

## Faculté de Médecine

Année 2020

Thèse N°

### Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 12 novembre 2020

Par Jeanne BEDESSEM

Née le 10 mai 1990 à Strasbourg

### **Les ateliers mémoire : un outil de stimulation cognitive ?**

Une étude qualitative à partir de deux groupes de participants, en Haute-Vienne.

Thèse dirigée par le Professeur Dominique MENARD

Examineurs :

M. le Professeur Achille TCHALLA  
M<sup>me</sup> le Professeur Nathalie DUMOITIER  
M. le Professeur Daniel BUCHON  
M. le Professeur Dominique MENARD

Président  
Juge  
Juge  
Directeur de thèse





## Faculté de Médecine

Année 2020

Thèse N°

### Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 12 novembre 2020

Par Jeanne BEDESSEM

Née le 10 mai 1990 à Strasbourg

### **Les ateliers mémoire : un outil de stimulation cognitive ?**

Une étude qualitative à partir de deux groupes de participants, en Haute-Vienne.

Thèse dirigée par le Professeur Dominique MENARD

Examineurs :

M. le Professeur Achille TCHALLA  
M<sup>me</sup> le Professeur Nathalie DUMOITIER  
M. le Professeur Daniel BUCHON  
M. le Professeur Dominique MENARD

Président  
Juge  
Juge  
Directeur de thèse



## Professeurs des Universités - praticiens hospitaliers

---

Le 7 septembre 2020

<b>ABOYANS</b> Victor	CARDIOLOGIE
<b>ACHARD</b> Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
<b>AJZENBERG</b> Daniel	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
<b>ALAIN</b> Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>AUBARD</b> Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>AUBRY</b> Karine	O.R.L.
<b>BERTIN</b> Philippe	THERAPEUTIQUE
<b>CAIRE</b> François	NEUROCHIRURGIE
<b>CHARISSOUX</b> Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
<b>CLAVERE</b> Pierre	RADIOTHERAPIE
<b>CLEMENT</b> Jean-Pierre	PSYCHIATRIE d'ADULTES
<b>CORNU</b> Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
<b>COURATIER</b> Philippe	NEUROLOGIE
<b>DARDE</b> Marie-Laure	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
<b>DAVIET</b> Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
<b>DESCAZEAUD</b> Aurélien	UROLOGIE
<b>DES GUETZ</b> Gaëtan	CANCEROLOGIE
<b>DESSPORT</b> Jean-Claude	NUTRITION
<b>DRUET-CABANAC</b> Michel	MEDECINE et SANTE au TRAVAIL
<b>DURAND-FONTANIER</b> Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
<b>FAUCHAIS</b> Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
<b>FAUCHER</b> Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
<b>FAVREAU</b> Frédéric	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE

<b>FEUILLARD</b> Jean	HEMATOLOGIE
<b>FOURCADE</b> Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
<b>GAUTHIER</b> Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>GUIGONIS</b> Vincent	PEDIATRIE
<b>HANTZ</b> Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>HOUETO</b> Jean-Luc	NEUROLOGIE
<b>JACCARD</b> Arnaud	HEMATOLOGIE
<b>JAUBERTEAU-MARCHAN</b> M. Odile	IMMUNOLOGIE
<b>JESUS</b> Pierre	NUTRITION
<b>LABROUSSE</b> François	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
<b>LACROIX</b> Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
<b>LAROCHE</b> Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
<b>LIENHARDT-ROUSSIE</b> Anne	PEDIATRIE
<b>LOUSTAUD-RATTI</b> Véronique	HEPATOLOGIE
<b>LY</b> Kim	MEDECINE INTERNE
<b>MABIT</b> Christian	ANATOMIE
<b>MAGY</b> Laurent	NEUROLOGIE
<b>MARIN</b> Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
<b>MARQUET</b> Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
<b>MATHONNET</b> Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
<b>MELLONI</b> Boris	PNEUMOLOGIE
<b>MOHTY</b> Dania	CARDIOLOGIE
<b>MONTEIL</b> Jacques	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
<b>MOUNAYER</b> Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
<b>NATHAN-DENIZOT</b> Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>NUBUKPO</b> Philippe	ADDICTOLOGIE

<b>OLLIAC</b> Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
<b>PARAF</b> François	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
<b>PLOY</b> Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>PREUX</b> Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
<b>ROBERT</b> Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
<b>SALLE</b> Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
<b>STURTZ</b> Franck	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>TCHALLA</b> Achille	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
<b>TEISSIER-CLEMENT</b> Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
<b>TOURE</b> Fatouma	NEPHROLOGIE
<b>VALLEIX</b> Denis	ANATOMIE
<b>VERGNENEGRE</b> Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
<b>VERGNE-SALLE</b> Pascale	THERAPEUTIQUE
<b>VIGNON</b> Philippe	REANIMATION
<b>VINCENT</b> François	PHYSIOLOGIE
<b>YARDIN</b> Catherine	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

**PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES**

<b>BRIE</b> Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
<b>KARAM</b> Henri-Hani	MEDECINE D'URGENCE
<b>MOREAU</b> Stéphane	EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

<b>BALLOUHEY</b> Quentin	CHIRURGIE INFANTILE
<b>BARRAUD</b> Olivier	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>BOURTHOUMIEU</b> Sylvie	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

<b>COUVE-DEACON</b> Elodie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>DURAND</b> Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
<b>ESCLAIRE</b> Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
<b>JACQUES</b> Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
<b>LE GUYADER</b> Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
<b>LIA</b> Anne-Sophie	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>RIZZO</b> David	HEMATOLOGIE
<b>TERRO</b> Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
<b>WOILLARD</b> Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

### **P.R.A.G.**

<b>GAUTIER</b> Sylvie	ANGLAIS
-----------------------	---------

### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES ASSOCIES A MI-TEMPS**

<b>SALLE</b> Laurence	ENDOCRINOLOGIE (du 01-09-2020 au 31-08-2021)
-----------------------	---

### **PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

<b>DUMOITIER</b> Nathalie	(Responsable du département de Médecine Générale)
---------------------------	--

### **MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE**

<b>HOUDARD</b> Gaëtan	(du 01-09-2019 au 31-08-2022)
<b>LAUCHET</b> Nadège	(du 01-09-2020 au 31-08-2023)
<b>PAUTOUT-GUILLAUME</b> Marie-Paule	(du 01-09-2018 au 31-12-2020)
<b>SEVE</b> Léa	(du 01-09-2020 au 31-08-2023)

### **PROFESSEURS EMERITES**

<b>ADENIS</b> Jean-Paul	du 01-09-2017 au 31-08-2021
<b>ALDIGIER</b> Jean-Claude	du 01.09.2018 au 31.08.2020
<b>BESSEDE</b> Jean-Pierre	du 01-09-2018 au 31-08-2020

<b>BUCHON</b> Daniel	du 01-09-2019 au 31-08-2021
<b>MERLE</b> Louis	du 01.09.2017 au 31.08.2020
<b>MOREAU</b> Jean-Jacques	du 01-09-2019 au 31-08-2021
<b>TREVES</b> Richard	du 01-09-2020 au 31-08-2021
<b>TUBIANA-MATHIEU</b> Nicole	du 01-09-2018 au 31-08-2021
<b>VALLAT</b> Jean-Michel	du 01.09.2019 au 31.08.2022
<b>VIROT</b> Patrice	du 01.09.2018 au 31.08.2021



## **Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique**

---

Le 12 juin 2020

### **ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES**

<b>AUDITEAU</b> Emilie	EPIDEMIOLOGIE (CEBIMER)
<b>DAURIAT</b> Benjamin	HISTOLOGIE, EMBRIOLOGIE ET CYTOGENETIQUE
<b>DERBAL</b> Sophiane	CHIRURGIE ANATOMIE
<b>DOUCHEZ</b> Marie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>DUPONT</b> Marine	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE
<b>DURIEUX</b> Marie-Fleur	PARASITOLOGIE
<b>GUYOT</b> Anne	LABORATOIRE ANAPATHOLOGIE
<b>HERMINEAUD</b> Bertrand	LABORATOIRE ANAPATHOLOGIE
<b>HUMMEL</b> Marie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>LABRIFFE</b> Marc	PHARMACOLOGIE
<b>LEFEBVRE</b> Cyrielle	ANESTHESIE REANIMATION
<b>LOPEZ</b> Stéphanie	MEDECINE NUCLEAIRE
<b>PASCAL</b> Virginie	IMMUNOLOGIE CLINIQUE
<b>PIHAN</b> Franck	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>RIVAILLE</b> Thibaud	CHIRURGIE-ANATOMIE
<b>SANSON</b> Amandine	ANESTHESIE REANIMATION
<b>TCHU HOI NGNO</b> Princia	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE

### **CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX**

<b>ALBOUYS</b> Jérémie	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
<b>ARMENDARIZ-BARRIGA</b> Matéo	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
<b>AUBLANC</b> Mathilde	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>BAÏSSE</b> Arthur	REANIMATION POLYVALENTE

<b>BEEHARRY</b> Adil	CARDIOLOGIE
<b>BLOSSIER</b> Jean-David	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
<b>BRISSET</b> Josselin	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
<b>CHASSANG-BRUZEAU</b> Anne-Hélène	RADIOLOGIE
<b>CHAUVET</b> Romain	CHIRURGIE VASCULAIRE
<b>CISSE</b> Fatou	PSYCHIATRIE
<b>COMPAGNAT</b> Maxence	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
<b>DE POUILLY-LACHATRE</b> Anaïs	RHUMATOLOGIE
<b>DESCHAMPS</b> Nathalie	NEUROLOGIE
<b>DESVAUX</b> Edouard	MEDECINE GERIATRIQUE
<b>DUVAL</b> Marion	NEPHROLOGIE
<b>EL OUAFI</b> Zhour	NEPHROLOGIE
<b>FAURE</b> Bertrand	PSYCHIATRIE d'ADULTES
<b>FAYEMENDY</b> Charlotte	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
<b>FROGET</b> Rachel	CENTRE D'INVESTIGATION CLINIQUE (pédiatrie)
<b>GEYL</b> Sophie	GASTROENTEROLOGIE
<b>GHANEM</b> Khaled	ORL
<b>GILBERT</b> Guillaume	REANIMATION POLYVALENTE
<b>GUTTIEREZ</b> Blandine	MALADIES INFECTIEUSES
<b>HANGARD</b> Pauline	PEDIATRIE
<b>HARDY</b> Jérémy	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
<b>HESSAS-EBELY</b> Miassa	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
<b>LALOZE</b> Jérôme	CHIRURGIE PLASTIQUE
<b>LEGROS</b> Maxime	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>MAURIANGE TURPIN</b> Gladys	RADIOTHERAPIE

<b>MEUNIER</b> Amélie	ORL
<b>MICLE</b> Liviu-Ionut	CHIRURGIE INFANTILE
<b>MOWENDABEKA</b> Audrey	PEDIATRIE
<b>PARREAU</b> Simon	MEDECINE INTERNE ET POLYCLINIQUE
<b>PELETTE</b> Romain	CHIRURGIE UROLOGIE et ANDROLOGIE
<b>PEYRAMAURE</b> Clémentine	ONCOLOGIE MEDICALE
<b>PLAS</b> Camille	MEDECINE INTERNE B
<b>QUILBE</b> Sébastien	OPHTALMOLOGIE
<b>SIMONNEAU</b> Yannick	PNEUMOLOGIE
<b>SURGE</b> Jules	NEUROLOGIE
<b>TRICARD</b> Jérémy	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE
<b>VAIDIE</b> Julien	HEMATOLOGIE CLINIQUE
<b>VERLEY</b> Jean-Baptiste	PSYCHIATRIE ENFANT ADOLESCENT
<b>VIDAL</b> Thomas	OPHTALMOLOGIE

### **CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE**

**BERTRAND** Adeline

**SEVE** Léa

### **PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE**

Néant

*A mes grands-parents et à Bernard*

*Rien n'est jamais perdu tant qu'il reste quelque chose à trouver*

**Pierre Dac**

## Remerciements

---

A Monsieur le Professeur Achille TCHALLA, vous me faites l'honneur de présider ce jury et je vous en remercie très sincèrement. Soyez assuré de mon profond respect.

A Madame le Professeur Nathalie DUMOITIER, merci d'avoir accepté de juger mon travail. Merci de votre implication et de votre dévouement lors du DES de médecine générale.

A Monsieur le Professeur Daniel BUCHON, merci d'avoir accepté de siéger dans ce jury.

A Monsieur le Professeur Dominique MENARD, merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Je vous remercie pour votre implication, vos précieux conseils et votre grande disponibilité.

A toutes les participantes des ateliers mémoire d'Oradour-sur-Glane et Saint-Junien, qui ont accepté de me recevoir et m'ont si chaleureusement accueillie chez elles, sans qui ce travail n'aurait jamais vu le jour. Un immense merci. Je garde un excellent souvenir du temps passé avec vous.

Aux animatrices des ateliers mémoire, madame Menard, madame Malamas à Oradour-sur-Glane, madame Maziere, madame Pardoux à Saint-Junien, qui m'ont si gentiment accueillie le temps d'une séance.

Parce-que le début de mon internat a marqué le début de belles rencontres, je remercie les Docteurs Muriel Castelli et Rachid Benmahdjoub du centre hospitalier de Bourgneuf ainsi que l'ensemble du service de médecine, pour la richesse de ce premier semestre et tous ces merveilleux souvenirs. A toute l'équipe du service de neurologie-rhumatologie du centre hospitalier de Tulle, avec qui j'ai beaucoup de plaisir à travailler au quotidien. A toute l'équipe de l'hôpital de jour de Saint-Yrieix, ainsi qu'au docteur Touati.

A mes amis, de la maternelle à aujourd'hui. A Charlène, Ludivine. A Pierre-Jean. Aux belles rencontres, à Maud et Ariane, Carole et Vincent. A ceux que je n'oublie pas, Marie-Fleur, Julien, Jean-Christophe, Séverine, Justine. Aux années passées, à Guillaume.

A ma famille. A mes parents tout d'abord, qui méritent bien plus que ces quelques mots. Aux valeurs que vous nous avez transmises, à votre dévouement, vos sacrifices et votre soutien. Aux grands-parents que vous êtes. A mes frères et à ma sœur, à notre complicité, à votre humour. A Adrien, mon neveu adoré. A Cécile et Maria. A Thomas, à la vie que tu m'offres et à la famille que nous fondons. A mon Louis.

## Droits d'auteurs

---

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



## Table des matières

Introduction .....	20
I. Mémoire et vieillissement .....	22
I.1. Etat de l'art sur le vieillissement de la mémoire.....	22
I.1.1. Aspects neurobiologiques.....	22
I.1.1.1. Protéines bêta-amyloïdes et protéines tau .....	22
I.1.1.2. Modifications structurelles cérébrales.....	23
I.1.1.3. Emergence du concept de résilience.....	23
I.1.1.4. Réserve cérébrale et réserve cognitive .....	23
I.1.1.5. Concept d'entretien cérébral .....	24
I.1.1.6. Liens entre réserve cérébrale, réserve cognitive, et entretien cérébral.....	24
I.1.2. Aspects cognitifs .....	26
I.1.2.1. Cognition et vieillissement.....	26
I.1.2.2. Les cinq systèmes de mémoire .....	26
I.1.2.3. Mémoire épisodique et vieillissement.....	27
I.1.2.4. Mémoire de travail et vieillissement.....	28
I.1.2.5. Variabilité inter-individuelle.....	28
I.1.2.6. Facteurs influençant la santé cognitive au cours du vieillissement .....	29
I.1.2.6.1. Stimulation intellectuelle et éducation .....	29
I.1.2.6.2. Interventions cognitives .....	30
I.1.2.6.2.1. Interventions cognitives basées sur l'apprentissage de stratégies de mémorisation .....	30
I.1.2.6.2.2. Interventions cognitives multi-composantes .....	31
I.1.2.6.2.3. Interventions cognitives basées sur des activités de loisirs .....	31
I.1.3. Aspects psychologiques .....	34
I.1.3.1. Concept de plainte mnésique.....	34
I.1.3.1.1. Prévalence, âge d'apparition et lien avec des facteurs socio-démographiques .....	34
I.1.3.1.2. Plainte mnésique et plainte cognitive.....	35
I.1.3.1.3. Plainte mnésique et capacités mnésiques objectives .....	35
I.1.3.1.4. Plainte mnésique et risque de déclin cognitif .....	35
I.1.3.1.5. Plainte mnésique et lien avec des facteurs psycho-affectifs : dépression et anxiété .....	36
I.1.3.1.6. Plainte mnésique et peur de la maladie d'Alzheimer.....	36
I.1.4. Aspects sociologiques .....	38
I.1.4.1. Vieillissement, isolement social et solitude.....	38
I.1.4.1.1. Isolement social et déclin de la mémoire .....	38
I.1.4.1.2. Solitude et déclin de la mémoire.....	39
I.1.4.2. Interactions sociales et vieillissement de la mémoire .....	40
I.2. Les ateliers mémoire.....	43
I.2.1. La stimulation cognitive .....	43
I.2.1.1. Mécanismes sous-jacents.....	43
I.2.2. Les ateliers mémoire en pratique.....	44
II. Matériel et méthode.....	45
II.1. Objectifs de la thèse .....	45
II.2. Le guide d'entretien (annexe 1).....	45



