AVEC LA PATIENTE

La prise en charge d'un patient atteint de troubles cognitifs et de troubles du langage nous est grandement facilitée si nous connaissons auparavant le patient ou son entourage pour des soins antérieurs. Nous savons alors ce qui leur plaît : l'information locale, parler en patois ou une autre langue pour certains. Nous mesurons bien l'attention différente qu'il nous porte dans ce cas, parfois un sourire...

■ **Nous ne connaissons pas M<sup>me</sup> Nogent** avant cette prise en charge. Nous questionnons donc sa fille Françoise pour qu'elle nous parle de sa mère avant que n'arrivent les troubles cognitifs. Nous apprenons ainsi que M<sup>me</sup> Nogent avait toujours vécu à Marseille, ce que son accent nous avait déjà permis de comprendre. En conséquence, nous glissons dans nos échanges quelques expressions marseillaises que nous connaissons ou que sa fille nous a signalées. Et quand nous utilisons ces mots avec l'accent, M<sup>me</sup> Nogent se montre plus attentive et nous répond parfois avec plus de cohérence.

Nous parlons aussi de son mari et de ses filles dont Françoise nous a donné les prénoms.

■ **Le plus difficile est lorsque M<sup>me</sup> Nogent** commence à nous parler et que nous ne comprenons pas car son discours est complètement incohérent. Elle saute d'une pensée à une autre, utilise des mots inconnus. Faut-il l'interrompre ? Lui dire que nous ne comprenons pas ? Cela la mettrait en échec et surtout mettrait fin à la communication. Il est très important de ne pas mettre la patiente face à ses difficultés ou erreurs. Faire comme si nous comprenions ? Mais cela serait mensonger. Alors nous nous débrouillons comme nous pouvons en acquiesçant parfois. Nous sommes très à l'écoute de l'émotion qui accompagne ce discours, qui peut être l'angoisse, la colère parfois mais surtout la tristesse chez M<sup>me</sup> Nogent. En effet, tout au long de ce suivi, elle ne se montrera jamais en colère ni agressive. Quand nous sentons cette tristesse, nous avons alors des paroles et des gestes de réconfort, de douceur. Il arrive parfois que sa fille Françoise traduise pour nous des demandes faites par sa mère. Mais celles-ci sont très rares ; c'est une patiente qui demande peu.

■ **Nous faisons surtout en sorte que les soins prodigués** soient toujours accompagnés de paroles, de gestes mesurés et porteur de sens. Nous parlons de tout et de rien... Nous évitons aussi de lui poser des questions auxquelles elle ne pourrait pas répondre ou, si elle y répondait, dont nous ne comprendrions pas la réponse. Sauf bien sûr les questions simples sur ce que nous allons faire : le lever, la température de l'eau, etc. C'est surtout par une communication non verbale que nous échangeons pour transmettre à M<sup>me</sup> Nogent toute notre bienveillance.

## CONCLUSION

M<sup>me</sup> Nogent décédera à domicile auprès de sa fille Françoise ; Agnès sera celle qui répondra à l'appel de Françoise et réalisera la toilette mortuaire avec son aide. Cela clôture l'accompagnement assumé de sa mère. Jusqu'au bout nous avons fait en sorte que M<sup>me</sup> Nogent reste une personne à part entière et que jamais nous lui renvoyions l'image d'un "objet" entre nos mains. Au-delà de M<sup>me</sup> Nogent, c'est à Françoise également que notre attention s'est portée afin de la conforter dans ce que toute sa prise en charge à domicile avait d'efficace et de nécessaire (autant que possible) pour un suivi juste et riche pour un deuil inéluctable à gérer. Depuis, nous croisons parfois Françoise en ville, qui a repris différentes activités qu'elle avait dû suspendre. Elle est l'exemple d'un accompagnement réussi. ■

## NOTE

<sup>1</sup> Pour des raisons de préservation d'identité des sujets, les noms et prénoms utilisés dans ce texte sont d'emprunt.

*Déclaration de liens d'intérêts*  
Les autrices déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

addiction

# L'accompagnement du résident fumeur en Ehpad

CÉCILE BOHN  
Psychologue clinicienne

Ehpad Korian Pastoria,  
39-41 avenue Pasteur,  
10000 Troyes, France

■ La vie en établissement présente des avantages mais également quelques inconvénients. ■ La liberté individuelle permet à chacun, jeune ou moins jeune, de fumer ou non. ■ Cependant, la pratique tabagique peut venir se heurter aux limites institutionnelles de ne pas faire subir à l'autre les fumées toxiques. ■ Ce propos vient éclairer les possibilités d'aménagement pour que l'établissement puisse s'adapter au mieux aux habitudes des résidents fumeurs, sans les stigmatiser.

© 2024 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés, y compris ceux relatifs à la feuille de textes et de données, à l'entraînement de l'intelligence artificielle et aux technologies similaires.

Mots clés – addiction ; institution ; liberté ; projet personnalisé ; résident fumeur ; sécurité

La gestion du tabagisme chez les résidents en établissements médicosociaux, tels que les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), représente un défi complexe. L'adage « *La liberté des uns commence là où s'arrête celle des autres* » [1] vient parfaitement illustrer cette question. Les résidents d'Ehpad représentent une population vulnérable, souvent affectée par des comorbidités, rendant la gestion du tabagisme particulièrement délicate. En effet, il ne faut pas stigmatiser ni évincer ces résidents en créant un conflit d'opinions quant à la consommation du tabac ; mais les accompagner, tout en respectant leurs libertés individuelles et en garantissant un environnement sain et sécuritaire pour tous.

## CONTEXTE ET ENJEUX

Le tabagisme est une dépendance reconnue qui peut avoir des effets dévastateurs sur la santé. Toutefois, de nombreux résidents fumeurs institutionnalisés ont une longue histoire de tabagisme et la privation brutale peut entraîner des conséquences négatives : anxiété, dépression



(légère la plupart du temps, mais parfois grave), incapacité à se concentrer, irritabilité, agitation, faim, tremblements, sueurs, vertiges, céphalées, douleurs abdominales, nausées et sommeil perturbé [2].

En France, le tabac est le premier facteur de mortalité évitable. Selon l'enquête de prévalence nationale [3], en 2021, « *parmi les 76-85 ans, la prévalence du tabagisme était de 5,8 % et de 5,1 % pour le tabagisme quotidien* ».

## CADRE LÉGAL

La réglementation peut venir nous éclairer. Si l'on considère le décret n° 2006-1386 du

15 novembre 2006 [4] qui fixe les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif, il ne s'applique toutefois pas à la chambre en Ehpad, considérée comme le domicile du résident. Cependant, les directions des établissements médicosociaux sont confrontées à un dilemme : la sécurité collective *versus* la liberté individuelle. La sécurité fait écho au risque de tabagisme passif (pour l'ensemble des parties prenantes : résidents, collaborateurs, entourage) mais également à la sécurité face au risque d'incendie. Les libertés individuelles, garanties par la Charte

## NOTE

<sup>1</sup> Le nom a été modifié.

Adresse e-mail :  
cecile.bohn@korian.fr  
(C. Bohn).

## Risques liés au tabagisme

La plupart des résidents fumeurs, peu nombreux, ont une longue pratique. Ils sont plus à risque de développer des comorbidités [8].

Un cancer sur trois est dû au tabagisme. Il touche en premier lieu les poumons, mais aussi la gorge, la bouche, les lèvres, le pancréas, les reins, la vessie, l'utérus.

Le principal risque cardiovasculaire est l'infarctus du myocarde, mais la fumée est mise en cause dans : les accidents vasculaires cérébraux, l'artérite des membres inférieurs, les anévrismes, l'hypertension artérielle.

La bronchopneumopathie chronique obstructive peut évoluer en insuffisance respiratoire chronique.

Elle aggrave d'autres pathologies : gastrites, ulcères gastroduodénaux, diabète de type 2, hypercholestérolémie, hypertriglycéridémie, eczéma, psoriasis, lupus, infections oto-rhino-laryngologiques (ORL) et dentaires, cataracte et dégénérescence maculaire liée à l'âge, parodontite (maladie des gencives).

Le tabac est aussi un facteur de risque de maladie d'Alzheimer et de démence vasculaire.

des droits et libertés de la personne en situation de handicap ou de dépendance [5] ainsi que la Charte des droits et libertés de la personne accueillie [6] peuvent être un argument mis en avant par les usagers.

Dans ce cadre, il convient de se référer au règlement de fonctionnement propre à l'institution. L'objectif de l'institution demeure d'accompagner le résident fumeur de manière respectueuse, tout en garantissant un environnement de soins sécurisé pour tous. L'alternative entre libertés individuelles et sécurité de la collectivité est généralement trouvée dans la création d'espaces extérieurs dédiés.

