



La « plainte mnésique » comme déterminant de santé publique :

regard neuropsychologique.

Pierre-Yves JONIN & Virginie MATTIO, Psychologues cliniciens spécialisés en neuropsychologie,

Membres de l'Association pour le Rassemblement National des Psychologues spécialisés en Neuropsychologie

(ARNPN)

La neuropsychologie humaine, conçue comme une branche de la psychologie, est une discipline fondamentalement clinique. Bien qu'elle trouve ses origines dans une des plus vieilles questions philosophiques, celle des relations entre le corps et l'esprit, la neuropsychologie moderne s'est construite, et continue de s'élaborer au chevet de personnes cérébro-lésées. Ainsi les « neuro-psychologues » sont-ils des psychologues cliniciens, spécialisés en neuropsychologie. Pour le propos de ce dossier, nous nous cantonnerons à la clinique neuropsychologique du sujet âgé, plus particulièrement du sujet âgé « qui présente une plainte mnésique », en ce qu'elle peut nous apprendre sur les rapports entre les objets de santé publique qui sont d'ordre collectif, social, et celles du sujet vieillissant, d'ordre individuel, singulier.

Nous aborderons la question de la plainte mnésique telle qu'elle est conçue en santé publique, et ce que cela nous apprend sur sa représentation collective. Puis nous dirons comment la clinique neuropsychologique peut questionner cette représentation collective, et porter un regard critique sur la prise en compte de la dimension psychique en santé publique. Enfin nous discuterons de ce qui paraît négociable dans le consensus à rechercher entre les approches collectives et individuelles de la santé.

La « plainte mnésique » du sujet âgé est un concept récent, puisqu'il est cinquantenaire. Il est frappant de constater que dès son apparition (Kral, 1958), le concept

de plainte mnésique est pensé selon une approche médicale « populationnelle »⁽¹⁾ : tel groupe de résidents d'une maison de retraite présente une plainte de mémoire distincte de celle d'un autre groupe de résidents, laquelle est associée à une involution démentielle après plusieurs années. Autrement dit, selon la démarche « populationnelle » prônée par la loi du 9 août 2004⁽¹⁾, puisque la « plainte mnésique » est fréquemment associée chez les personnes âgées à une pathologie neurodégénérative sous-jacente, ce concept peut être assimilé à un déterminant psychologique de santé publique. Cette démarche est pleinement assumée dans la loi comme le cadre de référence pour penser et agir en matière de santé publique : il s'agit « d'identifier et de classer les problèmes de santé », « d'apprécier leur importance », enfin de définir, selon les connaissances disponibles, des « objectifs quantifiés ». La « plainte mnésique » est ainsi assimilable à l'un des déterminants de la maladie d'Alzheimer. Laquelle maladie d'Alzheimer est identifiée comme un « problème de santé », dont chacun pourra mesurer l'importance à l'aune de sa médiatisation actuelle. Ainsi défini, ce problème de santé devient l'objet d'un plan, communément appelé « Plan Alzheimer », dont le Président de la République a dévoilé la troisième mouture (la première remontant à 1999) au mois de février dernier. Comment se traduisent très concrètement ces orientations en matière de politique de santé publique ?

Les plans successifs mettent notamment l'accent sur la nécessité d'un accès au diagnostic pour tous. Ainsi, la personne se plaignant elle-même de difficultés de mémoire, ou son entourage rapportant de telles difficultés est adressée dans une structure spécialisée appelée « consultation mémoire ». Là, une équipe pluridisciplinaire accueille le « plaignant », en général accompagné, et différents examens sont pratiqués. C'est ici qu'interviennent nombre de psychologues cliniciens spécialisés en neuropsychologie, et la pratique d'un bilan neuropsychologique spécialisé y est considérée comme indispensable au diagnostic de la maladie⁽²⁾. L'acte de bilan neuropsychologique est ainsi passé dans le domaine médical, en tant que recommandation pratique pour le diagnostic. Mais à quelle demande répond le psychologue au moyen de ce bilan ?