II.3. Les ateliers mémoire.....	46
II.4. Les entretiens individuels.....	47
II.5. Recueil des données .....	47
II.6. Analyse des données.....	47
II.6.1. Analyse descriptive.....	47
II.6.2. Analyse axiale .....	48
III. Résultats .....	53
III.1. Analyse descriptive .....	53
III.2. Analyse axiale.....	53
III.2.1. Caractéristiques des participants.....	53
III.2.1.1. Profession exercée .....	53
III.2.1.2. Activités et occupations.....	53
III.2.1.3. Vie sociale, amicale et familiale.....	54
III.2.1.4. Sentiment d'isolement ou de solitude .....	54
III.2.1.5. Santé subjective.....	55
III.2.1.5.1. Santé globale.....	55
III.2.1.5.2. Plainte mnésique .....	55
III.2.2. Craintes vis-à-vis de l'avancée en âge .....	55
III.2.2.1. Stéréotypes liés à l'âge .....	55
III.2.2.2. Mémoire et vieillissement.....	56
III.2.2.2.1. La perte de mémoire : une crainte .....	56
III.2.2.2.2. Mémoire et autonomie .....	56
III.2.2.2.3. La perte de mémoire : une fatalité ? .....	56
III.2.2.2.4. Vieillissement, mémoire et peur de la maladie d'Alzheimer.....	57
III.2.2.3. Peur de la dépendance .....	57
III.2.2.4. Peur de la solitude et de l'isolement.....	57
III.2.3. Motivations de participation aux ateliers mémoire.....	58
III.2.3.1. Le lien social .....	58
III.2.3.2. Motivations en lien avec la mémoire.....	58
III.2.3.2.1. Crainte d'une maladie d'Alzheimer .....	59
III.2.3.2.2. Entretien de la mémoire.....	59
III.2.4. Vécu des ateliers mémoire .....	59
III.2.4.1. Ambiance, entente au sein du groupe .....	59
III.2.4.2. Sentiment de comparaison, de compétition.....	60
III.2.4.3. Les animatrices.....	61
III.2.5. Bénéfices ressentis depuis la participation aux ateliers mémoire.....	61
III.2.5.1. Sur le plan social.....	61
III.2.5.2. Sur le plan personnel .....	62
III.2.5.3. Sur le plan intellectuel et de la mémoire.....	62
III.2.6. Evolution souhaitée .....	64
IV. Analyse et discussion.....	65
IV.1. Limites de notre étude .....	65
IV.1.1. Limites liées à la méthodologie .....	65
IV.1.2. Limites liées aux interviewées.....	65
IV.1.3. Limites liées à l'analyse des données .....	66
IV.2. Description des participantes.....	66
IV.2.1. Activités et vie sociale .....	66

IV.2.2. Les participantes et leur mémoire .....	68
IV.3. Les ateliers mémoire vus par les participantes .....	69
IV.3.1. Connaissance de leur existence.....	69
IV.3.2. Motivations de participation.....	69
IV.3.3. Vécu des ateliers mémoire.....	69
IV.3.4. Bénéfices ressentis par les participantes .....	71
IV.4. Les ateliers mémoire : une aide pour un vieillissement cognitif réussi ?.....	73
Conclusion .....	77
Références bibliographiques .....	79
Annexes .....	90
Serment d’Hippocrate.....	94

## Table des tableaux

---

Tableau 1 : Caractéristiques des participantes .....	48
Tableau 2 : Motivations de participation .....	49
Tableau 3 : Craintes des participantes .....	49
Tableau 4 : Vécu au sein des ateliers mémoire .....	50
Tableau 5 : Bénéfices ressentis.....	51
Tableau 6 : Evolution attendue, souhaitée.....	52

## Introduction

---

La population française vieillit. L'âge moyen de la population, après avoir légèrement diminué entre le milieu des années 1940 et le milieu des années 1960 du fait du baby-boom, a repris une progression déjà entamée dans la première partie du XX<sup>ème</sup> siècle. La part des plus de 60 ans a augmenté de 16% à 26,4% entre les années 1950 et aujourd'hui. Depuis 2014 elle dépasse celle des moins de 20 ans. Ce vieillissement résulte de deux grands facteurs que sont l'allongement de la durée de vie d'un côté et la baisse de la fécondité de l'autre.

Face à ce vieillissement de la population, la priorité n'est plus d'allonger la durée de la vie, mais d'améliorer la qualité de vie des personnes vieillissantes. Des études récentes ont montré une évolution défavorable de l'espérance de vie sans incapacité dans les dernières décennies par rapport aux décennies précédentes.

« Bien vieillir » constitue donc un enjeu fondamental de notre société, l'évolution démographique actuelle pouvant laisser présager une augmentation de nombre de personnes âgées dépendantes, la dépendance pouvant être définie comme la perte d'autonomie ou de capacités. Ce concept de « bien vieillir » ou « vieillissement réussi » se réfère à un individu vieillissant, conservant de bonnes capacités physiques et mentales, lui permettant d'être autonome et socialement actif. Il ne s'agit donc plus de tenter d'apporter des réponses et solutions, notamment financières, à un nombre de plus en plus important de personnes vieillissantes dépendantes, mais de développer la prévention de la dépendance.

Dans le cadre de cette prévention, il est essentiel de ne pas tenir compte uniquement de l'aspect purement physique conduisant à la dépendance, mais également des autres aspects du vieillissement pouvant conduire à des situations de dépendance et fragilisant un « vieillissement réussi ».

L'un des aspects les plus frappants du vieillissement est le déclin des capacités mnésiques, qui, de par ses fondements et conséquences, peut être décrit et étudié selon plusieurs dimensions, toutes étroitement imbriquées : neurobiologique, cognitif, sociologique et psychologique.

De nombreux facteurs sont ainsi susceptibles d'intervenir dans ce déclin mnésique, que ce soit au cours de la vie ou durant le vieillissement, et d'en influencer la trajectoire.

Dans ce contexte, le déclin mnésique est une cible d'action intéressante dans le cadre du « vieillissement réussi ». En dehors des thérapies médicamenteuses existantes, de nombreuses interventions se sont développées, réunies sous le terme de « stimulation cognitive » ou « remédiation cognitive ». Celles-ci ont pour but de préserver les capacités mnésiques des personnes âgées et s'inscrivent dans le cadre d'une approche globale du

vieillesse, en se fondant sur ses aspects neurobiologiques, cognitifs, psychologiques et sociaux.

Les ateliers mémoire font partie intégrante de ces interventions de « stimulation cognitive ». Il existe de nombreux types d'atelier mémoire, ciblant un public différent, avec des méthodes variées, impliquant une grande variété de professionnels. Ce concept d'ateliers de stimulation cognitive existe en France depuis les années 1970, après qu'il ait été prouvé que l'âge de la retraite influençait davantage le déclin cognitif que l'âge chronologique. Suite à cette constatation, des ateliers de stimulation cognitive, ateliers mémoire, se sont développés, élargissant progressivement le public visé, allant dans un premier temps des jeunes retraités cognitivement « normaux » à des personnes souffrant de pathologies neuro-dégénératives avérées, comme la maladie d'Alzheimer.

Devant la variété d'ateliers mémoire existant, il est important de comprendre quel public est concerné par tel type d'atelier, et de quelle manière ces interventions de « stimulation cognitive » peuvent être bénéfiques.

Dans ce travail de thèse, nous nous intéressons aux ateliers mémoire organisés à Oradour-sur-Glane ainsi qu'à Saint-Junien, destinés aux personnes retraités volontaires de tout âge, n'ayant pas de troubles cognitifs avérés. Au travers d'une étude qualitative à partir d'entretiens individuels avec des participants, nous cherchons à comprendre leurs motivations, mais également, en se basant sur différents aspects du vieillissement et plus particulièrement du vieillissement mnésique, si ces ateliers peuvent effectivement avoir un impact sur celui-ci et de quelle manière. Tout ceci devrait également permettre de nous interroger sur d'éventuelles pistes d'amélioration, afin que ce type d'atelier mémoire remplisse pleinement son rôle d'aide à un vieillissement réussi.

# I. Mémoire et vieillissement

---

## I.1. Etat de l'art sur le vieillissement de la mémoire

Le vieillissement mnésique, faisant partie intégrante du vieillissement cognitif, est un phénomène complexe faisant intervenir de nombreux facteurs et pouvant être étudié à différents niveaux : neurobiologique, cognitif, psychologique et sociologique. La connaissance et la compréhension de ces différents aspects du vieillissement mnésique et des liens étroits qu'ils entretiennent, sont indispensables à une réflexion sur les bénéfices d'une stimulation cognitive par les ateliers mémoire.

### I.1.1. Aspects neurobiologiques

Les neurosciences cognitives désignent le domaine de recherche dans lequel sont étudiés les mécanismes qui sous-tendent la cognition. Elles sont issues de la révolution cognitiviste des années 1950, et sont devenues une discipline à part entière à la fin des années 1970. En ce qui concerne le processus du vieillissement humain, qui est accompagné d'un certain nombre de changements à la fois physiques et mentaux, les neurosciences cognitives tentent d'établir un lien entre ces changements cognitifs et leurs substrats neuronaux, incluant les changements structurels et fonctionnels cérébraux. L'apport de l'imagerie cérébrale a été révolutionnaire, permettant d'imager l'activité du cerveau chez un sujet effectuant une tâche cognitive spécifique. Ainsi, les chercheurs en neurosciences cognitives utilisent essentiellement la tomographie par émission de positons, mais également l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle, permettant d'obtenir des images du cerveau en activité pendant l'exécution d'une tâche.

Plusieurs facteurs ont été décrits afin d'aider à comprendre les mécanismes neurobiologiques accompagnant le processus de vieillissement cognitif dans sa globalité, mais aussi plus spécifiquement le vieillissement cognitif dans le domaine de la mémoire.

#### I.1.1.1. Protéines bêta-amyloïdes et protéines tau

Une revue de littérature complète datant de 2018 des études sur les personnes âgées ayant des capacités cognitives exceptionnelles <sup>(1)</sup>, a montré que celles-ci avaient une préservation globale du cortex, et des volumes hippocampiques plus grands que des personnes du même âge cognitivement normaux. D'un point de vue histologique, il existait chez ces personnes une diminution de la charge des protéines bêta-amyloïdes et des enchevêtrements neurofibrillaires de protéines tau par rapport aux témoins plus âgés cognitivement normaux. Ainsi, il semblerait qu'il existe un lien entre la préservation structurelle et moléculaire du cerveau, et le maintien des capacités cognitives lors du vieillissement.

Les données les plus récentes tendent à montrer que certains processus biologiques associés au vieillissement cognitif dit « normal » sont similaires à ceux observés dans le cas de vieillissements cognitifs pathologiques <sup>(2)</sup>.

### **I.1.1.2. Modifications structurelles cérébrales**

D'un point de vue structurel, le cerveau subit des modifications avec l'avancée en âge, la plus évidente étant une diminution régulière de la taille du cerveau, compensée par une augmentation du système ventriculaire. Le rythme de ce déclin s'accroît avec l'avancée en âge, avec un gradient antéro-postérieur. Le cortex préfrontal subit de manière plus précoce et plus intense les effets du vieillissement, ainsi que les lobes temporaux. Concernant le volume de la substance blanche, celui-ci a tendance à être relativement stable chez les adultes en bonne santé jusqu'à soixante-dix ans environ, puis une baisse abrupte avec un gradient antéro-postérieur encore plus prononcé peut s'installer. La perte d'intégrité de la substance blanche pourrait être un facteur important du vieillissement cognitif normal, altérant le transfert d'information entre les différentes zones corticales <sup>(3)</sup>.

Plusieurs processus sont impliqués dans le déclin cognitif associé au vieillissement. Que ce soit le système vasculaire ou les mécanismes de résilience, tous semblent être impliqués dans ce déclin cognitif, de par leur impact sur l'amincissement cortical ou sur l'intégrité de la substance blanche.

### **I.1.1.3. Emergence du concept de résilience**

Pour une même pathologie cérébrale sur le plan neurobiologique, chaque personne âgée est différente sur le plan de l'expression de cette pathologie d'un point de vue cognitif. Par exemple, certaines personnes âgées arrivent à maintenir une bonne cognition malgré des changements cérébraux structurels et fonctionnels importants. C'est le concept de résilience, faisant appel à la notion principalement de réserve, mais également d'entretien et de compensation <sup>(4)</sup>. Ce concept de résilience a réellement émergé à la fin des années 1960, lorsque les scientifiques ont remarqué dans une série d'échantillons cérébraux, la discordance entre la pathologie cérébrale et les performances cognitives ante-mortem. Ces résultats combinés à d'autres, ont conduit les scientifiques à émettre l'hypothèse que certains individus posséderaient une réserve leur permettant de résister aux changements cérébraux, sur le plan neurobiologique, liés à l'âge, c'est-à-dire de conserver malgré tout leurs capacités cognitives <sup>(5)</sup> <sup>(6)</sup>.

### **I.1.1.4. Réserve cérébrale et réserve cognitive**

Le terme de réserve tente d'expliquer la différence chez un individu entre le degré de lésions cérébrales et leurs manifestations cliniques en termes de cognition. Il existe deux modèles de réserve : la réserve cérébrale et la réserve cognitive <sup>(5)</sup>.

La réserve cérébrale est définie comme un trait physique, considérant les différences individuelles en termes de matériel cérébral (par exemple, certaines personnes ont un cerveau plus gros, avec davantage de neurones et de synapses). Il s'agit donc d'une entité passive, qui permettrait d'expliquer le déclin cognitif de chacun en fonction de son matériel cérébral. Ainsi, les personnes ayant une capacité cérébrale plus importante, toléreront plus longtemps le vieillissement d'un point de vue neurobiologique, et auront des manifestations cliniques de

déclin cognitif plus tard. A côté de ça, la réserve cognitive est plutôt une entité active. Elle propose une différence de flexibilité, plasticité et adaptabilité des réseaux neuronaux, ainsi que des phénomènes compensatoires. Ainsi, certaines personnes peuvent être mieux en mesure de compenser des lésions cérébrales secondaires au vieillissement, en utilisant des réseaux neuronaux alternatifs. Cette réserve cognitive a été mise en lien avec certaines données concernant notamment le mode de vie des individus, mises en relation avec les résultats cliniques. Il apparaît donc qu'un individu ayant un quotient intellectuel plus élevé, un niveau de scolarité ou professionnel plus élevé, ou un meilleur engagement dans des activités de loisirs en fin de vie, ont un risque de démence plus faible et auraient un déclin cognitif lié à l'âge plus lent <sup>(5)</sup>. La réserve cognitive de chaque individu est donc mesurée à l'aide de paramètres, incluant notamment le mode de vie, les expériences passées. Les processus neuronaux et cérébraux sous-jacents sont également largement étudiés, et plusieurs modèles ont ainsi été proposés, permettant de décrire les processus neurologiques mis en œuvre dans ce concept de réserve cognitive (par exemple, un modèle d'activation cérébral a été décrit, ou encore un modèle dépendant de l'oxygénation du cerveau au repos).

#### **I.1.1.5. Concept d'entretien cérébral**

Parallèlement à ce concept de réserve, qui cherche à comprendre pourquoi certains individus ont un fonctionnement cognitif intact malgré la présence du vieillissement cérébral neurobiologique, nous pouvons évoquer le concept d'entretien, qui tente également d'expliquer ce paradoxe de la résilience <sup>(5)</sup> <sup>(6)</sup>.

Alors que le concept de réserve, que ce soit cérébrale ou cognitive, tente d'expliquer comment des individus peuvent garder leurs capacités cognitives malgré les changements cérébraux liés à l'âge, le concept d'entretien ou maintien met en évidence le fait qu'il existe des variations inter-individuelles dans le vieillissement cérébral d'un point de vue neurobiologique et anatomique. En plus de facteurs génétiques complexes intervenant dans le maintien de l'intégrité cérébrale, il existe des facteurs environnementaux et de choix de style de vie pouvant également influencer ce maintien. En effet, un grand nombre de preuves suggèrent que l'intégrité cérébrale est modifiable par l'expérience et l'apprentissage <sup>(5)</sup> <sup>(6)</sup>. Pour prendre un exemple, il a été rapporté qu'une formation à la navigation spatiale protégeait le volume de l'hippocampe du déclin lié à l'âge, chez les adultes jeunes et plus âgés. Il apparaît donc que des facteurs génétiques ainsi que des facteurs environnementaux, d'expérience, de mode de vie, peuvent à tout moment influencer l'état de la réserve cérébrale, et donc le déclin cognitif lié à l'âge.

#### **I.1.1.6. Liens entre réserve cérébrale, réserve cognitive, et entretien cérébral**

La relation entre réserve cérébrale, réserve cognitive, entretien et compensation et leur contribution à la résilience fait encore l'objet d'un débat animé. Ce sont des entités qui ne sont pas mesurables directement actuellement, et leurs mécanismes neurobiologiques ne sont pas encore complètement compris. Néanmoins, il semblerait que de multiples facteurs influent sur la trajectoire du vieillissement cérébral et cognitif, comprenant des facteurs génétiques, le niveau de scolarité ou professionnel, le mode de vie, l'engagement social et dans des activités de loisir, mais également la santé vasculaire, les facteurs de risque métaboliques... Toutes



ces notions peuvent permettre de mieux cibler les interventions ayant pour but de diminuer le déclin cognitif lié à l'âge.