## BONNES PRATIQUES

L'enjeu dans l'accompagnement du résident fumeur est de trouver un équilibre entre le respect de ses habitudes et la protection de la santé collective.

■ **L'évaluation initiale dès l'entrée en établissement** est un puissant outil dans l'analyse des consommations. Cela comprend le recueil détaillé des habitudes :

- âge de début des consommations, tentatives antérieures de sevrage, quantité, habitudes de consommation régulière ;

- exploration des pathologies associées ;

- motivation et attitude : fonction de la cigarette pour le sujet, projet de réduction ou d'arrêt du tabac.

■ **À noter que selon le tabacologue Patrick Dupont, et l'addictologue Lisa Blécha [7],** l'arrêt du tabagisme après 65 ans n'est pas souvent proposé aux résidents fumeurs, encore moins après 75 ans. Simplement poser la question au résident pourrait s'avérer pertinent pour moduler l'accompagnement à proposer. Quel que soit l'âge, il y a toujours un bénéfice à renoncer au tabagisme [8]. L'analyse des consommations doit permettre une prise en compte des souhaits et habitudes du résident.

■ **Le déploiement du projet personnalisé** impliquant le résident et ses proches permettra d'acter le suivi le plus adapté, au plus proche des habitudes précédentes du résident à domicile. La recherche de l'acceptation et de la bonne compréhension de cet accompagnement par le résident est primordiale pour qu'il soit appliqué et non enfreint par le résident lui-même. Expliquer, faire approuver, répéter régulièrement sont les clés d'une bonne mise en place et d'une bonne adhésion.

## VIGNETTES CLINIQUES

Prenons l'exemple d'une patiente accueillie au sein d'un espace de vie protégé. L'entretien d'accueil avec la famille a permis de définir que M<sup>me</sup> Xavier<sup>1</sup> a une longue pratique tabagique derrière elle. L'analyse de ses consommations a permis de mettre en place une personnalisation de son accompagnement en lien avec son addiction. En collaboration avec la famille qui a pu fournir le nécessaire, et l'équipe qui a programmé des temps d'accompagnement en lien avec ses habitudes à domicile, la résidente a pu conserver ses habitudes et les effets du manque ont été évités.

Pour un autre résident, la possession du paquet de cigarettes sur lui était importante. Le briquet quant à lui était disponible à l'accueil de l'établissement, permettant de l'orienter vers un lieu en extérieur, adapté en fonction de ses besoins exprimés.

## CONCLUSION

L'accompagnement des résidents fumeurs dans les établissements est essentiel et ne doit pas être dénié. L'approche personnalisée sera ainsi la clé pour réussir à prendre en compte l'ensemble des besoins du patient et préserver la collectivité. ■

## RÉFÉRENCES

- [1] Rousseau JJ. Lettres écrites de la montagne (1763-64). Lausanne (Suisse): L'Âge d'homme; 2008.
- [2] Prochaska JJ. Sevrage tabagique. Le manuel MSD 2023. [www.msmanuals.com/fr/accueil/sujets-particuliers/tabagisme/sevrage-tabagique](http://www.msmanuals.com/fr/accueil/sujets-particuliers/tabagisme/sevrage-tabagique).
- [3] Pasquereau A, Andler R, Guignard R, et al. Prévalence nationale et régionale du tabagisme en France en 2021 parmi les 18-75 ans, d'après le Baromètre de Santé publique France. Bull Epidemiol Hebd (Paris) 2022;(26):470-80. [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2022/26/2022\\_26\\_1.html](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2022/26/2022_26_1.html).
- [4] Décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006, fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif. [www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2006/11/15/2006-1386/jo/texte](http://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2006/11/15/2006-1386/jo/texte).
- [5] Fondation nationale de gérontologie, ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité. Charte des droits et libertés de la personne en situation de handicap ou de dépendance. 2007. [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte\\_2007\\_affiche-2.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_2007_affiche-2.pdf).
- [6] Direction générale de l'action sociale. Charte des droits et libertés de la personne accueillie. Paris: ministère de l'Emploi, du Travail, et de la Cohésion sociale, ministère de la Santé et de la Protection sociale, ministère de la Famille et de l'Enfance; 2004. [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/EXE\\_A4\\_ACCUEIL.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/EXE_A4_ACCUEIL.pdf).
- [7] Dupont P, Blécha L. Aide à l'arrêt du tabagisme chez les personnes âgées. NPG 2012;12(67):3-8.
- [8] Pour les personnes âgées. Tabagisme des personnes âgées : il n'y a pas d'âge pour arrêter de fumer. 11 novembre 2022. [www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie/preserver-son-autonomie-et-sa-sante/tabagisme-des-personnes-agees-il-n-y-a-pas-d-age-pour-arreter-de-fumer](http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie/preserver-son-autonomie-et-sa-sante/tabagisme-des-personnes-agees-il-n-y-a-pas-d-age-pour-arreter-de-fumer).

*Déclaration de liens d'intérêts*  
L'autrice déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

expertise

# Handicap : une académie expérimentale des experts d'usages

PIERRE-YVES LAVALLADE  
Délégué général  
de la Fédération Paralysie  
cérébrale France

Fédération Paralysie  
cérébrale France, 2 rue Mozart,  
92110 Clichy, France

■ La fédération Paralysie cérébrale France a initié, en 2022, une académie expérimentale et innovante visant à former les personnes en situation de handicap à devenir des intervenants experts d'usages. ■ Ces derniers ont vocation, à l'issue de leur parcours, à intervenir auprès des centres et écoles de formation des professionnels et futurs professionnels du soin et de l'accompagnement.

© 2024 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés, y compris ceux relatifs à la fouille de textes et de données, à l'entraînement de l'intelligence artificielle et aux technologies similaires.

**Mots clés** – autodétermination ; expert d'usages ; formation ; handicap ; participation ; pouvoir d'agir

**J**ulia Boivin, formatrice et conférencière, a proposé à la fédération Paralysie cérébrale France l'idée d'une académie d'intervenants experts d'usages au caractère à la fois original, expérimental et innovant. Les intervenants experts d'usages, à l'issue d'un parcours de formation au sein de cette académie, pourront intervenir dans les centres de formation auprès des futurs professionnels ou professionnels du soin et de l'accompagnement.

## POURQUOI S'ENGAGER DANS UNE TELLE INITIATIVE ?

« Notre conviction est que les modèles d'accompagnement, dans toutes leurs dimensions, sont en pleine transformation et que la fédération Paralysie cérébrale France doit être plus que jamais un des acteurs de ces évolutions qui traversent véritablement la société. La valorisation des savoirs issus de l'expérience fait partie des leviers qui contribuent à développer, chez les personnes en situation de handicap, le pouvoir d'agir sur leur propre vie et leur autonomie », indique Jacky Vagnoni, président de Paralysie cérébrale France.

## OBJECTIF DE CETTE EXPÉRIMENTATION

Ce projet expérimental, soutenu par l'Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (Agefiph), l'agence régionale de santé (ARS) Île-de-France et la Mutuelle Intégrance, a pour objectif de former les personnes en situation de handicap à devenir des intervenants experts d'usages sur des thèmes identifiés en toute autonomie (par exemple, l'accessibilité, les préjugés sur le handicap, la bientraitance, la vie affective et sexuelle, la communication alternative améliorée, etc.).

« Ce projet permet de travailler, à travers un parcours de formation spécifique, le fond et la forme des interventions en mobilisant les savoirs, les savoir-faire et les savoir-être. L'objectif est que les personnes concernées puissent passer d'un simple récit de vie ou de parcours à un témoignage outillé avec des messages forts à faire passer et des anecdotes pour marquer les esprits », précise Julia Boivin, cheffe de programme.

## À QUI S'ADRESSE CETTE ACADEMIE EXPERIMENTALE ?

Cette académie s'adresse majoritairement (mais pas exclusivement) à des personnes accompagnées par des établissements médicosociaux médicalisés (foyer d'accueil médicalisé ou maison d'accueil spécialisée) dans le cadre d'un parcours de formation adapté au rythme de chacun.

« Trop souvent invisibilisées parce que présentant des degrés de dépendance jugés trop élevés, ces personnes ont rarement l'opportunité de partager les savoirs, les repères, les réflexions qu'elles développent dans leur quotidien. Petit à petit, elles se font à l'idée que ce sont les autres qui savent ou qui ont des choses à dire... Les faire participer, c'est avant tout les aider à reprendre confiance en ce qu'elles pensent, en ce qu'elles sont, indique Julia Boivin. Les faire participer, c'est leur permettre de s'émanciper d'un thème stigmatisant et réducteur (leur vie et leur handicap) afin qu'elles s'expriment sur des sujets qui leur importent véritablement. Il s'agit de les reconnaître pleinement comme citoyens et partenaires de l'accompagnement de demain. »

Adresse e-mail :  
contact  
@paralysiecerebralefrance.fr  
(P.-Y. Lavallade).