La demande institutionnelle est médicale : le médecin, localement, est facilement tenté de « prescrire » cet acte, voire le pratique lui-même pour essayer de répondre à son questionnement diagnostique. Cette demande comme nous l'avons vu trouve également sa source dans la démarche de santé publique accolée au « problème » maladie d'Alzheimer. La plainte dite mnésique représente à ce niveau de façon univoque un déterminant potentiel pour la maladie d'Alzheimer. A ce titre, l'objet du soin tel qu'il est défini par le plan de santé publique est, précisément, la plainte mnésique. A un niveau social en revanche, la plainte de mémoire est associée au vieillir. L'expérience subjective de modifications mnésiques est universelle de ce point de vue, aboutissant ou non à une plainte. Au niveau du sujet cette fois, on voit qu'un certain nombre de filtres externes s'interposent entre ses éprouvés et la consultation avec le « neuro-psychologue ». Il s'agit des discours sur la mémoire : le discours médiatique, tantôt alarmiste, tantôt « dédramatisant », toujours spectaculaire ; le discours des proches, se situant quelque part entre culpabilisation et déni ; celui du médecin généraliste, également variable mais qui dans notre exemple propose textuellement des « tests de mémoire ». Ainsi ce « ça ne va pas » est-il objectalisé sous forme de « plainte mnésique », conduisant logiquement à une consultation « mémoire ».

Lorsque nous rencontrons la personne en entretien, quelle possibilité lui reste-t-il de ne pas se plaindre de sa mémoire ? Par quel artifice peut-il élaborer sa demande – lorsqu'il en est l'initiateur – autrement qu'autour d'un « je perds la mémoire ». Inscrit dans ce parcours hautement coordonné, il serait malvenu pour le sujet de ne pas « présenter de plainte mnésique ».

Que nous apprend la clinique neuropsychologique sur cette plainte ? Dès lors que l'éventualité de « tests » est remise à sa juste place – celle de l'éventualité – la rencontre devient possible, et nous révèle l'infinie singularité de la plainte.

Ainsi Madame A, âgée de 92 ans, de haut niveau intellectuel et socio-culturel, vient-elle se plaindre d'inverser parfois les prénoms de ses 26 arrières petits-enfants, d'arriver dans une pièce et ne plus savoir pourquoi elle y est venue, de chercher parfois ses clefs ou ses

lunettes de vue. Madame A rapportant par ailleurs la mort de son mari et de deux de ses amies, tous trois dans les suites d'une maladie d'Alzheimer. Ainsi encore Madame B, âgée de 58 ans et assistante maternelle, se plaint-elle d'oublier de récupérer à l'école les enfants dont elle a la garde, ou certains rendez-vous, depuis quelques années. En fait, ses symptômes remontent à la rupture avec son unique confidente, coïncidant avec le retour au domicile d'un époux désormais à la retraite. Ou Monsieur M, 68 ans, qui arrive avec 5 minutes de retard à la consultation, manifestement très anxieux, paniqué de ne pas s'être repéré dans le labyrinthe hospitalier, terrifié à l'idée de devoir passer des tests auxquels il sait à l'avance qu'il ne saura pas répondre.

L'approche collective, populationnelle assimile ces situations à un ensemble fort simple : la plainte mnésique. La clinique nous enseigne que cette plainte est très souvent un symptôme aspécifique, qui ne prend sens que lorsque le cadre clinique permet de s'extraire de cette dimension mnésique, au profit d'une parole spontanée. Rappelons ici que des troubles de mémoire se retrouvent dans différents états, pathologiques ou non : des troubles du sommeil, un état d'anxiété, de dépression, une fatigue passagère, une iatrogénie, etc.