## **I.1.2. Aspects cognitifs**

### **I.1.2.1. Cognition et vieillissement**

La cognition est considérée dans son sens large comme l'ensemble des capacités mentales permettant l'acquisition et le maintien de connaissances. Elle correspond à la faculté de traiter, de transformer et d'emmagasiner des informations pour les réutiliser <sup>(7)</sup>.

Les fonctions cognitives recouvrent la mémoire, les fonctions instrumentales, les fonctions exécutives et l'attention. De nombreuses recherches ont été effectuées dans le domaine du vieillissement cognitif normal et pathologique, soutenant le fait que les capacités cognitives changent avec l'âge, allant plutôt dans le sens du déclin, notamment dans les domaines de la mémoire, de l'attention et des fonctions exécutives <sup>(8)</sup>. Néanmoins, grâce à de nombreux travaux que ce soit en neurosciences ou en neuropsychologie cognitive, il a été mis en évidence que le vieillissement normal ne s'accompagne pas d'un inéluctable déclin du fonctionnement cognitif, d'une part parce-que tous les processus cognitifs ne sont pas impactés de la même façon, et d'autre part parce-que de nombreux facteurs semblent pouvoir influencer ce déclin cognitif et amener à un vieillissement cognitif « optimal ».

Nous allons nous intéresser plus spécifiquement au domaine de la mémoire et de son évolution au cours du vieillissement dit « normal » ainsi qu'aux éventuels facteurs pouvant l'influencer.

Le vieillissement « normal » a été défini comme les changements dus au vieillissement qui se produisent chez les individus exempts de pathologie manifeste du système nerveux, comme la maladie d'Alzheimer ou la maladie de Parkinson <sup>(9)</sup>. Néanmoins, tout comme ces pathologies peuvent présenter des similitudes sur le plan neurobiologique, comme vu précédemment, avec des changements secondaires à un vieillissement normal, elles peuvent également présenter des similitudes d'un point de vue cognitif, ce qui peut rendre parfois difficile le fait de faire une totale distinction entre des symptômes et signes d'un vieillissement dit pathologique et ceux d'un vieillissement normal <sup>(9)</sup>.

### **I.1.2.2. Les cinq systèmes de mémoire**

Selon l'institut national de la santé et de la recherche médicale, « La mémoire est la fonction qui nous permet d'intégrer, conserver et restituer des informations pour interagir avec notre environnement. Elle rassemble les savoir-faire, les connaissances, les souvenirs ». Il existe cinq systèmes de mémoire différents, fonctionnant en interaction, utilisant des réseaux neuronaux différents, répartis dans différentes zones du cerveau <sup>(10) (11)</sup>.

- La mémoire de travail (à court terme) : mémoire du présent. Elle permet de retenir et manipuler des informations pendant la réalisation d'une tâche ou d'une activité. Les informations qu'elle contient peuvent être effacées ou stockées par le biais d'interactions spécifiques avec les systèmes de mémoire à long terme.
- La mémoire sémantique : mémoire du langage et des connaissances sur le monde et sur soi. Elle se construit et se réorganise tout au long de notre vie. La mémoire sémantique fait intervenir particulièrement des réseaux neuronaux se trouvant dans les lobes temporaux et pariétaux.
- La mémoire épisodique : mémoire des moments personnellement vécus (événements autobiographiques). Elle permet de se situer dans le temps et dans l'espace, et de se projeter dans le futur. Elle permet de stocker, encoder, récupérer des informations sur des épisodes ou événements personnellement vécus et localisés dans un système spatio-temporel précis. Le rôle de l'hippocampe et du lobe frontal semble particulièrement déterminant pour la mémoire épisodique (cortex préfrontal gauche pour l'encodage, cortex préfrontal droit pour la récupération). L'hippocampe semble jouer un rôle important dans le processus de stockage.
- La mémoire procédurale : mémoire des automatismes. C'est une mémoire implicite. Elle recrute des réseaux neuronaux sous-corticaux et cérébelleux.
- La mémoire perceptive : mémoire qui s'appuie sur les sens et qui fonctionne la plupart du temps à l'insu de l'individu. Cette mémoire permet de se souvenir des visages, des voix, des lieux. La mémoire perceptive recrute différents réseaux neuronaux dans différentes régions corticales, à proximité des aires sensorielles.

Le vieillissement normal s'accompagne de modifications cognitives. Nous allons nous intéresser plus spécifiquement à celles intervenant dans le domaine de la mémoire épisodique et de la mémoire de travail, celles-ci étant les plus touchées lors de l'avancée en âge <sup>(6) (9) (12)</sup>.

### **I.1.2.3. Mémoire épisodique et vieillissement**

La spécificité de la mémoire épisodique est de contenir les souvenirs, intégrés dans un contexte spatio-temporel particulier. La mémoire épisodique est fondamentale pour l'individu, puisqu'en regroupant les souvenirs des expériences personnelles vécues, elle serait à la base de la construction de l'identité <sup>(11)</sup>. Ce système de mémoire est classiquement évalué par des épreuves de rappel libre, rappel indicé et reconnaissance. Le rappel libre semble être le plus sensible aux effets de l'âge <sup>(12)</sup>.

Différentes hypothèses ont été formulées afin de tenter d'expliquer les effets de l'âge sur la mémoire, en particulier sur la mémoire épisodique. Parmi ces hypothèses, nous pouvons citer celle de Craik en 1986, qui établit un lien entre la diminution des ressources attentionnelles avec l'âge et la diminution des capacités mnésiques, les opérations d'encodage et de récupération étant fortement coûteuses en attention. Une autre hypothèse est celle de

Salthouse en 1996, qui propose un lien entre la réduction de la vitesse de traitement dans le vieillissement et la réduction des performances chez les sujets âgés dans les tâches complexes qui nécessitent le plus de traitement. Une troisième hypothèse est l'hypothèse dysexécutive, qui établit un lien entre le déficit des fonctions exécutives dans le vieillissement, secondaire à un dysfonctionnement du cortex préfrontal, et les difficultés d'encodage et de récupération dans la mémoire épisodique <sup>(12)</sup> <sup>(13)</sup>. Ainsi, selon Moscovitch et Winocur (1992, 2002), le cortex préfrontal « travaille avec la mémoire » en permettant la mise en place de stratégies adaptées. Une étude récente a également mis en relation la flexibilité cognitive avec les déficits mnésiques liés à l'âge, la flexibilité cognitive étant définie comme la capacité d'adaptation, au quotidien, à l'environnement complexe et changeant, permettant de réorienter son attention <sup>(12)</sup>. Ainsi, la flexibilité cognitive serait impliquée dans les déficits mnésiques liés à l'âge, dans le sens où elle permet l'utilisation de stratégies mnésiques adaptées, et qu'elle est moindre dans le vieillissement <sup>(12)</sup>.

#### **I.1.2.4. Mémoire de travail et vieillissement**

La mémoire de travail fait référence aux composants chargés de maintenir temporairement une quantité limitée d'informations dans un état disponible pour permettre le traitement des informations en cours <sup>(14)</sup> <sup>(15)</sup>. Le déclin lié à l'âge de la mémoire de travail a fait l'objet de nombreuses recherches et a été solidement documenté, mais les mécanismes cognitifs de ce déclin sont encore débattus <sup>(16)</sup>.

Le déclin de la mémoire de travail a été mis en relation avec des anomalies sur les réseaux neuronaux fronto-pariétaux impliqués dans ce système de mémoire, mais également à des altérations neuromodulatrices (dopamine) et neuroanatomiques <sup>(15)</sup>. Ce déclin de la mémoire de travail, associé à une diminution de la vitesse de traitement, semble être à la base du déclin cognitif lié à l'âge, la mémoire de travail jouant un rôle dans d'autres fonctions cognitives d'ordre supérieur, comme le langage, la lecture, le raisonnement <sup>(15)</sup>. Ainsi, dans de nombreuses études, des effets positifs de l'entraînement à la mémoire de travail ont été trouvés sur la cognition et sur la plasticité neuronale, de par son implication sur les fonctions cognitives supérieures <sup>(15)</sup>.

Les données concernant l'âge de début du déclin pour la mémoire épisodique et la mémoire de travail sont mitigées, mais les données disponibles ne permettent pas de conclure à un début précoce du déclin, qui n'apparaîtrait pas avant l'âge de soixante ans <sup>(6)</sup>.

#### **I.1.2.5. Variabilité inter-individuelle**

Bien qu'il soit connu que l'avancée en âge s'accompagne d'un déclin des capacités cognitives dont la mémoire, il existe une variabilité inter-individuelle quant à ces changements cognitifs, que ce soit dans le domaine de la mémoire mais aussi dans d'autres domaines cognitifs <sup>(17)</sup>. Ainsi, à âge égal, alors que certaines personnes auront effectivement connu un déclin cognitif, d'autres auront conservé d'importantes capacités cognitives, par exemple des capacités mnésiques comparables à celles d'adultes jeunes <sup>(18)</sup>.

Plusieurs concepts ont alors été proposés afin de tenter d'expliquer ces différences inter-individuelles dans le déclin cognitif lié à l'âge, un des principaux concepts étant celui de « réserve », que nous avons abordé plus haut. Que ce soit dans sa forme passive, se référant à des différences structurelles cérébrales (réserve cérébrale), ou dans sa forme active, se référant à des différences fonctionnelles (réserve cognitive), la réserve dans sa globalité, bien que ses mécanismes exacts neurobiologiques soient peu connus, serait associée à plusieurs facteurs notamment de style de vie et biologiques <sup>(19)</sup>. Bien que ces deux modèles de réserve soient différents, ils partagent tous les deux le postulat selon lequel des ressources, essentiellement des facteurs environnementaux et biologiques, accumulées tout au long de la vie de l'individu et même jusqu'à un âge avancé, permettent au cerveau de s'adapter, structurellement (réserve cérébrale) et fonctionnellement (réserve cognitive), aux changements liés à l'âge, et tout ceci grâce à une plasticité cérébrale <sup>(20)</sup>. Par exemple, pour la réserve cognitive, ses corrélats cérébraux peuvent prendre plusieurs formes, comme le recrutement de réseaux neuronaux compensatoires (compensation neurale), un fonctionnement cérébral plus efficace (réserve neurale), ou une meilleure connectivité fonctionnelle au repos <sup>(18)</sup>.

#### **I.1.2.6. Facteurs influençant la santé cognitive au cours du vieillissement**

Plusieurs facteurs ont été identifiés dans la littérature comme pouvant influencer la santé cognitive des personnes âgées, ce concept de santé cognitive étant défini comme la préservation des fonctions mentales requises pour le maintien des liens sociaux, le sentiment d'être utile et la mobilisation des aptitudes permettant de fonctionner de manière autonome <sup>(21)</sup>. Ces facteurs sont essentiellement l'éducation et la stimulation intellectuelle, l'activité physique, l'entraînement cognitif, et bien que des études additionnelles restent encore à faire concernant ces derniers facteurs, l'alimentation, les interactions sociales et la qualité du sommeil <sup>(21)</sup>. Nous allons nous intéresser dans un premier temps à l'influence de la stimulation intellectuelle et de l'éducation puis de l'entraînement cognitif. La question des interactions sociales sera abordée dans un autre chapitre.

##### **I.1.2.6.1. Stimulation intellectuelle et éducation**

L'évaluation répétée de très larges cohortes de personnes âgées, telle que l'étude PAQUID (Personnes âgées QUID), étude prospective débutée en 1988 ayant pour but d'étudier le vieillissement cérébral et la perte d'autonomie chez les sujets âgés de plus de 65 ans, fournit de précieux renseignements sur les facteurs de risque et de protection du déclin cognitif lié à l'âge, en s'intéressant plus particulièrement aux facteurs de risque de démence. Ainsi, en ce qui concerne l'éducation et la stimulation intellectuelle, l'analyse d'une partie de cette étude publiée en 2018, a montré que plus le niveau d'éducation est élevé, ce qui est la plupart du temps associé au fait d'avoir une stimulation intellectuelle plus importante au cours de la vie, plus celui-ci influe de manière bénéfique sur la réserve cognitive <sup>(22)</sup> <sup>(23)</sup>. L'éducation influencerait principalement sur deux composantes cognitives : les processus contrôlés, qui sont eux-mêmes influencés positivement par les professions demandant beaucoup d'attention, et la capacité de conceptualisation <sup>(22)</sup>. Le rapport sur la maladie d'Alzheimer publié en 2014, en s'intéressant aux facteurs protecteurs de démence, confirme également l'hypothèse selon

laquelle la réussite professionnelle du fait probablement d'un exercice mental important et continu, c'est-à-dire une stimulation intellectuelle importante, réduirait le risque de déclin cognitif lié à l'âge. En effet, un exercice mental continu offrirait une opportunité continue de se constituer une réserve cognitive. Ce même rapport met également l'accent sur l'éducation (sans pour le moment donner de précisions sur le type, la qualité, la quantité...), notamment dans les premières années de la vie, qui pourrait être un important facteur de protection contre le déclin cognitif, probablement par le biais de la réserve cognitive <sup>(24)</sup>. Dans une méta-analyse, Barnes et Yaffe <sup>(24)</sup> ont confirmé le rôle protecteur d'une stimulation intellectuelle reçue tout au long de la vie, elle-même souvent le reflet du niveau d'éducation. Ils ont ainsi établi qu'une réduction de 25% de l'inactivité cognitive, permettrait de réduire d'un million le nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer à travers le monde.

#### **I.1.2.6.2. Interventions cognitives**

Un grand nombre d'études ont été menées à ce jour afin d'identifier les facteurs de risque ou les facteurs protecteurs du déclin cognitif lié à l'âge, ou du développement d'une maladie d'Alzheimer, que ce soient des facteurs environnementaux ou génétiques.

Les facteurs environnementaux sont une bonne cible d'intervention dans le domaine de la prévention du déclin cognitif lié à l'âge. Parmi ces facteurs environnementaux modifiables et reconnus pour avoir un impact sur le déclin cognitif, il y a l'entraînement cognitif, qui, contrairement à l'éducation et à la stimulation intellectuelle qui traitent plutôt de la constitution d'une réserve tout au long de la vie, aborde le sujet de la constitution d'une réserve tardive.

Différents types de programmes d'entraînement cognitif existent, regroupés sous le terme d'interventions cognitives, et visent à optimiser ou améliorer le fonctionnement cognitif des personnes âgées <sup>(25)</sup>. De nombreuses méthodes d'interventions cognitives sont utilisées. Les quatre principales méthodes d'intervention sont celles reposant sur l'apprentissage de stratégies de mémorisation, celles reposant sur l'entraînement de la mémoire de travail et du contrôle attentionnel, les interventions multi-composantes (reposant le plus souvent sur des programmes informatisés), et enfin les interventions impliquant la pratique d'activités de loisirs <sup>(26)</sup>.

##### **I.1.2.6.2.1. Interventions cognitives basées sur l'apprentissage de stratégies de mémorisation**

Les interventions reposant sur l'apprentissage de stratégies de mémorisation, portent le plus souvent sur l'apprentissage de stratégies ou moyens mnémotechniques améliorant l'encodage <sup>(26)</sup>. Ainsi, plusieurs travaux ont montré que cette méthode d'intervention améliorerait les performances mnésiques des personnes âgées, et pourrait même ralentir la dégradation de la microstructure de la matière blanche <sup>(27)</sup>. Nous pouvons citer le programme MEMO (Méthode d'Entraînement pour Mémoire Optimale), qui utilise cette méthode d'intervention <sup>(28)</sup>, et qui a été comparé récemment à un groupe témoin sans intervention. Les résultats ont montré que les participants ayant bénéficié du programme (il s'agissait de participants atteints de troubles cognitifs légers dans le domaine de la mémoire) voyaient leurs performances mnésiques

augmenter, essentiellement dans les épreuves de rappel et rappel différé, ce qui était toujours le cas même 6 mois après le programme, témoignant d'un meilleur encodage grâce aux stratégies enseignées, utilisées par la suite dans la vie quotidienne <sup>(29)</sup>.

L'étude ACTIVE (Advanced Cognitive Training for Independent and Vital Elderly) a montré les mêmes résultats chez des participants sans trouble cognitif <sup>(30)</sup>.

D'un point de vue cérébral, une étude examinant les changements induits par le programme MEMO chez des sujets ayant une déficience cognitive légère, a permis de mettre en évidence de nouvelles activations neuronales dans différentes régions corticales, cohérentes avec les stratégies mnésiques mises en place, correspondant à des phénomènes compensatoires <sup>(31)</sup>.

Concernant les facteurs influençant la réserve tout au long de la vie, comme l'éducation et la stimulation intellectuelle, une étude a mis en évidence que les interventions basées sur l'apprentissage de stratégies mnésiques entraînaient des changements différents d'un point de vue cérébral selon le niveau d'éducation. Ainsi, chez les personnes ayant un niveau d'éducation plus élevé avant l'entraînement, il était noté une réduction de l'activation de certains réseaux neuronaux après entraînement, probablement du fait d'une augmentation d'efficacité de ces mêmes réseaux. En revanche, les personnes ayant un niveau d'éducation plus faible sollicitaient davantage de nouveaux réseaux <sup>(32)</sup>. En conséquence, le type d'entraînement mais également les caractéristiques de l'individu, moduleraient les changements neuronaux induits par les interventions.