## COMMENT SE DÉROULE LE PARCOURS DE FORMATION ?

L'ensemble du parcours, d'une durée d'environ deux ans, se déroule en présentiel (les formatrices se déplacent au plus près des lieux de vie des personnes) ou par visioconférence.

■ **La formation est adaptée au rythme des participants**, à leur fatigabilité et à leur niveau de compréhension et est dispensée par Julia Boivin, cheffe de programme et Camille Gilibert, chargée de mission et directrice du Groupement études, formation, conseil, animation, social, medicosocial et sanitaire (GEFCA). Ce sont deux formatrices expérimentées et habituées à interagir avec des personnes en situation de handicap.

■ **L'académie met également à disposition** un espace partagé permettant l'accès à différents outils : des modules de formation vidéo, des fiches repères, une grille d'autoévaluation, un livret pédagogique, un annuaire des intervenants experts d'usages, entre autres.

## QUEL(S) RÔLE(S) POUR LES INTERVENANTS EXPERTS D'USAGES ?

Les intervenants experts d'usages – qui ont satisfait aux évaluations – reçoivent un diplôme. Celui-ci leur permet ainsi de se prévaloir d'un parcours de formation de qualité et d'une préparation auprès des tiers.

■ **Les intervenants experts d'usages ont vocation**, à l'issue de leur cursus, à se déployer auprès des centres et écoles de formation des professionnels et futurs professionnels du soin et de l'accompagnement pour y délivrer des interventions sur des thématiques plurielles. Ils participeront ainsi concrètement au

changement de regard des professionnels sur le handicap et sur la nature même de la prise en soins attendu par les personnes.

« *Les centres de formation ont ainsi la possibilité d'apporter une réelle valeur ajoutée à leur programme de formation. Leurs étudiants bénéficieront de témoignages de nature à alimenter leur propre réflexion sur les capacités et les aspirations des personnes en situation de handicap et sur leurs postures professionnelles. Il s'agit de revaloriser la place des savoirs dits d'expérience et d'entendre que les personnes concernées veulent participer à la formation de leurs futurs accompagnants professionnels* », indique Julia Boivin.

Si l'académie expérimentale des experts d'usages s'est d'abord concentrée sur les enjeux des écoles et les centres de formation du travail social au regard des défis actuels de recrutement et de transformation des modes d'accompagnement, il ne s'agit que d'une première étape. Les intervenants experts d'usages auront ainsi vocation, dans les prochaines années, à intervenir dans d'autres cercles afin d'y faire progresser la place et la participation des personnes en situation de handicap dans l'entreprise, les loisirs, les établissements scolaires, etc.

## UNE TROISIÈME ANNÉE D'EXPÉRIMENTATION DE CONSOLIDATION

L'année 2024 signe la troisième et dernière année de l'expérimentation soutenue par les partenaires. Celle-ci est tournée vers l'évaluation et la capitalisation de ce qui aura émergé tout au long de ce projet. La fédération Paralysie cérébrale France affiche d'ores et déjà sa volonté de transformer l'essai avec la pérennisation d'une académie des experts d'usages. L'enthousiasme suscité par cette initiative et la motivation des participants à poursuivre

## Des propositions pour permettre une activité d'intervenant rémunérée sans impact sur les droits

Cette académie expérimentale des experts d'usages et son programme de formation a été également l'occasion de mettre en débat, à travers une étude juridique globale, la question de la compatibilité entre le statut des personnes en situation de handicap – percevant au titre de leur handicap des allocations et prestations – et l'engagement d'une activité d'intervenant rémunérée à temps partiel. Ces intervenants experts d'usages se sont engagés dans un cursus de formation créateur de valeur pour tous les acteurs de la société. Il serait donc logique que ces interventions fassent l'objet d'une juste rémunération intégrant les temps de préparation et d'intervention et les coûts associés. Or, le statut actuel n'offre aucune souplesse sauf à venir directement impacter les droits de la personne, et notamment la perception de l'allocation adulte handicapé. Des propositions ont ainsi été remises à l'ex-ministre déléguée chargée des Personnes handicapées et des Personnes âgées, Fadila Khattabi, afin de faire évoluer le statut actuel des personnes en situation de handicap. La fédération Paralysie cérébrale France est aujourd'hui dans l'attente d'une position claire du Gouvernement sur ces propositions et sur sa volonté de faire évoluer le statut social des personnes en situation de handicap qui ne correspond plus à cette volonté partagée de donner plus de place aux personnes dans une société véritablement inclusive.

une démarche de formation continue sont une motivation supplémentaire pour modéliser et lancer un dispositif pérenne répondant aux attentes des différents acteurs.

« *Les intervenants experts d'usages mettent en avant une prise de confiance en eux, un sentiment de légitimité qui se renforce et une envie de se perfectionner encore plus, pour pourquoi pas un jour être formateur et plus simplement témoin. Il s'agit donc de les accompagner dans ce développement de compétences et de créer avec eux un parcours de formation adéquat* », précise Julia Boivin.

« *Ces 17 premiers intervenants experts d'usages sont les précurseurs d'un progrès considérable. Ils seront, à n'en pas douter, rejoints dans les prochaines années par d'autres personnes pour créer un réseau national à l'image d'une communauté de pratiques. C'est l'ambition de la fédération Paralysie cérébrale France* », conclut Jacky Vagnoni. ■

### POUR EN SAVOIR PLUS

- Paralysie cérébrale France. [www.paralysiecerebralefrance.fr](http://www.paralysiecerebralefrance.fr).

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

# Les aides-soignants, des partenaires incontournables au sein des instituts de formation

VALÉRIE DOGUET  
Responsable pédagogique

Croix-Rouge compétence,  
Centre-Val de Loire,  
6 avenue du Professeur-  
Alexandre-Minkowski,  
37170 Chambray-Lès-Tours,  
France

■ L'arrêté du 10 juin 2021 a réformé la formation des aides-soignants (AS) et modifié l'organisation des instituts de formation. ■ Les AS diplômés peuvent prendre une place plus importante dans le fonctionnement des instituts de formation d'AS (Ifas) aussi bien dans les équipes pédagogiques (sous conditions) que dans la gouvernance.

© 2024 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés, y compris ceux relatifs à la fouille de textes et de données, à l'entraînement de l'intelligence artificielle et aux technologies similaires.

**Mots clés** – aide-soignant ; arrêté du 10 juin 2021 ; institut de formation ; partenariat

Les aides-soignants (AS) ont toujours participé activement à la formation des apprenants. Cette participation était principalement concentrée autour de leur rôle de tuteur lors des périodes de stages. La richesse de leur accompagnement lors de ces temps n'est plus à démontrer. Cependant, peu de place leur était jusqu'ici accordée au sein même des instituts. Ils venaient ponctuellement pour échanger autour de leur pratique professionnelle ou parfois pour les épreuves certificatives.

Certains d'entre eux participaient également aux décisions lors des instances. La réforme de 2021 [1] est venue renforcer leur intégration dans les Ifas.

## DANS LA SÉLECTION DES APPRENANTS

Depuis la réforme de juin 2021, les AS sont désormais davantage associés à la formation.

■ **Dès la sélection, ils sont membres du jury** pour l'entrée en formation, en binôme avec un formateur [2].

Ils participent à l'exploration du projet du candidat. Ils illustrent le questionnement sur les difficultés du métier. Les AS sont partie prenante dans le choix du futur apprenant et de leur futur collègue.

■ **Si les instituts ont craint de manquer de candidatures**, ils ont rapidement été rassurés par l'engouement des professionnels AS, malgré le contexte actuel peu favorable, preuve s'il en est de la pertinence de leur participation à ce moment fort du projet du candidat.

## DANS LES TEMPS D'ENSEIGNEMENT

Concernant les temps de formation en institut, les AS conservent une place importante. Les apprenants sont toujours très friands des moments d'échange avec leurs futurs pairs.

■ **En tant qu'équipe pédagogique, nous souhaiterions** qu'ils puissent maintenant participer à l'enseignement des nouveaux actes [1]. Toutefois, nous heurtons à cet entre-deux où peu d'AS sont formés à ces nouveaux gestes.

■ **En effet, aucun texte n'est encore publié** pour la montée en compétences des professionnels diplômés avant la réforme de 2021. Le plus souvent, ces gestes sont encore pratiqués par l'infirmier pour des raisons organisationnelles ou de responsabilité.

## DANS LES INSTANCES DÉCISIONNAIRES

Concernant la participation aux instances, les AS étaient déjà représentés au sein du conseil technique et de la section disciplinaire.

■ **Cependant, en lien avec la multiplicité des instances** dans la gouvernance des instituts [3] mise en place depuis juin 2021, ils sont sollicités plus fréquemment (instance compétente pour les orientations générales de l'institut [Icogi], section pédagogique, section disciplinaire).