L'entretien permettra alors d'en préciser la nature, et souvent l'utilisation de tests neuropsychologiques sera indispensable pour tenter de distinguer quel type de mémoire est préservé, ou affecté, et quels sont les mécanismes mnésiques qui semblent efficients, ou fragilisés. Le profil cognitif ainsi dégagé, s'il peut permettre de repérer certaines constantes, met régulièrement à mal l'idée d'un « tableau neuropsychologique » spécifique de la maladie d'Alzheimer. Cette analyse clinique, armée ou non d'outils psychométriques, constitue une prise en compte de la singularité psychique du patient : son discours propre sur ses symptômes, accompagné et soutenu par le psychologue. Pour autant, il est connu qu'à un instant T, celui par exemple de la consultation mémoire, il n'existe pas de lien constant entre la plainte mnésique et les résultats obtenus à des tests.

Ce qui amène la question de la demande du sujet : lorsqu'il se plaint de sa mémoire, de quoi se plaint-il ? Existe-t-il d'autres déterminants de la plainte mnésique que des

déterminants cognitifs ? La question fait sourire le clinicien : les modifications biologiques et sociales liées au vieillissement sont autant d'appels à des réaménagements psychiques qui s'inscrivent dans une histoire singulière, et seront ainsi singulièrement éprouvés. Ces réaménagements seront plus ou moins efficaces selon que le sujet est confronté à l'angoisse, à l'impuissance, aux deuils multiples avec l'avancée en âge. La place d'une dynamique de perte sera ainsi plus ou moins grande, et elle peut parfois envahir le domaine de la mémoire. Il est d'ailleurs remarquable que, dans le langage commun, si l'on « perd la mémoire », on ne « perd » pas le calcul, ou la gestualité.

Lieu de prédilection pour nos connaissances, savoirs et savoir-faire, mais aussi lieu de l'intime, disponible ou non à la conscience, la mémoire constitue un ciment pour notre identité, elle contribue à notre subjectivité. Nous permettant d'accéder à notre passé, singulier ou collectif, la mémoire nous permet de préparer le futur : elle est en cela essentielle dans nos actions. Son importance dans notre quotidien semble grandissante : l'homme « actif » ne se satisfait plus de sa seule mémoire pour agir, les « aides-mémoire » sont partout (agendas, téléphones portables ...). Ainsi, la mémoire apparaît collectivement synonyme d'activité, de rôle social, de disponibilité au monde et à l'autre. Autant de notions aisément appropriées par l'homme dit « actif », travailleur et consommateur, peut-être moins aisément par le « passif », retraité. L'allongement de l'espérance de vie seul explique-t-il la fréquence élevée de la plainte « mnésique » après 65 ans ?

L'approche « populationnelle » conduisant à concevoir la plainte mnésique comme l'un des déterminants d'un problème majeur de santé publique, la maladie d'Alzheimer, achoppe sur des réalités cliniques multiples. Celles-ci révèlent l'absence de lien systématique entre la plainte mnésique subjective et l'instrumentation recommandée pour la mesurer. Cette approche peut contraindre fortement la parole du sujet, l'orientant abusivement vers une pseudo-plainte aspécifique, désincarnée. Davantage, la clinique neuropsychologique met en évidence la singularité des déterminants cognitifs de la plainte

mnésique, et surtout rappelle l'existence d'autres déterminants, affectifs, sociaux, qui semblent échapper à l'approche populationnelle de la maladie d'Alzheimer.

Le psychologue clinicien spécialisé en neuropsychologie, au travers une démarche professionnelle propre ne peut donc que faire un pas de côté dans sa réponse à la demande institutionnelle. Coller à cette demande serait administrer systématiquement les « tests de mémoire », voire même les tests recommandés par la Haute Autorité de Santé⁽²⁾, devant toute personne « *présentant une plainte mnésique* ». Là réside la place qui lui est attribuée comme « acteur de santé qui doit s'approprier la démarche populationnelle », comme le suggère explicitement la loi du 9 août 2004⁽¹⁾. Au contraire, la restitution de sa parole au sujet lui-même permet de faire un détour sur cet itinéraire tout fléché, détour salutaire à notre sens puisqu'il questionne la représentation collective de la plainte mnésique : non, elle n'équivaut pas à la maladie d'Alzheimer ; oui elle est souvent physiologique ; oui encore, son écoute peut constituer une démarche préventive ; non la psychométrie n'est pas une réponse suffisante de santé publique ; oui la dimension sociale intervient dans sa genèse, oui enfin ses déterminants psychiques interdisent au concept de « plainte mnésique » de renvoyer à un groupe – à une population – homogène de personnes.