#### **I.1.2.6.2.2. Interventions cognitives multi-composantes**

Les interventions multi-composantes se réfèrent à une grande variété de programmes, le plus souvent informatisés, qui portent sur la pratique de diverses tâches cognitives, dans le but d'améliorer le fonctionnement cognitif global <sup>(26)</sup>.

Une méta-analyse a montré que les entraînements cognitifs informatisés, qui sont le plus souvent multi-composantes, étaient efficaces pour améliorer le fonctionnement cognitif global des personnes âgées mais également pour améliorer des capacités cognitives plus spécifiques, comme la mémoire épisodique ou la mémoire de travail <sup>(33)</sup>. D'un point de vue cérébral, les interventions multi-composantes améliorent la connectivité entre certaines régions du cerveau, augmentation de connectivité qui est associée à une augmentation dans les performances mnésiques chez des personnes âgées sans troubles cognitifs <sup>(34)</sup>.

#### **I.1.2.6.2.3. Interventions cognitives basées sur des activités de loisirs**

Certaines activités de loisirs peuvent être conçues comme des interventions cognitives, et peuvent être mesurées et comparées entre elles en ce qui concerne leurs effets sur la cognition.

Une revue systématique publiée en 2019 a comparé plusieurs études d'interventions cognitives basées sur des activités de loisirs et ciblant les personnes âgées <sup>(35)</sup>. Dans cette revue ont été seulement incluses les activités de loisirs cognitifs, définies comme les activités de plaisir ou de bien-être provoquant une stimulation intellectuelle (par exemple la lecture, les mots croisés, les jeux de société...). Les résultats de cette revue ont suggéré que la participation à des activités de loisirs cognitifs peut améliorer certaines capacités cognitives, notamment les activités faisant appel à l'apprentissage d'une nouvelle compétence (par exemple apprendre une langue étrangère).

La stimulation cognitive ne semble pas se limiter aux interventions formelles (comme l'apprentissage de stratégies de mémorisation ou les interventions multimodales), mais est également présente dans plusieurs activités de la vie quotidienne pouvant faire partie des loisirs dits cognitifs, comme la lecture, le bénévolat, les jeux vidéo...<sup>(26)</sup> La participation fréquente à des activités cognitivement stimulantes est ainsi associée à une réduction du déclin cognitif et du risque de développer une maladie d'Alzheimer <sup>(36)</sup>. Bien que le risque de déclin cognitif soit moindre chez les gens ayant eu une stimulation intellectuelle importante tout au long de leur vie, du fait, par exemple, d'un niveau d'éducation plus élevé ou d'un métier cognitivement stimulant, le fait de participer à des activités de loisirs cognitifs après la retraite, peut changer la trajectoire du vieillissement cognitif et compenser des différences de stimulation intellectuelle au cours de la vie <sup>(37)</sup>.

Il peut exister une sorte de réserve tardive, indépendamment du niveau de stimulation cognitive reçu tout au long de la vie, avec le maintien d'activités cognitivement stimulantes à un âge avancé <sup>(38)</sup>, même si l'engagement dans de telles activités se fait à un âge très avancé <sup>(39)</sup>.

Nous pouvons également citer une autre étude, qui a comparé une méthode de stimulation intellectuelle « conventionnelle » à une méthode basée sur des activités de loisirs, chez des personnes âgées de plus de 60 ans sans trouble cognitif. Les résultats ont montré que la stimulation par des activités de loisirs (arts plastiques, écriture, musique, visite d'un musée) a été la plus efficace sur des facteurs psycho-affectifs que sont l'augmentation de l'estime de soi et la diminution de la plainte mnésique. Les deux méthodes ont montré une amélioration des capacités de stockage et de mise à jour de la mémoire de travail et de la vitesse de traitement <sup>(40)</sup>.

Les relations causales entre les activités de loisirs et le déclin cognitif ne sont pas clairement établies, d'autant plus qu'il existe pour le moment très peu de travaux couplant des imageries cérébrales à des activités de loisirs, rendant la compréhension des mécanismes sous-jacents encore compliquée. Cependant, certains travaux ont été faits dans ce domaine et ont établi un lien entre le type d'activité de loisir pratiquée et le type de fonction cognitive améliorée. Par exemple, dans l'étude « the synapse project » <sup>(41)</sup>, les effets des activités de loisirs sur la mémoire de travail et la mémoire épisodique variaient en fonction du type d'intervention. Il existait une amélioration de la mémoire épisodique uniquement dans le groupe d'intervention impliquant l'apprentissage d'une nouvelle compétence (en l'occurrence dans cette étude celle



de la photographie). Tous ces travaux ont mis en évidence l'importance de l'engagement productif et de l'apprentissage de nouvelles compétences <sup>(26)</sup>.

La question du rôle des interactions sociales dans ces interventions cognitives basées sur des activités de loisirs a été soulevée. Même si de nombreuses études ont déjà souligné l'importance des relations sociales dans le maintien des capacités cognitives, il ne semble pas évident que les interactions sociales seules impliquent une amélioration du fonctionnement cognitif, notamment dans le cadre des interventions cognitives. Il se pourrait que la dimension sociale au sens strict dans les interventions, ne soit qu'une variable confondue avec les processus cognitifs mis en œuvre dans les activités <sup>(41)</sup>. Quoi qu'il en soit, même si interagir socialement ne semble pas être une condition suffisante à l'amélioration des performances cognitives au sein des interventions, cela semble être une condition nécessaire, ou au moins favorable <sup>(33) (42)</sup>.

Chaque type d'intervention cognitive semble être en mesure d'apporter des améliorations sur le fonctionnement cognitif des personnes âgées, et la combinaison de plusieurs interventions pourrait ainsi maximiser leurs effets. L'étude « Engage » <sup>(43)</sup> mise sur cette approche et combine des programmes d'interventions cognitives standards avec la pratique d'activités de loisirs cognitivement stimulants (apprentissage d'une seconde langue, de la musique...). Les résultats de ce type d'étude sur du long terme sont attendus.

### I.1.3. Aspects psychologiques

#### I.1.3.1. Concept de plainte mnésique

Un certain nombre d'études récentes suggèrent que la manière dont les personnes se sentent vieillir, c'est-à-dire la vision et le vécu subjectif qu'elles ont de leur propre vieillissement, peuvent influencer ce dernier, tant sur le plan physique que cognitif <sup>(44)</sup>. En ce qui concerne la mémoire au cours du vieillissement, ce vécu subjectif s'exprime notamment au travers de la plainte mnésique, qui s'accompagne ou non d'une diminution objective des performances mnésiques.

La plainte mnésique subjective correspond à l'expression d'une gêne vis-à-vis de sa mémoire. Il s'agit donc d'une perception personnelle que le sujet porte à l'égard de ses capacités mnésiques. Ce concept de plainte subjective de mémoire est étudié depuis les années 1950 et différentes terminologies ont été utilisées pour tenter de décrire un même concept : celui d'une plainte subjective d'un sujet vis-à-vis de ses capacités mnésiques, sans pour autant qu'il existe un trouble mnésique objectif.

Au début, le terme de « oublis bénins liés à l'âge » était employé <sup>(44)</sup>. Par la suite, en 1986, né le concept de *Age-Associated Memory Impairment* (AAMI) <sup>(45)</sup>. Puis, d'autres concepts ont également été développés, comme le *Aging-Associated Cognitive Decline* (AACD) en 1994 <sup>(46)</sup>, puis, plus récemment différentes terminologies ont été employées pour désigner le même concept : *Subjective Memory Impairment* (SMI) <sup>(46)</sup>, *Subjective Memory Complaint* (SMC) <sup>(47)</sup> <sup>(48)</sup>, *Subjective Cognitive Complaint* (SCC) <sup>(49)</sup>, et plus récemment encore l'expression *Subjective Cognitive Decline* (SCD) <sup>(50)</sup>. Nous utiliserons principalement le terme de plainte subjective de mémoire, ou plainte mnésique subjective.

##### I.1.3.1.1. Prévalence, âge d'apparition et lien avec des facteurs socio-démographiques

Dans la population générale, incluant donc des individus pouvant présenter des troubles cognitifs qu'ils soient légers ou modérés, dans une étude réalisée en 2007 auprès de 7983 personnes de plus de 55 ans, 19% répondaient par l'affirmative à la question « vous plaignez-vous de votre mémoire ? » <sup>(51)</sup>. Dans une population sans trouble cognitif objectif, le taux de plainte mnésique subjective retrouvé dans une méta-analyse en 2008 est moindre, aux alentours de 17% <sup>(52)</sup>. Dans une étude allemande réalisée en 2014 en médecine générale, 42% des patients rapportaient une plainte mnésique lorsque la question leur était posée <sup>(50)</sup>.

Concernant le lien possible entre l'âge et la plainte subjective de mémoire, plusieurs études montrent des résultats contradictoires. Par exemple, dans une étude menée aux Pays-Bas en médecine générale, 40% des patients âgés de 25 à 85 ans expriment une plainte, avec une prévalence augmentant avec l'âge <sup>(53)</sup>. Ce lien n'est pas établi dans d'autres études, dont celle menée en 2008 par *Mendes et al.*, qui a établi une différence qualitative entre la plainte mnésique chez un sujet jeune et chez un sujet plus âgé, sans différence de fréquence <sup>(54)</sup>. Les résultats des études concernant une possible association entre le sexe et la plainte mnésique

sont également disparates. Beaucoup ne trouvent pas de lien <sup>(55)</sup> <sup>(56)</sup>. Une étude menée en 1999 par *Derouesné et al.*, observe un niveau plus élevé de plainte chez les femmes, mais uniquement chez les sujets jeunes <sup>(57)</sup>. Une revue publiée en 2000 concluait à une prévalence plus élevée de la plainte mnésique chez les femmes <sup>(58)</sup>.

#### **I.1.3.1.2. Plainte mnésique et plainte cognitive**

La plainte cognitive n'est pas limitée au domaine de la mémoire mais peut aussi porter sur d'autres domaines cognitifs qui subissent les effets du vieillissement, comme les fonctions exécutives, le langage ou l'attention, et il peut être difficile pour un professionnel d'identifier exactement le domaine sur lequel porte la plainte <sup>(59)</sup>. Ainsi, par exemple, un trouble de l'attention (« je ne me rappelle souvent plus où j'ai posé mes clés ») peut être identifié comme un trouble de la mémoire. Les plaintes concernant le manque de mot, la difficulté à retrouver le nom de certaines personnes et une impression générale de baisse des capacités mnésiques sont très répandues. D'autres plaintes comme les difficultés d'orientation ou celles concernant des activités instrumentales de la vie quotidienne le sont nettement moins <sup>(60)</sup>.

#### **I.1.3.1.3. Plainte mnésique et capacités mnésiques objectives**

De nombreuses études ont tenté d'établir un lien entre plainte subjective de mémoire et performances mnésiques objectives, avec des résultats contradictoires. En effet, certaines études ont établi un lien significatif entre plainte mnésique et déficit mnésique objectif <sup>(51)</sup> <sup>(61)</sup>, mais également entre plainte mnésique et pathologies cérébrales liées à la maladie d'Alzheimer, comme la présence de plaques amyloïdes <sup>(50)</sup> <sup>(62)</sup>. D'autres études ne rapportent aucun lien entre plainte mnésique et performances mnésiques objectives <sup>(63)</sup>. Une méta-analyse en 2000 conclut à la présence d'un lien, mais de faible intensité <sup>(58)</sup>.

Une des raisons pouvant expliquer ces résultats contradictoires est le manque de sensibilité de certains tests cognitifs, avec notamment l'existence d'un effet plafond ne permettant pas de mettre en évidence de minimes changements cognitifs <sup>(59)</sup>. Des recherches sur des tests plus sensibles sont en cours <sup>(64)</sup>.

#### **I.1.3.1.4. Plainte mnésique et risque de déclin cognitif**

Alors que plusieurs études transversales se sont intéressées au lien pouvant exister entre plainte mnésique et performances cognitives objectives, des études longitudinales se sont elles intéressées au lien entre plainte de mémoire subjective et risque de futur déclin cognitif. La plainte de mémoire serait associée à un risque plus élevé de déclin cognitif futur dans plusieurs études <sup>(65)</sup>, et une méta-analyse en 2014 a montré que le risque de développer une démence est globalement deux fois plus élevé chez les sujets présentant une plainte subjective de mémoire <sup>(48)</sup>.

#### **I.1.3.1.5. Plainte mnésique et lien avec des facteurs psycho-affectifs : dépression et anxiété**

Le lien entre plainte mnésique et facteurs psychoaffectifs est solidement étayé, notamment avec la dépression et l'anxiété.

Les symptômes dépressifs ont été associés, dans de nombreuses études, à la plainte mnésique subjective <sup>(58)</sup>. Par exemple, dans l'étude de *Mendes et al. (2008)*, parmi les facteurs étudiés incluant l'âge, le sexe, le niveau d'éducation et la symptomatologie dépressive, seule cette dernière était associée à la présence d'une plainte mnésique <sup>(66)</sup>. Dans l'étude de *Chin et al. (2014)*, les analyses de régression ont montré que la dépression et l'attention focalisée contribuent à expliquer 18% de la variance de la plainte mnésique, et ceci davantage que les performances neuropsychologiques <sup>(67)</sup>.

La plainte mnésique dans la dépression peut avoir plusieurs origines, comme par exemple la présence de véritables troubles cognitifs, les liens entre dépression et troubles cognitifs étant complexes. En effet, la dépression s'est révélée être un facteur de risque de développer des troubles cognitifs, une démence ou une maladie d'Alzheimer, notamment lorsque les symptômes dépressifs sont présents de manière chronique au cours de la vie <sup>(68)</sup>. Par ailleurs, les symptômes dépressifs peuvent également précéder l'expression clinique des troubles mnésiques et de la démence et être ainsi des prodromes de la maladie, notamment chez les personnes plus âgées <sup>(69)</sup>. A côté de ça, la présence d'une plainte mnésique chez un sujet présentant des symptômes dépressifs peut s'inscrire dans une perception négative que le sujet a de ses propres compétences cognitives, cette perception pouvant s'inscrire dans un ensemble de perceptions négatives sur soi, engendrées par la dépression elle-même et au-delà des performances cognitives objectives <sup>(70)</sup>.

En ce qui concerne l'anxiété, son lien avec la plainte mnésique et les troubles cognitifs objectifs est également complexe. En effet, la présence d'une symptomatologie anxieuse accompagnant la plainte mnésique semble être associée à un risque accru d'évolution vers de véritables troubles cognitifs, mais la question de la temporalité se pose, l'anxiété pouvant être, comme la dépression, un prodrome de véritables troubles cognitifs <sup>(71)</sup>.

#### **I.1.3.1.6. Plainte mnésique et peur de la maladie d'Alzheimer**

La plainte mnésique pourrait également traduire, ou au moins accompagner, une anxiété spécifique liée à la maladie d'Alzheimer <sup>(72)</sup>.

Une enquête sur la maladie d'Alzheimer menée dans cinq pays a montré que chez les personnes de plus de 60 ans, la maladie d'Alzheimer est la maladie la plus redoutée après le cancer dans 4 pays sur 5. Environ un quart des adultes dans ces quatre pays redoutait plus la maladie d'Alzheimer que les autres maladies (dont le cancer, les accidents vasculaires cérébraux, le diabète et les problèmes cardiaques). La peur de la maladie s'accroît avec l'âge mais est également présente chez les adultes plus jeunes, puisqu'un jeune âgé de 18 à 34

ans sur sept déclare craindre la maladie d'Alzheimer davantage que les autres maladies. Cette enquête a également révélé que dans les cinq pays, la plupart des participants avaient une expérience de la maladie d'Alzheimer, puisqu'ils déclarent avoir connu une personne atteinte de cette maladie, c'était le cas de 7 participants français sur 10 <sup>(73)</sup>. La croissance de la prévalence de cette maladie mais également des connaissances des gens sur le sujet, font que la perspective d'y être confronté suscite des craintes et inquiétudes. Plusieurs études ont tenté d'établir un lien entre plainte mnésique et anxiété vis-à-vis de la maladie d'Alzheimer et collectivement les résultats s'accordent sur le fait que le niveau d'inquiétude vis-à-vis de la maladie d'Alzheimer est corrélé à l'intensité de la plainte mnésique, c'est-à-dire que les inquiétudes vis-à-vis de la maladie sont davantage retrouvées chez les personnes percevant un fonctionnement amoindri de leur mémoire <sup>(74)</sup>.

## **I.1.4. Aspects sociologiques**

### **I.1.4.1. Vieillesse, isolement social et solitude**

L'isolement social est un phénomène mondial qui peut concerner toutes les catégories d'âge mais qui augmente avec l'âge. Selon l'Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques, la fréquence moyenne de contacts sociaux est 1,5 fois plus élevée pour les jeunes âgés de 15 à 19 ans, comparativement aux adultes de plus de 70 ans <sup>(75)</sup>.