■ **Cette sollicitation s'est encore accentuée** depuis juin 2023 par la mise en place d'une commission ayant pour objectif la validation ou non des compétences acquises en milieu professionnel [3].

## Témoignage d'Hervé Moreau, aide-soignant, tuteur de stage et intervenant auprès des élèves

### ■ Cela fait longtemps que tu participes aux enseignements. Qu'est-ce qui te motive ?

C'est le fait de pouvoir donner ce que je sais. Transmettre, c'est important, c'est essayer de participer à la formation de futurs collègues.

### ■ Tu es tuteur de stage depuis de nombreuses années. La réforme de la formation en 2021 a-t-elle changé ton approche ?

On essaie de prendre toujours du temps pour le stagiaire. On voudrait bien former. Et en fait, ce n'est pas toujours facile. Certaines périodes sont plus adéquates que d'autres parce qu'il y a énormément de stagiaires et que les terrains de stage ne sont pas nombreux. C'est une charge car il y a beaucoup de travail avec moins de personnel, mais c'est aussi une responsabilité.

Depuis la réforme, il faut compléter le portfolio. Et il y a des interrogations à ce sujet. On retrouve certains items à plusieurs reprises et ce n'est pas forcément facile à remplir. Nos signatures en tant que tuteurs sont maintenant "obligatoires", mais on continue quand même à le faire valider par le cadre de santé.

### ■ Une autre nouveauté est ta participation aux oraux de sélection. Qu'en penses-tu ?

Je trouve bien que l'on nous intègre dans des choix de sélection. Bien sûr, pas tout seul. Il faut un professionnel de la pédagogie et un professionnel de terrain car il faut, dans un temps assez court, essayer de cerner la personne que l'on a en face de nous.

C'est une responsabilité de participer à la vie professionnelle de la personne que l'on a en face de soi, à une partie, tout au moins. Est-ce que je ne me sentais pas légitime pour y contribuer ? Après l'avoir fait, j'étais heureux d'y avoir participé.

### ■ Que t'apporte la participation aux différentes instances : instance compétente pour les orientations générales de l'institut (Icogi), commission de validation de l'acquisition des résultats (CVAR), section pédagogique/disciplinaire ?

Participer à l'Icogi permet de voir toute la vie de l'école. On croit connaître entièrement l'Institut, alors qu'il y a de multiples actions, diverses ramifications. C'est très bien de voir toute la vie de l'institution.

Concernant la CVAR, on nous présente les dossiers d'apprenants qui posent questions et nous devons voir si, au niveau des stages, nous pouvons valider leur formation. Là aussi c'est une responsabilité et cela valorise l'avis des encadrants de terrain de stage.

La section pédagogique/disciplinaire questionne les participants. C'est un peu comme si c'était un de mes propres échecs que d'avoir sélectionné cet apprenant, même quand ce n'est pas moi qui l'ai sélectionné parce que ça aurait pu arriver.

Je m'interroge : est-ce qu'on aurait pu éviter d'en arriver là ? Lors des séances, le cadre est posé. On entend la personne.

On lui laisse sa chance. On essaie de voir si elle regrette ce qu'elle a fait. On essaie de juger en âme et conscience. Pour cela, je n'ai pas trop d'état d'âme.

### ■ Pour conclure.

J'ai été agréablement surpris de voir que de plus en plus de collègues AS viennent soit pour les sélections, soit les cours. Et je trouve que c'est très bien de ne pas se cantonner à une seule vision.

En effet, deux professionnels sont intégrés à cette réunion et participent à l'étude des appréciations réalisées par les encadrants de stage et à la décision de valider ou non ces compétences.

## DANS LES ÉQUIPES PÉDAGOGIQUES

Depuis 2021, les aides-soignants peuvent intégrer les équipes pédagogiques [4].

### ■ À condition d'être titulaires d'un diplôme de niveau 6

(licence) en lien avec la santé, les sciences de l'éducation ou les sciences humaines, ils deviennent formateurs permanents des Ifas.

■ **Cependant, cette exigence légitime de qualification** de niveau 6 reste un frein à l'intégration de ces professionnels dans les équipes pédagogiques des instituts de formation.

## CONCLUSION

La participation des AS s'est accrue dans les instituts de

formation avec la réforme de juin 2021. Ils participent à la sélection, à la formation et aux décisions concernant leurs futurs collègues. C'est une reconnaissance tardive mais réelle de leurs compétences car qui mieux que celui qui l'exerce peut parler de son métier ? ■

## RÉFÉRENCES

[1] Arrêté du 10 juin 2021, modifié par l'arrêté du 9 juin 2023, relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux. [www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043646160](http://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043646160).

[2] Arrêté du 7 avril 2020, modifié par l'arrêté du 9 juin 2023, relatif aux modalités d'admission aux formations conduisant aux diplômes d'État d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture – Article 2.

[www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000041789610/](http://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000041789610/).

[3] Arrêté du 21 avril 2007, modifié par les arrêtés des 29 juillet 2022 et 9 juin 2023, relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux – Annexes VII, VIII et IX.

[www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT00000277377/](http://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT00000277377/).

[4] Arrêté du 10 juin 2021 portant dispositions relatives aux autorisations des instituts et écoles de formation paramédicale et à l'agrément de leur directeur en application des articles R4383-2 et R4383-4 du Code de la santé publique – Article 11. [www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043646111](http://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043646111).

*Déclaration de liens d'intérêts*

*L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.*

oncologie

# Le cancer de la prostate, le cancer le plus fréquent chez l'homme en France

PIERRE FRANCÈS<sup>a,\*</sup>  
Médecin généraliste

TARA CHALAYE<sup>b</sup>  
Interne en médecine générale

OUMNIA KARIM<sup>b</sup>  
Externe

OMAR HAJ AMREIR<sup>c</sup>  
Externe

MÉLISSANDRE BILLAUDOT<sup>c</sup>  
Externe

<sup>a</sup>Cabinet médical,  
1 rue Saint-Jean-Baptiste,  
66650 Banyuls-sur-Mer, France

<sup>b</sup>Faculté de médecine de  
Montpellier-Nîmes,  
2 rue de l'École-de-Médecine,  
34090 Montpellier, France

<sup>c</sup>Faculté de médecine  
Universitatea de vest Vasile  
Goldiș, Arad, B-dul Revoluției  
nr. 94-96, Romania

■ En France, le cancer de la prostate est le plus fréquent chez l'homme. ■ Son incidence augmente avec l'âge. ■ Le diagnostic repose sur l'anamnèse, le dosage de l'antigène spécifique, l'imagerie, la biopsie. ■ Le bilan d'extension déterminera la prise en charge. ■ Le patient doit recevoir une information complète pour participer au choix des thérapeutiques qui ne sont pas dénuées d'effets secondaires. ■ Ce cancer est néanmoins de bon pronostic.

© 2024 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés, y compris ceux relatifs à la fouille de textes et de données, à l'entraînement de l'intelligence artificielle et aux technologies similaires.

**Mots clés** – biopsie ; cancer de la prostate ; dépistage ; dysfonction érectile ; incontinence ; PSA ; thérapeutique

La prostate est une glande sexuelle située sous la vessie et en avant du rectum [1–3]. Elle encercle le canal urétral et se divise en deux parties : une partie centrale qui "s'enroule" autour de l'urètre, et une partie périphérique (figure 1). Cette glande contient des fibres musculaires lisses, des vaisseaux sanguins, des terminaisons nerveuses, et des formations glandulaires qui sécrètent le liquide séminal.

## ÉPIDÉMIOLOGIE

Le cancer de la prostate [1–3] est dans le monde le deuxième

cancer le plus fréquent chez l'homme, derrière le cancer du poumon. En France, il occupe le premier rang (25 % des cancers masculins) devant le cancer du poumon, et le cancer colorectal. La prévalence (nombre de nouveaux cas) de ce cancer est importante (643 156 personnes concernées en 2017), son incidence (nombre de nouveaux cas par rapport à la population) est de 50 400 en 2015 [2,3].

En 2018, l'âge médian de diagnostic est de 68 ans. La survie suite à cette découverte est de 80 % à 10 ans [2,3].