Pour autant, l'approche collective d'une maladie aussi complexe, grave et répandue que la maladie d'Alzheimer est bien évidemment nécessaire. Que pourrait-on négocier alors, pour qu'une politique de santé publique en la matière prenne autrement compte de la dimension psychique ? Il nous semble que le statut de cadre de conception des psychologues donne l'opportunité de faire reconnaître la dimension psychique et sociologique de la mémoire, par exemple en rendant plus lisible nos interventions cliniques. Lisible auprès des partenaires institutionnels, et auprès du public. Pour cela, ils disposent d'une base législative solide et légitimante : le décret 91-129 du 31 Janvier 1991 portant statut particulier des psychologues de la fonction publique hospitalière inscrit la reconnaissance et le respect de la dimension psychique comme mission essentielle du travail du psychologue, et ce tant à un niveau individuel – en tant que droit inaliénable – qu'à

un niveau institutionnel et collectif. Cette prise en compte, éminemment individuelle, peut se décliner au niveau collectif : les origines de la plainte mnésique n'étant pas, loin s'en faut, communes avec une maladie d'Alzheimer débutante, le psychologue peut s'attacher à éclairer, depuis sa pratique clinique et scientifique, la représentation sociale de la mémoire et de ses défaillances. Et ouvrir ainsi le débat sur la pertinence d'une démarche populationnelle qui ramène l'individu aux caractéristiques d'un groupe. Au plan institutionnel, cela signifie la réaffirmation continue d'une autonomie technique : ainsi la réponse à une plainte mnésique n'est-elle pas univoque, et en l'absence de demande identifiée de la part du sujet, il apparaît que la pratique systématique de tests à visée diagnostique peut être délétère. De même, rappeler qu'un questionnement diagnostique ne peut être résolu au seul niveau neuropsychologique est fondamental : une concertation d'équipe, individualisée peut seule s'en rapprocher. Cela prend du temps, tout comme les entretiens cliniques dont il convient de défendre le cadre temporel incompressible.

Ces positionnements institutionnels sont néanmoins conditionnés par la lisibilité de nos pratiques, laquelle ne peut s'acquérir au seul niveau de l'institution. C'est précisément ce sur quoi s'est fondée l'A.R.N.P.N. : proposer une réponse organisationnelle, en permettant *via* le rassemblement, que des positionnements individuels soient collectivement pensés, et donc soutenus, pour ensuite faire retour dans l'espace public, et enrichir les démarches de nos représentants nationaux.

Ce qui nous semble négociable, *in fine*, dans ce dialogue entre le collectif et l'individuel, réside simplement dans la manière dont nous pouvons promouvoir la singularité psychique : partager les enseignements tirés de nos pratiques avec les acteurs institutionnels et le public, au-delà du champ sanitaire, pour que changent les représentations et que l'approche individuelle permette au moins de corriger les raccourcis de l'approche populationnelle. Son hégémonie actuelle achève en effet de compartimenter la santé selon des déterminants mesurables. La dimension psychique, de par sa transversalité

à tous les « problèmes de santé », fait à la fois retour à l'échelle clinique, celle de la singularité...et défaut, à l'échelle collective, celle de la santé publique.

Références

(1) http://www.sante.gouv.fr/cdrom_lpsp/rub05.htm

(2) http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-06/maladie_dalzheimer_-_recommandations.pdf

Kral, VA (1958) Neuro-psychiatric observations in an old peoples homes : studies of memory dysfunction in senescence. *Journal of Gerontology*, 13(2) : 169-76.