Il ne faut pas confondre isolement social et solitude sociale, qui sont deux notions différentes.

L'isolement social se mesure par le nombre de contacts sociaux et se traduit par un nombre très restreint de relations satisfaisantes et valorisantes <sup>(75)</sup>. Pour autant, certaines personnes choisissent cet isolement social, et ne ressentent pas le besoin de passer du temps en compagnie des autres. C'est ce qui différencie l'isolement de la solitude, cette dernière désignant une situation ressentie comme insatisfaisante quant à la quantité ou la qualité des relations sociales, voire les deux <sup>(75)</sup>.

Ainsi, isolement social n'est pas forcément synonyme de solitude, et un sentiment de solitude peut survenir alors même qu'une personne semble entretenir de nombreux contacts sociaux.

A mesure que les individus vieillissent, la quantité de relations sociales peut changer pour diverses raisons, comme le départ à la retraite, le départ des enfants de la maison familiale, le décès du conjoint, mais également pour des raisons personnelles comme le déclin des capacités physiques ou cognitives. Ces changements objectifs dans les contacts sociaux peuvent entraîner un sentiment de solitude, que ce soit l'isolement social ou la solitude sociale, les deux peuvent avoir des effets néfastes sur la santé physique mais aussi cognitive, notamment sur le déclin mnésique, bien que la nature causale de cette association entre isolement/solitude et santé globale fasse encore débat <sup>(76)</sup>.

Il existe un grand nombre d'études explorant le lien entre isolement social, solitude et cognition chez les personnes âgées, la plupart s'accordant sur le fait que l'isolement social et la solitude sont associés à un niveau de cognition plus faible ainsi qu'à un déclin cognitif accéléré, mais les mécanismes sous-jacents ne sont pas encore bien compris <sup>(77)</sup>.

#### **I.1.4.1.1. Isolement social et déclin de la mémoire**

En ce qui concerne l'isolement social, celui-ci est défini par des critères objectifs variant en fonction des études, tels que l'état matrimonial, la fréquence de côtoiement d'amis ou de membres de la famille. A titre d'exemple, l'indice de réseau social *Berkman-Syme (BSNI)*, utilise comme critères d'isolement social le statut matrimonial, les liens sociaux étroits, la fréquentation de l'église et la participation à des activités sociales <sup>(78)</sup>.

En 2004, Cohen souligne l'importance de faire la distinction entre les différents aspects des relations sociales, ceux-ci pouvant influencer la santé physique et cognitive par différents mécanismes <sup>(79)</sup>.

Une méta-analyse en 2015 portant sur 19 études, a montré que les personnes ayant une participation sociale moindre, moins de contacts sociaux mais également un sentiment de solitude plus important, sont plus à risque de développer une démence. La taille du réseau social ne semblait, elle, ne pas avoir d'incidence sur le risque de démence <sup>(80)</sup>.

Une autre méta-analyse en 2016 portant sur 36 études a également tenté d'établir un lien entre relations sociales et déclin cognitif, en considérant à la fois les aspects structurels des relations sociales (taille du réseau social, fréquence des contacts...) et fonctionnels (se rapportant à la fonction du réseau social et à la finalité des relations, comme la qualité du soutien et l'aide pratique apportées par le réseau social). Toutes les associations entre relations sociales et déclin cognitif allaient dans le même sens, à savoir que de mauvaises relations sociales sont associées à un risque plus élevé de déclin cognitif, sans qu'aucune conclusion n'ait pu être tirée sur l'importance relative des différents aspects des relations sociales <sup>(81)</sup>.

Dans l'étude de cohorte *Whitehall II*, l'importance de la fréquence des contacts sociaux et de l'état matrimonial a été examinée à travers des trajectoires de vieillissement cognitif sur 21 ans, de la quarantaine au début de la vieillesse, chez 4290 hommes et 1776 femmes. Les résultats ont montré qu'il n'y avait pas une forte association entre la cognition de base et la rapidité du déclin cognitif. En revanche, avoir des contacts sociaux plus fréquents et vivre en couple étaient tous deux associés à une meilleure trajectoire de performances cognitives en général, mais également plus spécifiquement à de meilleures capacités mnésiques au fil du temps <sup>(82)</sup>.

#### **I.1.4.1.2. Solitude et déclin de la mémoire**

La solitude est un état émotionnel complexe où les perceptions de l'adéquation des contacts sociaux ou de l'intimité des relations de l'individu avec d'autres individus sont inférieures au niveau souhaité <sup>(83)</sup>. Le sentiment de solitude est fréquent dans la population des personnes âgées <sup>(84)</sup>. De nombreuses études ont montré l'association existante entre la solitude et plusieurs problèmes de santé physiques et mentaux, en particulier : cardio-vasculaires, l'alcoolisme, les troubles du sommeil, l'altération du système immunitaire, la dépression, les troubles cognitifs <sup>(85)</sup>.

Tout comme l'isolement social, la solitude est largement étudiée dans ses liens avec le déclin cognitif, mais bien qu'il semble exister un lien entre solitude et déclin cognitif <sup>(81) (86) (87) (88)</sup>, la causalité exacte reste un sujet de débats <sup>(77)</sup>.

Certaines études soutiennent l'idée que les symptômes dépressifs expliquent en grande partie le lien entre solitude et déclin cognitif <sup>(89)</sup>. Pour d'autres, les symptômes psychologiques tels que les symptômes dépressifs n'expliquent pas ce lien, qui existe même après avoir contrôlé les effets de la dépression <sup>(90)</sup>.

Certaines études ont également tenté d'établir un lien bidirectionnel entre solitude et déclin cognitif, montrant que la solitude était associée à de moins bonnes capacités cognitives de base ainsi qu'à un déclin accéléré notamment des capacités mnésiques et de la fluidité verbale. Une association bidirectionnelle a été trouvée pour les capacités mnésiques <sup>(91)</sup>.

D'autres hypothèses ont été formulées afin de tenter d'expliquer la contribution de la solitude au déclin cognitif : premièrement, la solitude pourrait induire des réponses neuronales pouvant influencer le développement de maladies neuro-dégénératives <sup>(77)</sup>, deuxièmement il est possible que la solitude induise des comportements néfastes pour la santé (inactivité physique, alcoolisme, déséquilibre alimentaire...) pouvant tous, directement ou indirectement, affecter la santé cognitive <sup>(92)</sup>.

Quoi qu'il en soit, même si les relations causales entre déclin cognitif, isolement social et solitude ne sont pas encore entièrement comprises, la plupart des études s'accordent sur le fait que l'isolement et la solitude sont associés à un risque plus important de déclin cognitif.

#### **I.1.4.2. Interactions sociales et vieillissement de la mémoire**

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, les relations sociales sont un élément important du vieillissement en bonne santé, et des données probantes justifient l'utilisation d'interventions visant à réduire la solitude et l'isolement des personnes âgées.

Nous pouvons citer le dispositif national MONALISA (mobilisation nationale contre l'isolement des âgées), créé en 2014 et qui rassemble ceux qui font cause commune contre l'isolement des personnes âgées à travers un partenariat entre la société civile et la puissance publique (associations, collectivités, caisses de retraite...). Les formes d'actions sont très variées : sorties, visites, « bistrots mémoire », à travers toute la France <sup>(93)</sup>.

De multiples interventions sont donc créées, en France et ailleurs, afin de réduire cet isolement, de natures très variées. Les recherches concernant l'efficacité de ces interventions sont encore limitées, bien qu'en constante augmentation, mais certains principes de mesures efficaces sont ressortis de ces recherches <sup>(94)</sup> :

- Les interventions de groupe (par exemple programme d'exercice physique ou de développement des compétences) ont tendance à être plus efficaces que les interventions individuelles, probablement parce qu'elles offrent des possibilités de participation sociale mais également de créer de nouveaux liens sociaux.



- Les interventions participatives sont plus efficaces que celles qui ne le sont pas.
- L'accès à des aides techniques apporte un soutien social important.
- Faciliter l'accès, la confiance et les compétences dans l'utilisation des TIC (Technologies d'Information et de Communication) a également démontré son efficacité.

Afin d'essayer de mieux connaître ces diverses interventions, l'institut National de santé publique du Québec a effectué une étude en 2015, répertoriant les diverses interventions existantes ayant fait l'objet d'une étude, une quarantaine en tout, et leurs évaluations concernant leur efficacité <sup>(95)</sup>. Les interventions ont pu être classées en cinq catégories, toutes ciblant une population de personnes âgées à la retraite :

- Interactions sociales en contexte individuel
- Interactions sociales en contexte de groupe
- Activités et démarches collectives
- Bénévolat et aide informelle
- Engagement citoyen et militance

En ce qui concerne les interactions sociales en contexte de groupe, plusieurs ont été recensées dans cette étude, par exemple :

- Une étude sur des groupes de discussions thématiques (rôle social de la personne retraitée, leurs activités quotidiennes...). Les résultats montraient une amélioration notamment des contacts sociaux, du nombre d'activités de loisirs pratiquées, de l'estime de soi.
- Une étude sur des groupes de discussion d'éducation à la santé (participation sociale, problème de mémoire...). Les résultats ont montré un impact positif sur la perception du soutien disponible dans le groupe ainsi qu'une amélioration de la perception subjective de l'état de santé des participants.
- Une étude sur des groupes de cours de danse. Les résultats ayant montré une amélioration du sentiment de bien-être et du sentiment de solitude ainsi qu'une diminution des symptômes dépressifs.

Concernant la question plus spécifique de l'impact des interventions ciblant l'isolement sur le déclin mnésique, il existe pour l'instant peu d'études s'étant penchées sur l'amélioration des liens sociaux comme variable individuelle pouvant protéger du déclin mnésique. En effet, il est reconnu dans plusieurs études que les interventions amenant à une augmentation des liens sociaux améliorent l'intégration sociale et protègent du déclin cognitif chez les personnes âgées, mais la nature de l'intervention est prise en compte comme variable (par exemple l'exercice physique, groupes d'exercices cognitifs, apprentissages...). Bien que l'interaction sociale inhérente à ces interventions soit reconnue comme essentielle, son rôle direct et individuel dans la préservation de la mémoire n'est pas bien connu, et des études supplémentaires seraient nécessaires <sup>(96)</sup>.

## **I.2. Les ateliers mémoire**

En réponse au déclin cognitif lié à l'âge, notamment le déclin des capacités mnésiques, il existe des ateliers mémoire dont le but est la stimulation cognitive. L'atelier mémoire s'inscrit dans le cadre d'actions d'éducation pour la santé et de prévention. En effet, avec la prise de conscience des enjeux liés à la maladie d'Alzheimer, le sujet de la mémoire et de l'autonomie est devenu un sujet central dans la prise en charge des personnes âgées, raison pour laquelle de nombreux programmes de stimulation cognitive ont vu le jour, dont les ateliers mémoire. Il ne faut pas confondre stimulation cognitive, entraînement cognitif et réadaptation cognitive, toutes trois étant un type d'intervention cognitive dont les objectifs et les personnes auxquelles elles s'adressent diffèrent <sup>(97)</sup>.

Il existe de nombreux types d'ateliers mémoire, certains s'adressant à des personnes atteintes de troubles cognitifs (maladie d'Alzheimer ou autres pathologies), d'autres s'adressant à des personnes sans troubles cognitifs objectifs. Les ateliers mémoire étudiés dans ce travail de thèse, de par le public auquel ils s'adressent, des personnes retraitées volontaires n'ayant pas de troubles cognitifs connus, entrent dans la catégorie des programmes de stimulation cognitive.

### **I.2.1. La stimulation cognitive**

La stimulation cognitive est une approche non pharmacologique, développée pour améliorer la prise en charge des troubles cognitifs, notamment au cours du vieillissement normal et pathologique. Cela pourrait permettre aux sujets âgés de maintenir leurs capacités préservées, afin de prévenir un éventuel déclin cognitif et diminuer à long terme le risque de démence <sup>(97)</sup>. Parallèlement, la stimulation cognitive solliciterait des facteurs psycho-sociaux, comme la confiance en soi ou la motivation, et vise une amélioration globale du fonctionnement cognitif et social, sans objectif spécifique <sup>(98)</sup>.

La stimulation cognitive convient aux personnes en bonne santé cognitive, contrairement à la réadaptation cognitive. Comme décrit dans le chapitre dédié, la stimulation cognitive fait partie des interventions cognitives, et les ateliers mémoire, si l'on se fie à la description des différents types d'intervention existants, entrent dans la catégorie des interventions cognitives impliquant la pratique d'activités de loisirs cognitivement stimulantes <sup>(26)</sup>.

#### **I.2.1.1. Mécanismes sous-jacents**

Il est très probable, comme vu précédemment, que la stimulation cognitive fasse appel aux notions de réserves, cérébrale et cognitive, et que la participation à des activités de loisirs cognitifs après la retraite puisse changer la trajectoire du vieillissement cognitif via la formation d'une sorte de réserve tardive, indépendamment des autres facteurs pouvant influencer cette réserve, comme l'éducation, la stimulation intellectuelle reçue au cours de la vie... D'autres facteurs sont également étudiés dans ces interventions basées sur des activités de loisirs cognitifs, en dehors de ce concept de réserve, comme la dimension sociale existante dans ce

type d'intervention, qui pourrait participer aux résultats très prometteurs de ce type d'intervention <sup>(33) (42)</sup>. N'oublions pas également le rôle des activités de loisirs cognitifs sur des facteurs psycho-affectifs telles que l'estime de soi et la plainte mnésique <sup>(39)</sup>.

### **I.2.2. Les ateliers mémoire en pratique**

Les ateliers mémoire du type de ceux étudiés dans ce travail de thèse ont pour but de ralentir ou d'améliorer le déclin de la mémoire, mais également de repérer d'éventuels troubles mnésiques à leur début afin de pouvoir réagir plus rapidement <sup>(99)</sup>. Les activités proposées doivent être adaptées aux différents niveaux des personnes âgées afin de ne pas les ennuyer ou encore plus, de les décourager. En règle générale, les ateliers mémoire se font en petits groupes d'une dizaine de personnes maximum, en séance hebdomadaire de 1 à 2 heures. Plusieurs types de jeux et exercices y sont proposés, comme le sudoku, les mots-croisés, des jeux de société (par exemple les *7 familles*), des exercices de mémorisation, de réflexion <sup>(99)</sup>...

## II. Matériel et méthode

---

### II.1. Objectifs de la thèse

De nombreux types d'ateliers mémoire existent, ciblant des populations différentes et ayant par conséquent des objectifs différents. En outre, comme nous l'avons montré, il existe une multiplicité de facteurs neurologiques, cognitifs, psychologiques et sociaux qui influent sur la perte de mémoire. Il est donc complexe d'évaluer l'efficacité réelle des différents ateliers mémoire, et d'en adapter le format au type de public que l'on vise.

En particulier, les participants aux ateliers mémoire du type de ceux d'Oradour-sur-Glane et Saint-Junien ne sont pas des personnes âgées médicalement reconnues comme subissant une perte spécifique de mémoire. La fréquentation de ces ateliers repose essentiellement sur la motivation des participants. Il est donc nécessaire de s'interroger sur les déterminants de cette motivation si l'on veut évaluer et améliorer ces ateliers mémoire. Etant donnée l'importance de la socialisation dans la prévention de la perte de mémoire, mais également dans le bien-être et l'estime de soi des personnes âgées, on peut par exemple se demander quels bénéfices attendus des ateliers mémoire motivent les participants : est-ce la lutte contre le vieillissement cognitif lui-même ? Ou les contacts sociaux rendus possible par ces rendez-vous hebdomadaires ? D'autre part, comment la confrontation à des exercices pouvant présenter des difficultés pour les personnes âgées peuvent renforcer, ou au contraire, fragiliser leur confiance et leur estime de soi ?

Notre travail de thèse à travers une étude qualitative centrée sur les participants des ateliers mémoire de Saint-Junien et Oradour-sur-Glane, en Haute Vienne, a pour objectif principal de connaître les motivations des participants aux ateliers mémoire équivalents à ceux étudiés, et pour objectifs secondaires de savoir quels sont les bénéfices réels de ces ateliers pour les participants, et s'il est possible d'identifier des pistes d'amélioration dans la manière dont les ateliers sont organisés, et dans le public qu'ils ciblent.

Pour répondre à ces problématiques, nous avons décidé de réaliser une étude qualitative, auprès des participants, avec des entretiens individuels semi-directifs.

### II.2. Le guide d'entretien (annexe 1)

Il a été élaboré au préalable, en fonction de la problématique de la thèse. Il permet de suivre une trame lors des différents entretiens afin de garantir la reproductibilité des questions d'une personne à l'autre. Il comportait huit questions ouvertes, laissant une grande liberté de réponse et favorisant le dialogue. Le but était de récolter le plus grand nombre d'informations permettant de répondre à nos objectifs.

Le guide d'entretien a été conçu par mon directeur de thèse et moi-même. Un avis d'expert extérieur a été demandé sur la pertinence et la bonne compréhension des questions.

### II.3. Les ateliers mémoire

Après avoir contacté les animatrices par téléphone afin d'expliquer mon travail de thèse, je me suis rendue aux ateliers mémoire d'Oradour-sur-Glane, puis, la semaine suivante, de Saint-Junien.