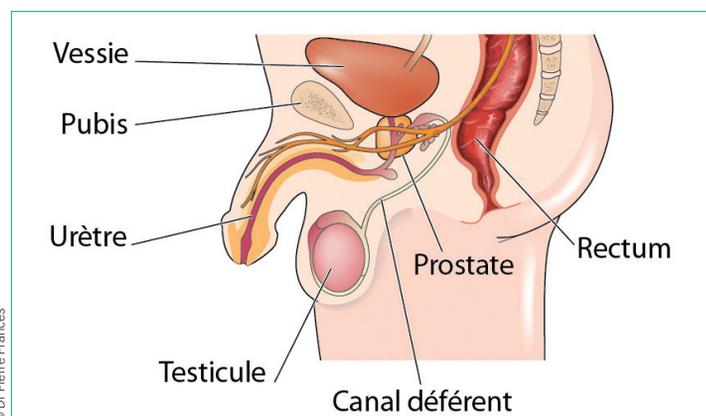
## DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE

### Identification des facteurs de risque

L'interrogatoire du patient à la recherche de facteurs de risque est important car elle peut conditionner une prise en charge plus invasive ou plus rapprochée. Parmi les facteurs de risque sont identifiés [4–6] :

- l'âge avec un risque de 14 à 26 % pour les patients ayant entre 65 et 74 ans, et 50 % au-delà de 80 ans ;
- les facteurs génétiques. Deux mutations génétiques (*HOXB13* et *BRCA2*<sup>1</sup> [7]) sont associées au cancer de la prostate ;
- les antécédents familiaux du 1<sup>er</sup> ou 2<sup>e</sup> degré ;
- l'origine ethnique. Les Européens du Nord, les Nord-Américains et les Africains sont plus impactés par ce cancer ;
- certains produits phytosanitaires, dont la chlordécone. Ainsi, les populations antillaises présentent un taux d'incidence du cancer de la prostate parmi les plus élevés au monde [8].

D'autres facteurs sont identifiés, mais de manière moins certaine (surpoids, grande taille).



© Dr Pierre Francès

\*Auteur correspondant.  
Adresse e-mail :

frances.pierre66650@gmail.com  
(P. Francès).

Figure 1. Rapport anatomique de la prostate avec les autres organes.

## Symptômes

Les facteurs de risque sont mis en regard des symptômes du patient [9,10] : troubles urinaires (miction plus lente ou saccadée), mais aussi présence de sang au niveau des urines (hématurie).

En théorie chez tout patient ayant plus de 50 ans, le médecin traitant doit effectuer un toucher rectal, c'est-à-dire qu'il palpe la prostate avec un doigt introduit dans le rectum. Le médecin évalue de cette manière le volume de la prostate (augmentation harmonieuse en cas d'hypertrophie), une éventuelle irrégularité ou une zone plus dure (suspicion dans ce cas d'un cancer).

## Examens complémentaires

Afin de poser le diagnostic de cancer de la prostate, les examens complémentaires [9,11,12] permettent de confirmer la suspicion et d'évaluer l'importance et l'extension de la pathologie néoplasique au niveau locorégional.

## Dosage de l'antigène prostatique spécifique

L'antigène prostatique spécifique (*Prostate Specific Antigen* [PSA]) est une protéine synthétisée par la prostate. Il est dosé à partir d'un échantillon sanguin. Des variations des taux de ce marqueur biologique sont observées en fonction de l'âge du patient.

**■ Celui-ci est très sensible, mais peu spécifique** d'un cancer de la prostate. En effet, une élévation du PSA est observée dans le cas d'une infection prostatique (prostatite), une intervention récente sur la prostate, ou une hypertrophie bénigne de la prostate. Ce dosage est souvent utile, mais il ne peut en aucune manière présager d'un cancer de la prostate sans avoir d'éléments

complémentaires (autres examens ou éléments de l'interrogatoire) pour poser le diagnostic.

**■ Ansi, le dépistage de masse avec ce marqueur** n'est actuellement pas recommandé.

## Imagerie

L'échographie ou l'imagerie par résonance magnétique (IRM) permettent en cas de suspicion de cancer de la prostate d'évaluer une zone suspecte (*annexe A*).

**■ Le seuil de discrimination de l'IRM est meilleur** que celui de l'échographie prostatique car cet examen met en évidence des plages suspectes qui ne sont pas nécessairement accessibles par l'échographie. Aussi, actuellement l'échographie n'a sa place dans la détection du cancer de la prostate que dans les cas où les délais de rendez-vous sont trop élevés ou d'un manque d'équipement en IRM.

**■ En outre, l'IRM permet de déterminer** de manière précise la zone sur laquelle pratiquer secondairement une biopsie.

## Biopsie

Dans la majeure partie des cas, la biopsie est effectuée par voie transrectale (à partir du rectum après avoir effectué une anesthésie locale). Elle peut également être réalisée par voie transpérinéale (entre bourses et anus). L'urologue est aidé lors de la réalisation de son geste par une échographie endorectale.

**■ Classiquement douze prélèvements sont effectués** au décours de cette action. Ceux-ci seront analysés par l'anatomopathologiste. Ses observations permettent de classer l'agressivité des cellules cancéreuses à partir du score de Gleason.

**■ On évalue également de cette manière le franchissement** des cellules cancéreuses au-delà de la prostate, ce qui est très important

car cette extension conditionne le traitement ultérieur.

## Bilan d'extension

Le bilan d'extension [12-14] recherche la diffusion éventuelle des cellules cancéreuses ; cette information est indispensable au choix du traitement. L'IRM explore la diffusion du cancer au-delà de la capsule (atteinte des vésicules séminales, rectum et os). Outre les atteintes ganglionnaires éventuelles, le scanner thoraco-abdomino-pelvien est utile pour rechercher une localisation osseuse d'un cancer. La scintigraphie osseuse permet de visualiser des métastases osseuses (*figure 2*). Le *Positron Emission Tomography (PET) Scan*, utilisé très récemment, permet de rechercher une extension du cancer (surtout en cas de récidive). On a recours dans ce cas à un radiotracer injecté par voie intraveineuse, la choline qui est un lipide qui se fixe aux cellules néoplasiques.

## PRISE EN CHARGE

Différentes options thérapeutiques peuvent être proposées au patient.

## Surveillance active

La surveillance active [9,12,15] a la faveur des urologues dès lors que le cancer est de petite taille. L'évolution lente de cette néoplasie, rassurante pour l'urologue,



**Figure 2.** Métastase osseuse de 21,3 mm due à un cancer de la prostate au niveau du bassin.

## NOTE

<sup>1</sup> Valeri A, Fournier G, Morin V, Morin JF, Drelon E, Mangin P, et al. Early onset and familial predisposition to prostate cancer significantly enhance the probability for breast cancer in first degree relatives. *Int J Cancer*, 86 (2000), pp. 883-887. Le risque de cancer prostatique est 1,4 fois plus élevé chez les hommes apparentés au 1<sup>er</sup> et au 2<sup>e</sup> degré à une femme présentant un cancer du sein.

## RÉFÉRENCES

- [1] Philippe G. La prostate et ses troubles. Malakoff; Dunod; 2021.
- [2] Institut national du cancer. Les cancers de la prostate : points clés. Juin 2022. [www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-de-la-prostate/Points-clés](http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-de-la-prostate/Points-clés).
- [3] Institut national du cancer. Le cancer de la prostate. Juillet 2023. [www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Les-cancers-les-plus-frequents/Cancer-de-la-prostate#](http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Les-cancers-les-plus-frequents/Cancer-de-la-prostate#).
- [4] Vidal. Les facteurs de risque du cancer de la prostate. 13 février 2023. [www.vidal.fr/maladies/cancers/cancer-prostate/facteurs-risque.html](http://www.vidal.fr/maladies/cancers/cancer-prostate/facteurs-risque.html).
- [5] Haute Autorité de santé. Dépistage du cancer de la prostate chez les populations d'hommes présentant des facteurs de risque. 25 février 2023. [www.has-sante.fr/jcms/r\\_1496949/fr/dépistage-du-cancer-de-la-prostate-chez-les-populations-d-hommes-présentant-des-facteurs-de-risque](http://www.has-sante.fr/jcms/r_1496949/fr/dépistage-du-cancer-de-la-prostate-chez-les-populations-d-hommes-présentant-des-facteurs-de-risque).
- [6] Berthélémy S. Le cancer de la prostate. *Actual Pharm* 2016;55(556):41-5.

## RÉFÉRENCES

- [7] Cussenot O, Cancel-Tassin G. Facteurs de risque génétiques pour le cancer de la prostate. *Med Sci (Paris)* 2004;20(5):562-8.
- [8] Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. Pesticides : les cancers de la prostate reconnus comme maladie professionnelle. 22 décembre 2021. [www.anses.fr/fr/content/pesticides-les-cancers-de-la-prostate-reconnus-comme-maladie-professionnelle](http://www.anses.fr/fr/content/pesticides-les-cancers-de-la-prostate-reconnus-comme-maladie-professionnelle).
- [9] Cossset JM, Cussenot O, Haab F. Le cancer de la prostate. Prise en charge de la maladie et de ses séquelles. Montrouge: John Libbey; 2008.
- [10] Assurance maladie. Cancer de la prostate. [www.ameli.fr/assure/sante/themes/cancer-prostate](http://www.ameli.fr/assure/sante/themes/cancer-prostate).
- [11] Fiquet JM, Delage P, Ruffie S. Dépistage du cancer de la prostate par le dosage du PSA : recommandations, divergences, incertitudes. *Rev Prat* 2021;71(6):605-11.
- [12] Bjurlin SA, Taneja SS. Prostate cancer. Cambridge MA: Elsevier; 2017.
- [13] Coulange C, Davin JL. Urologie et cancer. Montrouge: John Libbey; 2004.
- [14] Arrivé L. Guide pratique d'IRM. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2018.
- [15] Desgranchamps F. La prostate : on en parle ? Vanves: Hachette; 2018.

## ANNEXE A.

### MATÉRIEL

#### COMPLÉMENTAIRE

Le matériel complémentaire (annexe A) accompagnant la version en ligne de cet article est disponible sur <https://doi.org/10.1016/j.saso.2024.09.012>.

#### Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

justifie ce choix. Le patient est alors revu tous les six mois afin de refaire un toucher rectal et le dosage du PSA. Il est cependant souvent proposé de réaliser une biopsie annuellement au départ, puis tous les deux ans.

### Chirurgie

■ **L'option chirurgicale** (prostatectomie : ablation de la prostate) [3,9,12] est la référence en cas de cancer de la prostate localisé. Elle est effectuée par voie rétropubienne. Au décours de l'intervention, le chirurgien fait le nécessaire pour respecter les deux bandelettes neurovasculaires situées de part et d'autre de la prostate afin d'éviter des troubles de l'érection qui peuvent survenir secondairement.

■ **Il est également important d'expliquer au patient** que ce type d'intervention peut l'exposer à des problèmes d'incontinences urinaires transitoires ou définitifs.

### Radiothérapie

La radiothérapie [3,12] utilise un rayonnement à haute énergie pour éliminer les cellules cancéreuses. La dose délivrée est fractionnée dans le temps (c'est la raison pour laquelle le patient se rend plusieurs fois par semaine dans le centre dédié à ce type de traitement).

■ **On a recours à la radiothérapie chez des patients âgés qui ne peuvent bénéficier** d'un traitement chirurgical du fait de la fragilité de leur état de santé, si le patient refuse l'intervention souvent en raison des complications potentielles (trouble de l'érection ou incontinence). Il est possible également de recourir à la radiothérapie chez les personnes ayant des métastases osseuses, cela dans le but de les soulager. La radiothérapie peut également venir en complément d'un traitement chirurgical dès lors qu'il existe un

doute sur l'élimination totale de la masse néoplasique.

■ **Elle expose le sujet à différents effets secondaires** car le traitement n'est pas uniquement délivré sur la zone à traiter : rectite ou cystite radique, irritation cutanée (comme dans le cas de radiothérapie du cancer du sein), impuissance dans 40 % des cas.

Le patient est informé qu'à la suite de ce traitement, il n'est plus possible d'effectuer un geste chirurgical. En effet, les tissus irradiés cicatrisent très difficilement.

### Curiethérapie

La curiethérapie [3,9] consiste à insérer une source radioactive (iridium ou césium) au niveau de la prostate (sous échoguidage). Elle n'est plus efficace au bout de six mois. Elle s'adresse aux patients âgés ne pouvant pas bénéficier d'autres options thérapeutiques, ou le plus souvent aux sujets ayant des lésions de petite taille et peu évoluées. Elle comporte des risques de cystite ou de rectite radique, mais aussi de dysfonction érectile dans 20 à 40 % des cas.

### Hormonothérapie

Le but de l'hormonothérapie [3,12,15] est de freiner la production hormonale de testostérone. La testostérone favorise la multiplication des cellules prostatiques.

■ **En général, elle est prescrite aux patients** dont le cancer a diffusé au-delà de la prostate. Ce traitement est le plus souvent injectable (il peut aussi être sous la forme de comprimés). Il est administré à long terme, mais il peut être réajusté en fonction des résultats obtenus. L'hormonothérapie peut aussi être associée à d'autres traitements effectués au préalable qui n'ont pas eu l'efficacité voulue (radiothérapie, curiethérapie, ou chirurgie notamment), et exposent sans ce traitement le patient à une évolution du cancer.

■ **Néanmoins, il est fréquent d'avoir un échappement thérapeutique** (accoutumance de l'organisme qui la rend inefficace), qui impose de choisir une autre option. Elle peut générer des problèmes d'impuissance, des bouffées de chaleur, ou une réduction de la masse osseuse.

### Chimiothérapie

La chimiothérapie (*per os* ou par voie intraveineuse) [9,12,15] n'est pas administrée dans le cadre d'un cancer de la prostate limité.

■ **Elle est entreprise dans le cas d'un cancer diagnostiqué tardivement** avec métastases, ou un cancer ayant échappé à l'hormonothérapie (c'est le traitement de référence dans ce cas). Le choix de la chimiothérapie est avant tout une option qui est adoptée pour améliorer la qualité de vie, mais aussi pour majorer l'espérance de vie de quelques années du patient.

■ **En aucune manière la chimiothérapie** ne permet une guérison du patient.

## CONCLUSION

Malgré son importante fréquence, le cancer de la prostate est rarement à l'origine d'un décès du fait d'une évolution très lente. Cependant, les enjeux du traitement administré dans ce cadre, soin effectué à la carte en fonction de la diffusion du cancer, doivent être clairs. Les effets secondaires qui sont différents en fonction des prescriptions sont à exposer au patient. Le choix d'une thérapeutique est dans certains cas difficile ; le patient ose peu discuter avec l'équipe consultée en urologie des tenants et aboutissants des traitements possibles, ou dire ses craintes. Médecins et infirmières peuvent lui donner des pistes afin d'avoir un suivi en accord avec ses souhaits. ■

oncologie

# Le cancer de la prostate, le cancer le plus fréquent chez l'homme en France

PIERRE FRANCÈS<sup>a,\*</sup>  
Médecin généraliste

TARA CHALAYE<sup>b</sup>  
Interne en médecine générale

OUMNIA KARIM<sup>b</sup>  
Externe

OMAR HAJ AMREIR<sup>c</sup>  
Externe

MÉLISSANDRE BILLAUDOT<sup>c</sup>  
Externe

<sup>a</sup>Cabinet médical,  
1 rue Saint-Jean-Baptiste,  
66650 Banyuls-sur-Mer, France

<sup>b</sup>Faculté de médecine de  
Montpellier-Nîmes,  
2 rue de l'École-de-Médecine,  
34090 Montpellier, France

<sup>c</sup>Faculté de médecine  
Universitatea de vest Vasile  
Goldiș, Arad, B-dul Revoluției  
nr. 94-96, Romania

■ En France, le cancer de la prostate est le plus fréquent chez l'homme. ■ Son incidence augmente avec l'âge. ■ Le diagnostic repose sur l'anamnèse, le dosage de l'antigène spécifique, l'imagerie, la biopsie. ■ Le bilan d'extension déterminera la prise en charge. ■ Le patient doit recevoir une information complète pour participer au choix des thérapeutiques qui ne sont pas dénuées d'effets secondaires. ■ Ce cancer est néanmoins de bon pronostic.

© 2024 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés, y compris ceux relatifs à la fouille de textes et de données, à l'entraînement de l'intelligence artificielle et aux technologies similaires.

**Mots clés** – biopsie ; cancer de la prostate ; dépistage ; dysfonction érectile ; incontinence ; PSA ; thérapeutique

La prostate est une glande sexuelle située sous la vessie et en avant du rectum [1–3]. Elle encercle le canal urétral et se divise en deux parties : une partie centrale qui "s'enroule" autour de l'urètre, et une partie périphérique (figure 1). Cette glande contient des fibres musculaires lisses, des vaisseaux sanguins, des terminaisons nerveuses, et des formations glandulaires qui sécrètent le liquide séminal.

## ÉPIDÉMIOLOGIE

Le cancer de la prostate [1–3] est dans le monde le deuxième

cancer le plus fréquent chez l'homme, derrière le cancer du poumon. En France, il occupe le premier rang (25 % des cancers masculins) devant le cancer du poumon, et le cancer colorectal. La prévalence (nombre de nouveaux cas) de ce cancer est importante (643 156 personnes concernées en 2017), son incidence (nombre de nouveaux cas par rapport à la population) est de 50 400 en 2015 [2,3].

En 2018, l'âge médian de diagnostic est de 68 ans. La survie suite à cette découverte est de 80 % à 10 ans [2,3].