Ils ont lieu les lundis après-midi, durant deux heures environ. Je suis restée durant ces deux heures, ce qui m'a permis de voir comment se déroulaient les ateliers, mais également de me présenter aux participants, d'expliquer mon travail de thèse. À l'issue de cette présentation, sur la base du volontariat, les participants me donnaient leur accord afin que je les contacte par la suite par téléphone, pour fixer un rendez-vous, afin que je puisse me rendre à leur domicile. Tous les participants présents le jour de ma venue pouvaient être inclus dans l'étude, les animatrices pouvaient par la suite, au cours d'autres séances, en parler à d'autres participants et me communiquer leurs coordonnées s'ils désiraient participer à l'étude.

Que ce soit à Oradour-sur-Glane ou à Saint-Junien, les ateliers mémoire sont organisés par l'AICAIRPA (Association d'Informations et de Coordination des Actions en faveur des Retraités et Personnes Agées), avec une cotisation annuelle de dix euros. Ils sont ouverts à tous les retraités, sur la base du volontariat, n'ayant pas de troubles connus de la mémoire. Les animatrices ont bénéficié d'une formation adaptée avant de commencer à animer les ateliers.

À Oradour-sur-Glane, la séance de deux heures était « coupée » en deux groupes d'une heure. Chaque participante avait l'habitude de venir à un des créneaux horaires. Il y avait en tout deux animatrices, mais une seule animait les deux groupes chaque semaine. Le jour de ma venue, chaque groupe était composé de quatre participantes. Toutes ont accepté de me recevoir à leur domicile afin de réaliser l'entretien. Il n'y a pas eu d'autres candidats par la suite. Au moment de ma venue, aucun homme n'était inscrit aux ateliers mémoire. Il manquait un petit nombre de participantes habituelles dans chaque groupe. Les participantes présentes le jour de ma venue étaient âgées de 66 à 93 ans.

Les activités proposées étaient diversifiées, comprenant des jeux de mots, de lettres, de chiffres. L'animatrice expliquait la « consigne », laissait quelques minutes aux participantes leur permettant de réfléchir à l'exercice proposé et de le faire en autonomie. Si besoin, l'animatrice pouvait donner quelques pistes afin d'aider à la réalisation si une participante le demandait. L'animatrice faisait par la suite la « correction » avec les participantes.

À Saint-Junien, la séance n'était pas « coupée » et durait donc deux heures environ avec l'ensemble des participantes, en nombre donc plus important. Les deux animatrices étaient présentes. Le jour de ma venue, il y avait sept participantes. Toutes ont accepté, dans un premier temps, de me recevoir à leur domicile. Par la suite, deux participantes ont finalement changé d'avis lors de mon appel permettant de fixer un rendez-vous. En revanche, deux autres participantes qui n'étaient pas présentes le jour de ma venue ont accepté de me rencontrer par la suite, leurs coordonnées m'ont été communiquées par une des deux animatrices. Tout comme à Oradour-sur-Glane, aucun homme n'était inscrit aux ateliers mémoire au moment

de ma venue à Saint-Junien. Il manquait également un petit nombre de participantes habituelles. Les participantes le jour de ma venue et pour les entretiens étaient âgées de 61 à 80 ans.

Les activités proposées par les animatrices à Saint-Junien étaient semblables à celles d'Oradour-sur-Glane, à l'exception d'une activité d'orthographe par dictée proposée au début de chaque séance. Le déroulé des séances était également similaire, les animatrices expliquant les exercices proposés, laissant quelques minutes de réflexion permettant aux participantes de faire l'exercice en autonomie, puis la correction était faite par la suite avec les participantes.

A l'issu des séances, une fiche signalétique (annexe 2) était remise aux participantes volontaires, renseignant leur identité, date de naissance, numéro de téléphone et adresse. Une fois cette fiche remplie, elles me la remettaient le jour-même afin que je puisse les contacter par la suite.

#### **II.4. Les entretiens individuels**

Les entretiens individuels ont été faits aux domiciles des participantes après que nous ayons fixé un rendez-vous ensemble par téléphone. Un seul entretien a été fait à Saint-Junien dans une cafétéria. Ils ont été réalisés à Oradour-sur-Glane au mois de décembre 2018 et à Saint-Junien entre les mois de février et avril 2019. Chaque entretien durait en moyenne 1h15. Chaque entretien était enregistré par deux dictaphones. Avant de débiter, le but du travail de thèse était à nouveau expliqué, et les participantes donnaient leur accord sur l'enregistrement de l'entretien.

#### **II.5. Recueil des données**

Les enregistrements audios de tous les entretiens ont été retranscrits dans leur intégralité afin de constituer les verbatims de l'étude. À partir de ces verbatims, l'analyse a été faite.

#### **II.6. Analyse des données**

Le logiciel NVivo conçu pour l'analyse qualitative a été utilisé pour réaliser les différentes étapes de cette étude.

##### **II.6.1. Analyse descriptive**

Dans un premier temps, à la lecture des verbatims, un codage ouvert a été réalisé : chaque idée nouvelle entraînait la création d'un code ou nœud descriptif. Le logiciel NVivo rattachait au nœud l'extrait sélectionné. Ainsi, chaque nœud était associé à un nombre de citations et un nombre de sources. Dans cette étude le nombre de sources était le nombre d'entretiens réalisés, c'est-à-dire quinze. Le nombre de citations était variable selon les codes.

Afin de limiter au maximum la subjectivité, un double codage en aveugle a été réalisé, les codes extraits par mon maître de thèse et moi-même ont été comparés, permettant de les affiner, retravailler, supprimer ou conserver.

À la fin du codage des verbatims, nous étions arrivés à saturation des données.

## II.6.2. Analyse axiale

Les codes descriptifs obtenus lors de l'analyse descriptive ont été ensuite regroupés par thèmes plus généraux appelés *ensembles*. Ces thèmes devaient permettre de répondre à l'objectif principal et aux objectifs secondaires de la thèse.

Tableau 1 : Caractéristiques des participantes

Codes	Fichiers	Références
<b>Vie sociale amicale et familiale</b>	15	157
Famille	15	36
Amitié	13	26
Solitude	13	26
Entente	11	15
Besoin	7	15
Contacts	7	11
Entraide	7	10
Soucis	4	4
Vie sociale	4	8
Sorties	3	6
<b>Activités</b>	15	55
Clubs	12	20
Vie quotidienne	6	6
Ménage	6	6
Bénévolat	5	6
Dynamisme	5	12
Occupation	3	3
Mots croisés	1	2
<b>Santé subjective</b>	14	61
Oublis	9	9
Plaisir	7	13
Dépression	6	8
Difficultés	6	8
Dynamisme	5	12
Santé	5	6
Autonomie	3	4
Bonheur	1	1
Age	7	17



<b>Métier</b>	7	12
Travail	4	7
Etudes	3	4
Intellectuel	1	1

Tableau 2 : Motivations de participation

Codes	Fichiers	Références
<b>Plainte mnésique</b>	15	65
Vieillesse	11	33
Oublis	10	16
Alzheimer	8	14
Aggravation	2	2
<b>Lutte contre l'isolement</b>	15	139
Lien social	12	40
Solitude	10	22
Retraite	9	22
Besoin	7	14
Contacts	6	8
Isolement	5	13
Rencontre	5	6
Campagne	3	7
Partage	2	2
Sorties	2	5
<b>Bénéfices attendus</b>	13	63
Bénéfices	10	19
Objectifs	8	15
Entretien	6	10
Capacités	5	7
Curiosité	4	4
Distraction	3	3
Stimulation	3	3
Obligation	2	2
<b>Plaisir intellectuel</b>	6	13
Besoin	6	13

Tableau 3 : Craintes des participantes

Codes	Fichiers	Références
<b>Perte de mémoire</b>	15	149
Mémoire	15	53
Alzheimer	9	15
Cerveau	7	11

Changement	7	7
Jeunesse	7	11
Capacités	6	8
Dépression	5	7
Fatalité	5	7
Soucis	5	5
Entretien	4	7
Soucis (2)	4	4
Vie quotidienne	4	4
Inquiétude	3	5
Démence	2	2
Aggravation	1	1
Anticipation	1	2
<b>Dépendance et déchéance</b>	15	90
Vieillesse	13	35
Dépendance	9	13
Stéréotypes	7	10
Mort	6	8
Déchéance	5	5
Dépression	5	7
Importance	5	6
Autonomie	3	4
Maison de retraite	2	2
<b>Solitude</b>	13	73
Solitude	11	23
Retraite	9	23
Isolement	5	13
Association	3	6
Campagne	3	7
Tristesse	1	1

Tableau 4 : Vécu au sein des ateliers mémoire

Codes	Fichiers	Référence
<b>Ambiance</b>	15	84
Entente	12	17
Amitié	10	20
Plaisir	9	16
Ambiance	8	9
Entraide	6	7
Groupe	4	4
Discussion	3	4
Solidarité	3	4
Convivialité	2	2
Echanges	1	1

<b>Etalonnage</b>	15	63
Comparaison	14	32
Age	6	16
Compétition	5	5
Niveau	5	10
<b>Exercices</b>	13	55
Objectifs	8	15
Réussite	8	12
Réflexion	7	9
Orthographe	4	4
Stimulation	4	4
Stimulation (2)	4	4
Stimulation (3)	3	3
Performance	2	2
Progrès	2	2
<b>Organisation</b>	6	12
Animatrices	6	12

Tableau 5 : Bénéfices ressentis

Codes	Fichiers	Références
<b>Plan intellectuel et de la mémoire</b>	15	130
Mémoire	14	48
Bénéfices	8	17
Jeux	7	8
Réussite	7	10
Cerveau	6	10
Réflexion	6	8
Capacités	5	7
Entretien	5	8
Progrès	4	4
Stimulation	4	4
Concentration	3	4
Amélioration	1	1
Démence	1	1
<b>Plan social</b>	15	76
Lien social	13	43
Solitude	11	24
Contacts	7	9
<b>Plan personnel</b>	14	76
Réassurance	12	17
Objectifs	8	15
Plaisir	8	14
Bien-être	5	9
Importance	5	6

Contentement	4	5
Estime de soi	4	4
Santé	4	5
Valorisation	1	1

Tableau 6 : Evolution attendue, souhaitée

Codes	Fichiers	Références
Changement	9	9
Animatrices	4	9

## III. Résultats

---

### III.1. Analyse descriptive

À partir des verbatims des 15 entretiens, 163 codes descriptifs ont été extraits.

### III.2. Analyse axiale

Suite à l'analyse descriptive, les 163 codes ont été regroupés dans 21 ensembles, eux-mêmes regroupés en 6 grands thèmes permettant d'identifier les caractéristiques des participants, leurs craintes vis-à-vis de l'avancée en âge et leurs motivations de participation aux ateliers mémoire, la manière dont ils vivent ces ateliers mémoire et les bénéfices ressentis.

#### III.2.1. Caractéristiques des participants

##### III.2.1.1. Profession exercée

Beaucoup ont évoqué leur métier passé au cours de l'entretien. Une diversité importante de métier a été retrouvée « *nous avions à Paris un restaurant avec mon mari* » « *j'étais aide-soignante* » « *j'ai travaillé avec les personnes âgées* » « *j'étais chef de projet dans une société à Limoges, j'étais assez haut placée* » « *je n'ai pas fait de grandes études, je me suis arrêtée au certificat d'études* ».

##### III.2.1.2. Activités et occupations

Au cours de l'entretien, les participantes étaient amenées à parler de leurs activités quotidiennes et leurs occupations. La plupart évoquait d'abord les tâches ménagères « *la vie quotidienne c'est les courses, la maison, les repas* » « *un peu de ménage et de cuisine* » « *je fais mes courses, mon ménage* » « *j'ai la maison, je fais aussi du jardinage* ».

La quasi-totalité des participantes se sont décrites comme « *très active* » « *pas mal occupée* » « *je ne suis pas du genre à rester inactive, j'ai toujours quelque chose à faire, et ça a toujours été le cas* » « *je fais toujours quelque chose* » « *j'ai beaucoup d'activités* ».

Elles ont également parlé de clubs « *alors, le lundi je vais à Oradour pour les ateliers mémoire, le mercredi je prends des cours de peinture, le jeudi je vais à la gym. Je fais de la marche avec mon mari, et je m'occupe beaucoup de mes petits-enfants. Si je pouvais je ferais plus* » « *je fais beaucoup de choses. Je fais de la natation, je marche, je vais au club du 3e âge où je fais du scrabble, je vais aux ateliers mémoire...* » « *le jeudi je vais au club du 3<sup>e</sup> âge* », de bénévolat « *je vais commencer à être bénévole à la SPA la semaine prochaine* » « *je fais du bénévolat pour un club de tricot* » « *je suis aussi bénévole aux restos du cœur* » « *Mon mari faisait partie de l'association des anciens d'Algérie et moi je faisais partie du bureau et j'en fais toujours partie. On a des réunions, on fait beaucoup de sorties, on organise des thés dansants...* ».

### III.2.1.3. Vie sociale, amicale et familiale

Les participantes avaient « *encore une vie sociale importante* » « *moi j'aime beaucoup les rencontres* » et certaines évoquaient leur vie sociale comme un besoin « *j'ai besoin de voir du monde, d'avoir souvent quelqu'un avec moi, quelqu'un que j'aime bien ou de ma famille* » « *à la retraite j'avais besoin de voir du monde, c'était presque vital pour moi* » « *parfois je vais au marché uniquement pour rencontrer des gens, boire un café, discuter* ».

Les relations d'amitié étaient également évoquées, et la plupart avait « *la chance d'avoir beaucoup d'amis* » « *j'ai des amis qui sont une famille pour moi* » « *on a plein d'amis, on est tantôt chez les uns, tantôt chez les autres* ». Une participante décrit même ses relations amicales comme salvatrices « *Ce qui m'a sauvée c'est que j'ai beaucoup bougé, j'avais beaucoup d'amis. Les relations avec les autres m'ont sauvée* », pour une autre ses relations amicales se sont faites grâce aux différents clubs « *En tous cas je vois beaucoup de monde maintenant, beaucoup d'amis du club, vous voyez tout à l'heure c'était encore une amie du club qui me téléphonait. Là avec le club je vois vraiment beaucoup de monde* ».

Concernant les liens familiaux, certaines évoquaient peu de famille « *j'avais deux frères qui sont décédés tous les deux* » « *je vais aussi voir ma fille, je n'en ai qu'une alors il faut bien que j'en profite* » « *je n'ai pas de famille, je suis fille unique* », pour d'autres en revanche, les liens familiaux étaient très présents dans leur vie quotidienne « *le mardi après-midi on va chercher nos deux petits-enfants à l'école. On s'occupe des devoirs. Mon mari emmène un de mes petits fils au judo le soir. Moi je fais les devoirs avec l'autre. Ils dorment à la maison le soir* » « *on s'occupe beaucoup de nos petits-enfants, c'est de la joie et du bonheur* » « *je prends aussi du temps pour voir ma famille, mes filles et mes deux petits-enfants, que je vois souvent. C'est que du plaisir d'être grand-mère* ».

Que ce soit concernant leurs relations amicales ou familiales, les notions d'entraide et de soutien étaient redondantes au cours des entretiens « *je m'entends très bien avec eux, on est très proches. On se soutient beaucoup. Et je pars souvent avec ma plus jeune fille* » « *on se retrouve assez fréquemment. On se soutient. On se retrouve au moins une fois par semaine* » « *on se voit très régulièrement, on est plutôt famille et soudé* » « *le côté famille est très important pour moi, on est très soudé* ».

### III.2.1.4. Sentiment d'isolement ou de solitude

De manière générale, au cours des entretiens, les participantes évoquaient un sentiment de solitude, plus ou moins présent « *la solitude me pèse* » « *je suis seule maintenant, je suis veuve* » « *c'est vrai que quand on se retrouve seule, la solitude ce n'est pas facile* » « *je suis seule alors je suis un peu triste parfois* » « *parfois, je me sens encore seule* » « *parfois je me sens seule, quand il y a des manques il y a des manques, c'est humain* ». Pour une mineure partie, il n'y avait aucun sentiment de solitude « *je ne me sens jamais seule, j'ai mes amis, mes enfants* », une participante évoque la solitude comme un choix personnel « *moi je pense être plutôt solitaire et autonome, je suis un peu ours, la solitude ne me gêne pas* ».

### III.2.1.5. Santé subjective

#### III.2.1.5.1. Santé globale

Sur le plan de leur santé d'un point de vue général, certaines se disaient en bonne santé « *je n'ai jamais été malade* », mais la plupart ont parlé de soucis de santé passés « *après vous savez j'ai eu quelques soucis de santé, ce qui est normal, on n'arrive pas à cet âge-là sans que ça se dégrade* » « *puis j'ai eu mes soucis de santé au moment où j'ai arrêté de travailler* » « *j'ai eu des soucis de santé qui font que j'ai arrêté de travailler* ».

Quelques participantes ont parlé de leur « âge subjectif », en soulignant « *dans ma tête je n'ai pas suivi mon âge* » « *dans ma tête je ne me sens pas vieille* ».