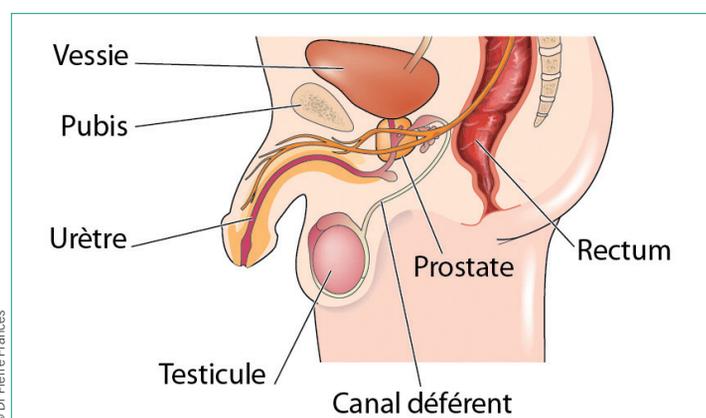
## DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE

### Identification des facteurs de risque

L'interrogatoire du patient à la recherche de facteurs de risque est important car elle peut conditionner une prise en charge plus invasive ou plus rapprochée. Parmi les facteurs de risque sont identifiés [4–6] :

- l'âge avec un risque de 14 à 26 % pour les patients ayant entre 65 et 74 ans, et 50 % au-delà de 80 ans ;
- les facteurs génétiques. Deux mutations génétiques (*HOXB13* et *BRCA2*<sup>1</sup> [7]) sont associées au cancer de la prostate ;
- les antécédents familiaux du 1<sup>er</sup> ou 2<sup>e</sup> degré ;
- l'origine ethnique. Les Européens du Nord, les Nord-Américains et les Africains sont plus impactés par ce cancer ;
- certains produits phytosanitaires, dont la chlordécone. Ainsi, les populations antillaises présentent un taux d'incidence du cancer de la prostate parmi les plus élevés au monde [8].

D'autres facteurs sont identifiés, mais de manière moins certaine (surpoids, grande taille).



© Dr Pierre Francès

\*Auteur correspondant.  
Adresse e-mail :

frances.pierre66650@gmail.com  
(P. Francès).

Figure 1. Rapport anatomique de la prostate avec les autres organes.

## Symptômes

Les facteurs de risque sont mis en regard des symptômes du patient [9,10] : troubles urinaires (miction plus lente ou saccadée), mais aussi présence de sang au niveau des urines (hématurie).

En théorie chez tout patient ayant plus de 50 ans, le médecin traitant doit effectuer un toucher rectal, c'est-à-dire qu'il palpe la prostate avec un doigt introduit dans le rectum. Le médecin évalue de cette manière le volume de la prostate (augmentation harmonieuse en cas d'hypertrophie), une éventuelle irrégularité ou une zone plus dure (suspicion dans ce cas d'un cancer).

## Examens complémentaires

Afin de poser le diagnostic de cancer de la prostate, les examens complémentaires [9,11,12] permettent de confirmer la suspicion et d'évaluer l'importance et l'extension de la pathologie néoplasique au niveau locorégional.

## Dosage de l'antigène prostatique spécifique

L'antigène prostatique spécifique (*Prostate Specific Antigen* [PSA]) est une protéine synthétisée par la prostate. Il est dosé à partir d'un échantillon sanguin. Des variations des taux de ce marqueur biologique sont observées en fonction de l'âge du patient.

**■ Celui-ci est très sensible, mais peu spécifique** d'un cancer de la prostate. En effet, une élévation du PSA est observée dans le cas d'une infection prostatique (prostatite), une intervention récente sur la prostate, ou une hypertrophie bénigne de la prostate. Ce dosage est souvent utile, mais il ne peut en aucune manière présager d'un cancer de la prostate sans avoir d'éléments

complémentaires (autres examens ou éléments de l'interrogatoire) pour poser le diagnostic.

**■ Ansi, le dépistage de masse avec ce marqueur** n'est actuellement pas recommandé.

## Imagerie

L'échographie ou l'imagerie par résonance magnétique (IRM) permettent en cas de suspicion de cancer de la prostate d'évaluer une zone suspecte (*annexe A*).

**■ Le seuil de discrimination de l'IRM est meilleur** que celui de l'échographie prostatique car cet examen met en évidence des plages suspectes qui ne sont pas nécessairement accessibles par l'échographie. Aussi, actuellement l'échographie n'a sa place dans la détection du cancer de la prostate que dans les cas où les délais de rendez-vous sont trop élevés ou d'un manque d'équipement en IRM.

**■ En outre, l'IRM permet de déterminer** de manière précise la zone sur laquelle pratiquer secondairement une biopsie.

## Biopsie

Dans la majeure partie des cas, la biopsie est effectuée par voie transrectale (à partir du rectum après avoir effectué une anesthésie locale). Elle peut également être réalisée par voie transpérinéale (entre bourses et anus). L'urologue est aidé lors de la réalisation de son geste par une échographie endorectale.

**■ Classiquement douze prélèvements sont effectués** au décours de cette action. Ceux-ci seront analysés par l'anatomopathologiste. Ses observations permettent de classer l'agressivité des cellules cancéreuses à partir du score de Gleason.

**■ On évalue également de cette manière le franchissement** des cellules cancéreuses au-delà de la prostate, ce qui est très important

car cette extension conditionne le traitement ultérieur.

## Bilan d'extension

Le bilan d'extension [12-14] recherche la diffusion éventuelle des cellules cancéreuses ; cette information est indispensable au choix du traitement. L'IRM explore la diffusion du cancer au-delà de la capsule (atteinte des vésicules séminales, rectum et os). Outre les atteintes ganglionnaires éventuelles, le scanner thoraco-abdomino-pelvien est utile pour rechercher une localisation osseuse d'un cancer. La scintigraphie osseuse permet de visualiser des métastases osseuses (*figure 2*). Le *Positron Emission Tomography (PET) Scan*, utilisé très récemment, permet de rechercher une extension du cancer (surtout en cas de récidive). On a recours dans ce cas à un radiotracer injecté par voie intraveineuse, la choline qui est un lipide qui se fixe aux cellules néoplasiques.

## PRISE EN CHARGE

Différentes options thérapeutiques peuvent être proposées au patient.

## Surveillance active

La surveillance active [9,12,15] a la faveur des urologues dès lors que le cancer est de petite taille. L'évolution lente de cette néoplasie, rassurante pour l'urologue,



**Figure 2.** Métastase osseuse de 21,3 mm due à un cancer de la prostate au niveau du bassin.

## NOTE

<sup>1</sup> Valeri A, Fournier G, Morin V, Morin JF, Drelon E, Mangin P, *et al.* Early onset and familial predisposition to prostate cancer significantly enhance the probability for breast cancer in first degree relatives. *Int J Cancer*, 86 (2000), pp. 883-887. Le risque de cancer prostatique est 1,4 fois plus élevé chez les hommes apparentés au 1<sup>er</sup> et au 2<sup>e</sup> degré à une femme présentant un cancer du sein.

## RÉFÉRENCES

- [1] Philippe G. La prostate et ses troubles. Malakoff; Dunod; 2021.
- [2] Institut national du cancer. Les cancers de la prostate : points clés. Juin 2022. [www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-de-la-prostate/Points-clés](http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-de-la-prostate/Points-clés).
- [3] Institut national du cancer. Le cancer de la prostate. Juillet 2023. [www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Les-cancers-les-plus-frequents/Cancer-de-la-prostate#](http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Les-cancers-les-plus-frequents/Cancer-de-la-prostate#).
- [4] Vidal. Les facteurs de risque du cancer de la prostate. 13 février 2023. [www.vidal.fr/maladies/cancers/cancer-prostate/facteurs-risque.html](http://www.vidal.fr/maladies/cancers/cancer-prostate/facteurs-risque.html).
- [5] Haute Autorité de santé. Dépistage du cancer de la prostate chez les populations d'hommes présentant des facteurs de risque. 25 février 2023. [www.has-sante.fr/jcms/r\\_1496949/fr/dépistage-du-cancer-de-la-prostate-chez-les-populations-d-hommes-présentant-des-facteurs-de-risque](http://www.has-sante.fr/jcms/r_1496949/fr/dépistage-du-cancer-de-la-prostate-chez-les-populations-d-hommes-présentant-des-facteurs-de-risque).
- [6] Berthélémy S. Le cancer de la prostate. *Actual Pharm* 2016;55(556):41-5.