#### III.2.1.5.2. Plainte mnésique

A la question sur la manière dont elles percevaient leur mémoire, la quasi-totalité des participantes évoquaient des « *oublis* », en particulier sur « *les noms propres* », sans que ces oublis n'impactent leur vie quotidienne « *c'est curieux parce que j'ai l'impression que c'est surtout les noms propres que j'oublie* » « *j'essaie souvent de me rappeler des choses, surtout me remémorer des noms de personnes, parce qu'on a tendance à oublier facilement* » « *c'est vrai que maintenant j'ai tendance à oublier certains mots, surtout les noms propres* » « *j'oublie souvent les noms, mais je pense que c'est propre à mon âge* » « *parfois j'ai l'impression d'avoir des trous de mémoire, mais rien d'important, ça ne m'a jamais posé de problème dans la vie quotidienne* » « *bref, ma mémoire ne m'a jamais posé de problème dans ma vie quotidienne* » « *c'est vrai que maintenant quand je parle j'ai tendance à perdre certains mots, surtout les noms. Mais ça ne m'a jamais posé de problème dans ma vie quotidienne* » « *après je n'ai jamais eu de grosses pertes de mémoire non plus. Ça ne m'a jamais causé de problème dans ma vie de tous les jours par exemple* ».

### III.2.2. Craintes vis-à-vis de l'avancée en âge

Au cours de l'entretien, les participantes ont été amenées à parler de leurs craintes vis-à-vis de la vieillesse, notamment d'une éventuelle perte de mémoire, sujet de discussion qui a amené la plupart des participantes à parler d'autres craintes, comme la dépendance, la solitude.

#### III.2.2.1. Stéréotypes liés à l'âge

En premier lieu, le sujet de la vieillesse a soulevé chez la plupart d'entre elles, la question des stéréotypes liés à la vieillesse. Alors que certaines d'entre elles percevaient des stéréotypes « *à chacun son âge, et je pense que c'est la société qui veut ça* » « *on ne traite pas toujours bien les personnes âgées. Ce sont, on est "des vieux". Un jour je m'étais forcée à aller à une réunion tuperwar, j'avais l'impression que tout le monde pensait "toi tu es vieille de ton temps c'était comme ça"* » « *parfois je dis des mots et après je me dis que j'ai pas à les dire, parce*

*qu'il y a des mots et des pensées qu'on ne peut plus avoir quand on vieillit », d'autres s'excluaient de la catégorie des « personnes âgées » dont elles avaient une perception particulière « pour moi les personnes âgées c'est une catégorie à part » « mais je trouve que maintenant les personnes âgées sortent beaucoup plus qu'avant, font plus de choses, et sont moins en marge. Mais j'en connais aussi qui ne cherchent pas à sortir, qui s'encroûtent, moi j'appelle ça comme ça » « mais vous savez moi-même il m'arrive de voir certaines personnes âgées et de me dire "oh non je ne veux pas être comme ça !" » « moi je sais que parfois je peux être intolérante avec les personnes âgées ».*

### **III.2.2.2. Mémoire et vieillissement**

#### **III.2.2.2.1. La perte de mémoire : une crainte**

*La grande majorité des participantes avouaient des craintes vis-à-vis de leur mémoire, et parlaient de leur « jeunesse » en comparaison « quand j'étais plus jeune je ne pensais pas à ma mémoire, jamais. Maintenant par contre ça me préoccupe. J'ai peur de perdre la mémoire. Vieillir ne me fait pas spécialement peur, la mort ne me fait pas peur. Mais perdre la mémoire ça me fait peur » « ma mémoire c'est plus comme avant c'est sûr. J'ai toujours eu une bonne mémoire » « Quand j'étais jeune vous savez j'avais une excellente mémoire, tout le monde le savait. Et je ne pensais pas du tout au fait de perdre la mémoire, je savais juste que j'avais une bonne mémoire » « ce qui me fait le plus peur c'est de perdre mes capacités cognitives » « Quand j'étais plus jeune je n'y pensais pas tellement, mais maintenant je pense beaucoup plus à la mémoire ».*

#### **III.2.2.2.2. Mémoire et autonomie**

*Pour la plupart, la mémoire est importante pour l'autonomie et pour bien vieillir « si un jour je devais perdre la mémoire je serais complètement à la charge de mes enfants » « la mémoire c'est indispensable pour l'autonomie » « je tiens à garder ma mémoire, c'est important » « avoir une bonne mémoire c'est important pour bien vieillir et pour garder son autonomie » « vieillir correctement ce n'est pas possible sans mémoire ».*

#### **III.2.2.2.3. La perte de mémoire : une fatalité ?**

*Pour quelques participantes, la perte de mémoire en vieillissant est une fatalité « je sais qu'avec l'âge la mémoire diminue et que l'on n'y peut rien » « je pense que ça va arriver de toutes façons, en vieillissant le cerveau vieillit, c'est comme ça » « la mémoire n'est forcément plus la même en prenant de l'âge », pour d'autres en revanche, perdre la mémoire en vieillissant n'est pas une obligation « Mais je ne pense pas pour autant que les gens en vieillissant doivent forcément perdre la mémoire, même si le cerveau vieillit ça c'est sûr » « je ne pense pas qu'on perde forcément la mémoire en prenant de l'âge, mais pourquoi pas moi ? » « il y a des gens qui gardent toutes leurs capacités intellectuelles pendant très longtemps », et pour ces participantes essentiellement, « entretenir » et « faire travailler » sa mémoire est important « et puis je pense que la mémoire c'est une obsession quand on vieillit, on a tellement peur de la maladie d'Alzheimer, on en côtoie on en connaît. Donc j'essaie de*



*l'entretenir » « ma mémoire de toutes façons j'essaie de la faire travailler souvent » « si on ne fait rien pour entretenir sa mémoire, ça doit décliner beaucoup » « pour moi faire travailler sa mémoire c'est bien » « Il faut commencer tôt pour que ça se dégrade pas trop. Il faut commencer tôt à la faire travailler je pense ».*

#### **III.2.2.2.4. Vieillesse, mémoire et peur de la maladie d'Alzheimer**

Lorsqu'elles évoquaient leurs craintes vis-à-vis de leur perte de mémoire, une crainte associée qui revenait très souvent dans la discussion était celle de la maladie d'Alzheimer et de la démence en général « *et puis quand j'oublie des choses je me dis quand même parfois que je n'aimerais pas avoir Alzheimer ou des choses comme ça » « et surtout comme je suis toute seule je ne veux pas être une charge pour mes enfants. Si j'ai Alzheimer je suis un boulet » « mais si on m'annonçait un jour que j'ai un Alzheimer, ça me ferait beaucoup plus peur que si on m'annonçait un cancer... Parce que c'est la dépendance » « d'où vient cette maladie d'Alzheimer ? Il y en a des gens qui perdent la mémoire... Ça c'est la peur... Vieillir en perdant la mémoire, ça me fait peur ».* Certaines justifiaient cette peur par une expérience de cette maladie dans l'entourage « *et puis mon père a eu un Alzheimer, on se dit toujours que ça peut être héréditaire » « autour de moi beaucoup de femmes ont Alzheimer » « mais j'y fais très attention, parce qu'autour de moi, pas dans ma famille, j'ai été confrontée à la maladie d'Alzheimer et c'est quelque chose qui fait peur ».*

#### **III.2.2.3. Peur de la dépendance**

Beaucoup de participantes évoquaient leur peur de la « dépendance » voire de la « déchéance » « *la crainte que je peux avoir c'est de ne plus être autonome, de devoir dépendre de quelqu'un » « vous savez pour moi il faut vieillir sans être dépendant, c'est ça qui est important » « j'ai peur d'être gravement malade, de ne plus pouvoir faire ce que j'ai envie de faire, de la dépendance ».* La peur du placement en institution a également été évoquée à plusieurs reprises « *moi quand je pense à la vieillesse ce que je me dis c'est que je ne voudrais jamais aller en maison de retraite » « je ne me verrais pas du tout aller en EHPAD par exemple, ça non ».*

#### **III.2.2.4. Peur de la solitude et de l'isolement**

La peur de la solitude et de l'isolement avec l'avancée en âge était rapportée par la plupart des participantes, et beaucoup faisaient un lien avec l'arrivée en retraite « *la solitude m'a fait peur arrivée à la retraite » « j'ai donc pris ma retraite tôt, j'avais très peur de me sentir seule » « donc après, je me suis retrouvée à la retraite dans ma campagne, mon mari travaillait encore, en plein hiver. Je me suis nourrie avec beaucoup de livres. Quand mon mari partait le matin, je me disais "mais qu'est-ce que je vais faire de ma journée ?" » « la retraite ne me faisait pas peur, mais j'y pensais quand même. J'avais peur de ne plus voir personne »*

### III.2.3. Motivations de participation aux ateliers mémoire

Les participantes ont dans un premier temps répondu à une question sur la manière dont elles avaient eu connaissance de l'existence des ateliers mémoire. Pour certaines, c'est un membre de leur entourage, famille ou ami(e), qui leur en a parlé, participant eux-mêmes aux ateliers mémoire « *c'est par elle que j'ai appris l'existence des ateliers mémoire. Elle m'a dit que plutôt que de jouer seule chez moi, je ferais mieux d'aller là-bas* » ou n'y participant pas mais encourageant la participation « *ma fille m'a dit que ce n'était pas possible que je reste enfermée comme ça, qu'il fallait que j'y aille* », la plupart des participantes ont appris leur existence par elles-mêmes, en se renseignant « *toujours est-il que je me suis dit, il faut que je trouve une association ou un club, alors j'ai cherché* ». Enfin, pour quelques-unes, c'est en allant au « forum des associations » « *les ateliers mémoire c'est venu après, il y a 4 ans, j'en ai entendu parler au forum des associations* » « *quand j'étais à la retraite depuis 1 an et demi il y a eu le forum des associations organisé par la mairie* ».

#### III.2.3.1. Le lien social

Dans cette partie de l'entretien portant sur les motivations de participation aux ateliers mémoire ainsi que les bénéfices attendus par les participantes, le thème du lien social a été très présent.

Pour certaines et même la plupart, c'était la motivation principale lorsqu'elles ont commencé leur participation « *j'ai commencé quand ma fille est partie, avant de me sentir seule, et ça a bien rempli le rôle que j'attendais* » « *c'est pour ça que je me suis inscrite à ces clubs, ces associations, pour voir du monde* » « *avancer, rencontrer des gens, parler* » « *l'objectif d'abord c'était de me distraire, voir du monde* » « *en tous cas, si je vais à ces ateliers, ce n'est pas tellement pour la mémoire, mais plutôt pour voir les autres, pour avoir des contacts avec les gens* » « *même si c'était plus pour les contacts sociaux, le but premier c'était ça, passer une après-midi à voir des gens. Et les autres associations auxquelles je participe c'est pour ça aussi* » « *Je me suis dit que ça me ferait pas de mal et que ça me ferait encore de la compagnie* », et bon nombre d'elles évoquaient le départ à la retraite comme une motivation supplémentaire « *depuis le début de ma retraite j'ai cherché à participer à des clubs. Les ateliers mémoire j'y ai participé tout de suite* » « *dès la retraite j'ai commencé mes activités, je ne pouvais pas rester sans rien faire* » « *avec mon mari, depuis que nous sommes partis à la retraite, on fait partie de plusieurs clubs* » Quelques participantes ont également parlé de « *curiosité* » de « *loisir* » « *j'y suis allée pour voir un peu* » « *au début c'était pour voir ce qu'il s'y passait* » « *voir ce qu'il s'y passait, la curiosité* » « *au début j'y suis allée pour me trouver un loisir* ».

#### III.2.3.2. Motivations en lien avec la mémoire

Peu de participantes évoquaient leur mémoire comme une réelle motivation de participation aux ateliers mémoire.

### III.2.3.2.1. Crainte d'une maladie d'Alzheimer

Un petit nombre évoquait à nouveau leurs craintes d'une « *démence* » ou d'une « *maladie d'Alzheimer* » afin de justifier leur participation aux ateliers mémoire, en particulier des participantes qui avaient des expériences de démence ou de maladie d'Alzheimer dans leur entourage « *je me soucie de ma mémoire depuis que j'ai vu cette collègue se dégrader de la sorte. Et puis aussi depuis que je suis toute seule. J'y pense quand même de plus en plus. D'où l'atelier mémoire !* » « *Quand je vois les gens qui ont perdu la mémoire tout ce qu'ils faisaient intellectuellement... Je n'y crois pas trop. Mais je crois quand même que de les voir ça m'a poussée à m'y inscrire aux ateliers* » « *Et je crois au fait que de participer aux ateliers mémoire peut retarder la venue d'une démence ou d'une maladie d'Alzheimer.* ».

### III.2.3.2.2. Entretien de la mémoire

Pour un petit nombre également, les motivations de participation étaient de « *garder* » ou « *entretenir* » leur mémoire, mais également « *d'anticiper* » une éventuelle perte de mémoire « *mais là maintenant je retourne aux ateliers mémoire. Parce que je tiens à garder ma mémoire.* » « *tout ça pour dire que ma mémoire je veux la garder au maximum. C'est aussi pour ça que je vais aux ateliers.* » « *ce ne sont pas des pertes de mémoire importantes, rien de grave, mais il faut peut-être l'entretenir aussi* » « *parce que j'avais parfois des oublis des choses comme ça, je me suis dit qu'il fallait anticiper.* » Une participante évoque le besoin d'une activité « *intellectuelle* », comme une motivation première à l'inscription aux ateliers « *moi il me fallait une activité un peu "intellectuelle", j'avais besoin de ça* ».

## III.2.4. Vécu des ateliers mémoire

Après avoir évoqué leurs motivations premières de participation aux ateliers mémoire, les participantes ont été amenées à parler de la manière dont elles vivent les séances, que ce soit l'ambiance, l'entente entre les participantes, les animatrices, les éventuels sentiments de comparaison ou de compétition.

### III.2.4.1. Ambiance, entente au sein du groupe

La totalité des participantes s'accordaient sur la « *bonne ambiance* » au sein du groupe « *nous sommes un petit groupe où il y a une bonne ambiance, on ne se prend pas la tête, on plaisante, et ça aussi c'est agréable.* » « *et puis l'ambiance est très bonne. On s'entend tous bien* », et soulignaient la « *bonne entente* » entre les participantes « *je m'entends bien avec les autres personnes qui participent à l'atelier* » « *on s'entend bien au sein du groupe* » « *puis je m'y suis sentie bien aux ateliers. Je me suis bien entendue avec les gens là-bas* » « *en tous cas dans l'ensemble je m'entends avec tout le monde là-bas* ».

La plupart soulignent cependant qu'elles n'ont pas de relation avec les participantes en dehors des séances « *on s'entend super bien, mais on ne se voit que là-bas* » « *mais les autres participants on s'entend bien, mais je ne les vois pas à l'extérieur* » « *non, on ne se voit qu'aux ateliers. Je pense qu'on ne se refait pas d'amis à cet âge- là. On se côtoie, au club, à la gym,*

*l'ambiance est bonne. Mais c'est tout. » « je n'ai pas lié d'amitié vraiment avec les participantes. ». « mais je ne me suis pas fait forcément d'amis là-bas. »*

Les participantes évoquent presque toutes le plaisir « d'échanger » de « discuter » « *on est pas nombreuses dans notre groupe, ce qui nous permet de parler et d'échanger* » « *ça fait une petite sortie, c'est une heure, on discute* » « *ça nous permet de nous voir, de parler de plein de choses* ».

La notion d'entraide est également revenue très fréquemment au cours des différents entretiens « *Il y a une bonne cohésion, tout le monde s'entraide* » « *Il y a parfois une dame à côté de moi qui n'arrive pas à faire certaines choses, je l'aide* » « *si quelqu'un ne sait pas un autre l'aide un peu. On s'entend bien.* ».

#### **III.2.4.2. Sentiment de comparaison, de compétition**

Une minorité de participantes expriment quelques difficultés au cours de certains « *exercices* », qu'elles expliquent par leur niveau d'études « *parfois elles ne se rendent pas compte qu'il y a certaines choses que suivant le niveau d'instruction on ne peut pas réussir à faire les mêmes choses que d'autres qui étaient par exemple infirmières* » « *je me suis dit que je manquais de vocabulaire et de beaucoup de choses de par mon niveau d'études* », ce qui peut engendrer un sentiment d'échec et d'infériorité « *parce-que du coup certaines dont moi, on se sent en difficulté et en échec par rapport à d'autres* » « *parfois elles vont un peu vite, et comme je vous disais c'est parfois un peu compliqué* ».

La grande majorité des participantes affirme l'absence de « *comparaison* » ou « *compétition* » au sein du groupe « *on se prend tous d'égal à égal* » « *on est très soudé, il n'y a pas de comparaison.* » « *Il n'y a jamais de comparaison entre les gens.* » « *on ne porte pas de jugement sur les autres là-bas. On s'entraide. Il n'y a jamais de comparaison* » « *Il y a des jours où on est plus performant que d'autres jours, mais on n'est pas là pour juger les autres. Il ne faut pas que ce soit une compétition* » « *bien qu'il n'y ait aucune compétition entre nous !* ».