## RÉFÉRENCES

- [7] Cussenot O, Cancel-Tassin G. Facteurs de risque génétiques pour le cancer de la prostate. *Med Sci (Paris)* 2004;20(5):562-8.
- [8] Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. Pesticides : les cancers de la prostate reconnus comme maladie professionnelle. 22 décembre 2021. [www.anses.fr/fr/content/pesticides-les-cancers-de-la-prostate-reconnus-comme-maladie-professionnelle](http://www.anses.fr/fr/content/pesticides-les-cancers-de-la-prostate-reconnus-comme-maladie-professionnelle).
- [9] Cossset JM, Cussenot O, Haab F. Le cancer de la prostate. Prise en charge de la maladie et de ses séquelles. Montrouge: John Libbey; 2008.
- [10] Assurance maladie. Cancer de la prostate. [www.ameli.fr/assure/sante/themes/cancer-prostate](http://www.ameli.fr/assure/sante/themes/cancer-prostate).
- [11] Fiquet JM, Delage P, Ruffie S. Dépistage du cancer de la prostate par le dosage du PSA : recommandations, divergences, incertitudes. *Rev Prat* 2021;71(6):605-11.
- [12] Bjurlin SA, Taneja SS. Prostate cancer. Cambridge MA: Elsevier; 2017.
- [13] Coulange C, Davin JL. Urologie et cancer. Montrouge: John Libbey; 2004.
- [14] Arrivé L. Guide pratique d'IRM. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2018.
- [15] Desgranchamps F. La prostate : on en parle ? Vanves: Hachette; 2018.

## ANNEXE A.

### MATÉRIEL

#### COMPLÉMENTAIRE

Le matériel complémentaire (annexe A) accompagnant la version en ligne de cet article est disponible sur <https://doi.org/10.1016/j.saso.2024.09.012>.

#### Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

justifie ce choix. Le patient est alors revu tous les six mois afin de refaire un toucher rectal et le dosage du PSA. Il est cependant souvent proposé de réaliser une biopsie annuellement au départ, puis tous les deux ans.

### Chirurgie

■ **L'option chirurgicale** (prostatectomie : ablation de la prostate) [3,9,12] est la référence en cas de cancer de la prostate localisé. Elle est effectuée par voie rétropubienne. Au décours de l'intervention, le chirurgien fait le nécessaire pour respecter les deux bandelettes neurovasculaires situées de part et d'autre de la prostate afin d'éviter des troubles de l'érection qui peuvent survenir secondairement.

■ **Il est également important d'expliquer au patient** que ce type d'intervention peut l'exposer à des problèmes d'incontinences urinaires transitoires ou définitifs.

### Radiothérapie

La radiothérapie [3,12] utilise un rayonnement à haute énergie pour éliminer les cellules cancéreuses. La dose délivrée est fractionnée dans le temps (c'est la raison pour laquelle le patient se rend plusieurs fois par semaine dans le centre dédié à ce type de traitement).

■ **On a recours à la radiothérapie chez des patients âgés qui ne peuvent bénéficier** d'un traitement chirurgical du fait de la fragilité de leur état de santé, si le patient refuse l'intervention souvent en raison des complications potentielles (trouble de l'érection ou incontinence). Il est possible également de recourir à la radiothérapie chez les personnes ayant des métastases osseuses, cela dans le but de les soulager. La radiothérapie peut également venir en complément d'un traitement chirurgical dès lors qu'il existe un

doute sur l'élimination totale de la masse néoplasique.

■ **Elle expose le sujet à différents effets secondaires** car le traitement n'est pas uniquement délivré sur la zone à traiter : rectite ou cystite radique, irritation cutanée (comme dans le cas de radiothérapie du cancer du sein), impuissance dans 40 % des cas.

Le patient est informé qu'à la suite de ce traitement, il n'est plus possible d'effectuer un geste chirurgical. En effet, les tissus irradiés cicatrisent très difficilement.

### Curiethérapie

La curiethérapie [3,9] consiste à insérer une source radioactive (iridium ou césium) au niveau de la prostate (sous échoguidage). Elle n'est plus efficace au bout de six mois. Elle s'adresse aux patients âgés ne pouvant pas bénéficier d'autres options thérapeutiques, ou le plus souvent aux sujets ayant des lésions de petite taille et peu évoluées. Elle comporte des risques de cystite ou de rectite radique, mais aussi de dysfonction érectile dans 20 à 40 % des cas.

### Hormonothérapie

Le but de l'hormonothérapie [3,12,15] est de freiner la production hormonale de testostérone. La testostérone favorise la multiplication des cellules prostatiques.

■ **En général, elle est prescrite aux patients** dont le cancer a diffusé au-delà de la prostate. Ce traitement est le plus souvent injectable (il peut aussi être sous la forme de comprimés). Il est administré à long terme, mais il peut être réajusté en fonction des résultats obtenus. L'hormonothérapie peut aussi être associée à d'autres traitements effectués au préalable qui n'ont pas eu l'efficacité voulue (radiothérapie, curiethérapie, ou chirurgie notamment), et exposent sans ce traitement le patient à une évolution du cancer.

■ **Néanmoins, il est fréquent d'avoir un échappement thérapeutique** (accoutumance de l'organisme qui la rend inefficace), qui impose de choisir une autre option. Elle peut générer des problèmes d'impuissance, des bouffées de chaleur, ou une réduction de la masse osseuse.

### Chimiothérapie

La chimiothérapie (*per os* ou par voie intraveineuse) [9,12,15] n'est pas administrée dans le cadre d'un cancer de la prostate limité.

■ **Elle est entreprise dans le cas d'un cancer diagnostiqué tardivement** avec métastases, ou un cancer ayant échappé à l'hormonothérapie (c'est le traitement de référence dans ce cas). Le choix de la chimiothérapie est avant tout une option qui est adoptée pour améliorer la qualité de vie, mais aussi pour majorer l'espérance de vie de quelques années du patient.

■ **En aucune manière la chimiothérapie** ne permet une guérison du patient.

## CONCLUSION

Malgré son importante fréquence, le cancer de la prostate est rarement à l'origine d'un décès du fait d'une évolution très lente. Cependant, les enjeux du traitement administré dans ce cadre, soin effectué à la carte en fonction de la diffusion du cancer, doivent être clairs. Les effets secondaires qui sont différents en fonction des prescriptions sont à exposer au patient. Le choix d'une thérapeutique est dans certains cas difficile ; le patient ose peu discuter avec l'équipe consultée en urologie des tenants et aboutissants des traitements possibles, ou dire ses craintes. Médecins et infirmières peuvent lui donner des pistes afin d'avoir un suivi en accord avec ses souhaits. ■

## DÉCEMBRE 2024

### 5 décembre

**Journée de prévention du risque infectieux dans les établissements de santé de Nouvelle-Aquitaine**

### 5 et 6 décembre

#### Bleu menthe

L'intelligence émotionnelle au service du sens et du prendre soin

### 6 décembre

#### 5<sup>e</sup> Journée méditerranéenne aide-soignante

La joie dans les soins jusqu'au bout de la vie

### 12 décembre

#### 7<sup>e</sup> Journée régionale paramédicale de l'AVC

Prévenir les complications précoces et prendre en charge le handicap

## JANVIER 2025

### 21 janvier

#### 17<sup>e</sup> Colloque national Fnadepa

Les politiques vieillesse

## FÉVRIER 2025

### 13 et 14 février

#### 1<sup>re</sup> édition des Journées caribéennes Vieillesse et maintien de l'autonomie

## MARS 2025

### 13 mars

#### 31<sup>e</sup> Colloque Afar

La psychogériatrie : une boussole pour ne pas perdre le nord

### 26 et 27 mars

#### 6<sup>es</sup> Journées Vieillesse et maintien de l'autonomie

### 26 et 27 mars

#### Journées de la Société française d'alcoologie

Alcool, tabac : prévenir les usages, réduire les dommages

### Du 26 au 28 mars

#### Salon infirmier

Infirmières et infirmiers citoyens : de l'engagement personnel au leadership inspirant

#### Lieu

Institut des métiers de la santé, hôpital Xavier-Arnoz, Pessac (33)

Espace Saint-Martin, Paris (75003)

Palais Neptune, Toulon (83)

Montpellier (34)

Espace Reuilly, Paris (75012)

Hôtel La Batelière, Schoelcher (Martinique)

Conservatoire national des arts et métiers, Paris (75003) et distanciel

Palais des Congrès, Tours (37)

Ministère de la Santé, Paris (75007) et distanciel

Paris Expo, porte de Versailles Hall 7.1, Paris (75015)

#### Renseignements

[www.cpias-nouvelle-aquitaine.fr/evenements](http://www.cpias-nouvelle-aquitaine.fr/evenements)

<https://evenements.espaceinfirmier.fr/bleu-menthe-2024>

[www.ifpvps.fr/journee-mediterranenne-aide-soignante/](http://www.ifpvps.fr/journee-mediterranenne-aide-soignante/)

<https://gipse.webcompetence.org/solutions/stage.php?folid=26&stageid=783>

[www.fnadepa.com/evenement/17e-colloque-national-les-politiques-vieillesse](http://www.fnadepa.com/evenement/17e-colloque-national-les-politiques-vieillesse)

<https://congres-jcvma.com>

[www.colloquesafar.fr](http://www.colloquesafar.fr)

<https://congres-jvma.fr>

<https://jsfa.fr>

[www.saloninfirmier.fr](http://www.saloninfirmier.fr)