Quelques participantes évoquent le contraire « *vous allez en voir une, je la croyais pas comme ça... Elle fait son exercice, et quand elle a fini elle ferme son cahier. Je pense qu'elle a un petit ego* » « *en fait, ce que je reproche à certaines personnes, c'est que certaines se sentent en compétition par rapport à leur niveau intellectuel* ».

Cette discussion sur d'éventuels sentiments de comparaison ou compétition a amené les participantes à parler de leurs ressentis quant à leur niveau à elles, et finalement, bien que la grande majorité affirme l'absence de comparaison au sein du groupe, la plupart des participantes au cours des entretiens en sont quand même venues à se comparer aux autres, d'abord pour un petit nombre sur la question de leur âge « *la première fois je me suis dit "elles sont vieilles toutes ces dames"* » « *ce sont des personnes qui sont plus âgées que moi* » «

*elles me disent que c'est parce que je suis la plus jeune. C'est vrai que je suis la plus jeune »  
« on est deux ou trois à être un peu plus jeunes ».*

Par ailleurs, la quasi-totalité des participantes se sont comparées aux autres en ce qui concerne la réussite aux exercices, soit en se « valorisant » pour environ la moitié d'entre elles « *Il y a parfois une dame à côté de moi qui n'arrive pas à faire certaines choses, je l'aide* » « *je pense faire moins de fautes que les autres, je vais un peu plus vite* » « *moi aussi j'ai une petite satisfaction quand je réussis mieux que certaines !* » « *mais c'est vrai qu'il y a plusieurs niveaux, moi je fais les exercices rapidement, ça m'amuse* » « *en tous cas, mon amie et moi nous finissons toujours les exercices les premières* » « *les exercices qu'on fait aux ateliers je n'ai en général aucun problème pour les réussir. Que ce soient les lettres, les chiffres... Il y en a une à l'atelier qui déteste les chiffres* » « *parfois je trouve des choses plus vite que les autres* ».

Les autres exprimaient plus un sentiment d'échec : « *ce qui m'angoisse aussi c'est quand je vois que tout le monde a fini et que moi je suis encore au début* » « *le travail que l'on fait ça nous fait beaucoup réfléchir, et parfois je n'y arrive pas* » « *parfois elles vont un peu vite, et comme je vous disais c'est parfois un peu compliqué.* » « *je comprends pas toujours tout surtout en calcul* ».

### **III.2.4.3. Les animatrices**

La grande majorité des participantes ont, au cours des entretiens, parlé des animatrices « *les bénévoles qui font ça, je les admire* » « *on doit beaucoup à la personne qui nous fait le cours, qui anime l'atelier* » « *la qualité des animatrices me convient bien* » « *c'est très bien ce qu'elles nous font faire* » « *nous avons deux animatrices d'une grande patience, et c'est très convivial* » « *Il y a une très bonne ambiance, et ça vient aussi des animatrices* » « *celles qui organisent sont sympas* »

### **III.2.5. Bénéfices ressentis depuis la participation aux ateliers mémoire**

L'entretien a amené les participantes à réfléchir aux éventuels bénéfices ressentis depuis qu'elles participent aux ateliers mémoire, sur différents plans, que sont le plan social, le plan personnel et le plan intellectuel et de la mémoire.

#### **III.2.5.1. Sur le plan social**

La grande majorité des participantes ont exprimé le bénéfice ressenti sur le plan social, la participation aux ateliers permettant de « *voir du monde* » « *être en contact* » avoir du « *lien social* » « *voir d'autres personnes* » « *voir du monde ça me fait du bien. Je me sens moins isolée* » « *on retrouve des gens et c'est un plaisir* » « *et ça fait voir du monde, on rigole, il y a une bonne ambiance* » « *le lien social que nous apportent ces ateliers est important pour moi* » « *c'est vrai que ça me sort, ça me fait voir d'autres personnes* » « *je suis contente d'y aller, de voir toutes ces personnes* » « *je vais au club mémoire qui me permet de ne pas être*

*déconnectée avec l'extérieur » « ça me permet de voir d'autres personnes » « ces ateliers m'apportent un bien-être, parce que je vois du monde » « je vois beaucoup de monde depuis que je vais à ces clubs » « et puis là-bas je vois du monde et ça me fait du bien » « ça nous permet de nous voir, de parler de plein de choses » « le contact est agréable. Notamment dans ces ateliers mémoire ».*

### **III.2.5.2. Sur le plan personnel**

Lorsque nous avons évoqué, au cours de l'entretien, les bénéfices ressentis par les participantes de leur participation aux ateliers sur un plan personnel, celles-ci ont évoqué presque unanimement un sentiment de réassurance sur leurs capacités, allant pour certaines jusqu'à un sentiment de valorisation, de fierté, ou encore de contentement de soi *« je me sentais parfois un peu... nulle... Et maintenant, avec ces ateliers mémoire, je me dis que je suis capable de me mettre à un autre rang, que je suis capable de faire des choses avec mon cerveau » « déjà ça rassure. On s'aperçoit qu'on est encore capable de faire des choses » « je vois que je me débrouille bien encore, même dans les grilles, les mots fléchés... ça me rassure » « ça me valorise quand j'arrive à faire les exercices, ça me rassure. Je me dis que j'arrive encore à faire des choses » « je suis contente quand je reviens chez moi et que j'ai réussi, ça me rassure » « je suis fière et rassurée d'arriver à faire les exercices ».*

Pour un petit nombre de participantes, la participation aux ateliers mémoire et la réussite ou non aux *« exercices »* influent sur l'estime qu'elles ont d'elles-mêmes, de manière positive *« avec ces ateliers mémoire, je me dis que je suis capable de me mettre à un autre rang, que je suis capable de faire des choses avec mon cerveau. Ces choses-là sont nécessaires pour la santé et pour l'estime de soi »* mais également de façon négative *« parfois ça me désespère quand je n'y arrive pas. J'aurais tendance à me dénigrer ».*

Une petite majorité de participantes évoque un sentiment de *« plaisir »* induit par la participation aux ateliers, que ce soit par le biais des exercices proposés *« et ça me fait plaisir d'y arriver » « mais c'est un plaisir et ça m'a obligée à faire travailler mon cerveau » « et c'est un plaisir de chercher » « faire des exercices ça me plaît beaucoup »* ou par celui du lien social *« ça me fait plaisir de les voir. C'est la convivialité » « on retrouve des gens et c'est un plaisir »,* mais également de *« bien-être » « la dernière fois j'ai réussi tous les problèmes de logique. Et j'en suis contente. Je me sens bien. Je suis contente de moi, alors je me sens mieux » « ces ateliers m'apportent un bien-être, parce que je vois du monde, parce que ça me fait travailler » « voir du monde ça me fait du bien » « j'ai constaté que voir du monde j'en avais besoin et ça me faisait du bien » « ça me fait du bien ».* Une participante évoque même un sentiment de *« bonheur » « c'est vraiment une heure de bonheur pour moi ».*

### **III.2.5.3. Sur le plan intellectuel et de la mémoire**

Concernant les bénéfices ressentis par les participantes sur le plan intellectuel et de la mémoire, pour la quasi-totalité, la participation aux ateliers mémoire ne pourrait pas empêcher une *« démence »* une *« perte de mémoire »* ou *« Alzheimer »* : *« mais je n'y crois pas du tout pour la mémoire » « mais honnêtement, je ne crois pas que ça puisse retarder une perte de*

*mémoire s'il doit y en avoir une » « je ne pense pas que ça influe sur la mémoire » « quand je vois les gens qui ont perdu la mémoire tout ce qu'ils faisaient intellectuellement... Je n'y crois pas trop » « mais je ne pense pas que ça puisse avoir une réelle influence sur la mémoire et sur le fait de la perdre ou pas » « mais je ne pense pas que ça puisse empêcher quelqu'un de perdre vraiment la mémoire » « par contre ce que je pense, c'est que le fait de faire les petits jeux que nous faisons aux ateliers, de faire des mots croisés, d'entretenir sa mémoire, ça ne changera absolument rien si je dois avoir Alzheimer » « je sais pertinemment que ça ne changera rien si je dois devenir démente » et elles ne percevaient pas de réel changement sur le fonctionnement de leur mémoire « je ne vois pas de changement dans ma mémoire depuis que j'y participe » « pour moi ça n'a rien changé pour ma mémoire » « je ne peux pas dire que ça renforce la mémoire » « pour moi c'est un leurre un peu la mémoire ».*

Pour les autres en revanche, c'est-à-dire un tout petit nombre, les ateliers mémoire pourraient empêcher une perte de mémoire « *moi je pense que ça peut éviter une perte de mémoire liée à l'âge* » « *je me suis dit qu'il fallait agir si ça peut servir à quelque chose, et j'y crois* » et pour une participante les ateliers ont amélioré sa mémoire « *je trouve que les ateliers l'ont bien améliorée* ».

Quoiqu'il en soit, pour toutes les participantes, même si la participation aux ateliers n'empêcherait pas, selon elles, une perte de mémoire, elles ont évoqué au cours de l'entretien des bénéfices sur le plan intellectuel.

Le terme « *entretenir* » est revenu à de nombreuses reprises « *ça permet d'entretenir la mémoire de toutes façons* » « *ça me donne une petite activité intellectuelle qui permet de m'entretenir un peu* » « *si on ne fait rien pour entretenir sa mémoire ça doit décliner beaucoup* » « *ça m'entretient et ça me rassure* » « *ça entretient ce dont je suis capable de faire* », mais également la notion de « *faire travailler son cerveau* » « *c'est toujours bien de faire travailler son cerveau* » « *j'ai toujours aimé faire travailler mon cerveau* » « *ça m'oblige à faire travailler mon cerveau* » « *ça me fait un peu travailler intellectuellement* » « *quand on arrive à un certain âge, il ne faut pas se laisser aller, il faut continuer à faire travailler son cerveau* ». Pour certaines, les ateliers mémoire permettent une « *stimulation* » « *donc les ateliers ça me stimule et ça me plaît* » « *mais moi ça me permet de réfléchir, de trouver de nouveaux mots parfois, de corriger mes fautes d'orthographe, ça me stimule* ».

Un petit nombre a également évoqué des bénéfices sur la « *concentration* » « *ça apprend à se concentrer* » « *depuis que j'y vais je me trouve plus concentrée* » « *c'est très intéressant dans le sens où ça permet de se concentrer* ».

La notion de progrès est revenue fréquemment au cours des entretiens, certaines participantes évoquant les progrès ressentis au fil des séances sur le plan intellectuel « *j'ai l'impression de progresser au fil des séances* » « *je fais moins de fautes maintenant, j'ai fait des progrès je trouve* » « *je trouve que certains jeux j'ai progressé depuis que j'y vais* ».

### III.2.6. Evolution souhaitée

À la fin de l'entretien, les participantes étaient amenées à parler d'éventuels changements qu'elles souhaiteraient pour les ateliers mémoire. Toutes ont été unanimes, aucun changement n'était souhaité « *tout est très bien* » « *c'est très bien ce qu'elles nous font faire* » « *ça me convient très bien* » « *même si je pouvais je ne changerais rien à ces ateliers, c'est parfait* » « *ça me plaît beaucoup comme ça* » « *ça me fait du bien donc je ne changerais rien* ».



## **IV. Analyse et discussion**

---

15 entretiens ont été réalisés, comprenant 8 entretiens à Oradour-sur-Glane et 7 entretiens à Saint-Junien. Les interviewées étaient exclusivement des femmes, aucun homme ne participant aux ateliers mémoire des deux villes au moment de ma venue.

Comme dans toutes études, notre étude comporte des limites et biais que nous avons tenté d'identifier et d'expliquer.

### **IV.1. Limites de notre étude**

#### **IV.1.1. Limites liées à la méthodologie**

Nous pouvons tout d'abord identifier des limites liées à la méthodologie. Il existe tout d'abord un biais lié à mon manque d'expérience concernant la réalisation des entretiens, ce qui a pu aboutir à quelques difficultés, notamment des difficultés à recentrer l'interviewée sur un thème précis, à reformuler certaines questions, à préciser une idée... Ces difficultés rencontrées peuvent laisser penser que certains thèmes n'ont pas toujours été abordés dans leur totalité au cours des entretiens. Dans le même esprit, il a pu exister également un biais d'intervention, avec un risque d'orienter le dialogue selon mes propres opinions.

Nous pouvons également trouver des limites liés à l'environnement dans lequel s'est déroulé l'entretien. Le choix s'était porté sur des entretiens faits au domicile des participantes, notamment pour plus d'intimité et de convivialité, ce qui a pu avoir comme conséquences des interruptions (téléphone, intervention d'un proche...) modifiant le cours de l'entretien.

Il existe également des limites liées à l'enregistrement des entretiens, ce qui a pu pour certaines participantes induire une certaine gêne et donc une modification du discours. Afin d'éviter cela, les participantes étaient prévenues à l'avance de l'enregistrement, et le dictaphone était mis dans un endroit le plus discret possible.

#### **IV.1.2. Limites liées aux interviewées**

Il y a des biais d'information. En effet, toutes les données recueillies sont déclaratives, ce qui peut laisser place à une part de dissimulation ou d'omission. Le but des entretiens individuels, contrairement à des focus groups, était de limiter ce biais, en permettant à chaque participante de s'exprimer librement en évitant au maximum la peur du jugement, la timidité... Les participantes ont toutes semblé à l'aise et franches au cours des entretiens.

Les entretiens ne se déroulant pas tous les mêmes jours, il a pu exister un « effet de contamination », les participantes interrogées ayant pu apprendre à l'avance par les autres

l'objet exact de l'étude et les thèmes de l'entretien, leur permettant d'y réfléchir, rendant les réponses moins spontanées.

#### **IV.1.3. Limites liées à l'analyse des données**

Des erreurs ont pu être faites lors de la retranscription des entretiens, avec des passages moins audibles que d'autres. Les passages inaudibles ont toutefois été inexistantes et la quasi-totalité des propos a pu être recueillie. Il est également possible que certains propos aient été inconsciemment interprétés.

Il existe un biais d'interprétation, qui a été néanmoins limité par la réalisation d'un double-codage en aveugle et une bonne concordance lors de la mise en commun.

### **IV.2. Description des participantes**

#### **IV.2.1. Activités et vie sociale**

Au cours des entretiens, les participantes ont été amenées à se décrire dans leur vie de tous les jours, avec leurs occupations, leurs loisirs, leur vie sociale amicale et familiale. Beaucoup ont évoqué leur passé, leurs métiers mais également leurs craintes éventuelles notamment vis-à-vis de l'avancée en âge. Le thème de la mémoire était bien évidemment essentiel, ainsi que le sujet des ateliers mémoire, leurs motivations, leurs attentes et les bénéfices ressentis.

Concernant la description des participantes, de nombreux points communs étaient retrouvés d'une participante à l'autre au cours des différents entretiens.

Il est déjà possible de souligner la place importante de la vie sociale pour la quasi-totalité des participantes, certaines employant même le terme de « *besoin* » de vie sociale. L'importance et la qualité des relations amicales étaient plus constantes que celles des relations familiales, certaines participantes évoquant peu de liens avec leur famille. Quoi qu'il en soit, la qualité des relations sociales, amicales, familiales était décrite comme bonne par les participantes, celles-ci voyant dans ces relations de l'entraide et du soutien.

Il est possible de mettre en relation l'importance pour elles de la vie sociale et leur mode de vie passé, notamment le métier exercé. Bien que les participantes aient exercé des métiers très différents les unes des autres, il s'agissait pour la plupart de métier où les relations avec autrui étaient très présentes (nous pouvons citer des métiers comme le commerce, la restauration) voire primordiales (certaines ont travaillé comme aide-soignante, aide à domicile). Il existait également une diversité importante dans le niveau d'études des

participantes, allant de métiers nécessitant le certificat d'études à des métiers comme « *chef de projet* ».

Il est difficile en revanche d'établir une corrélation entre l'importance de la vie sociale et leur lieu d'habitation passé et présent, certaines ayant toujours habité au même endroit, que ce soit au cours de leur vie professionnelle ou à la retraite, d'autres venant d'une « grande ville » (comme la région parisienne) et s'étant installée en Haute-Vienne à la retraite, en général pour des raisons d'attaches familiales. Concernant le lieu d'habitation actuel des participantes, toutes les interviewées vivaient dans une maison individuelle, au cœur d'Oradour-sur-Glane ou de Saint-Junien ou dans la périphérie proche. Une minorité vivait dans une maison plus isolée.

Il est important de souligner, concernant l'importance pour elles de la vie sociale, que pour la plupart cela a toujours été le cas au cours de leur vie, ce qui explique peut-être le choix de leur métier, qui implique des relations avec autrui. Il semble donc que cela soit plus en rapport avec un trait de personnalité qu'avec un choix récent de développer une vie sociale dans les suites d'un changement de vie, comme l'arrivée à la retraite, par exemple. En revanche, la cessation de l'activité professionnelle était pour les participantes un tournant dans leur vie sociale, avec une volonté de maintenir des liens sociaux à tout prix, par l'engagement dans de nouvelles activités « *dès la retraite* », activités dont les ateliers mémoire faisaient partie. La plupart avaient anticipé ce maintien des liens sociaux avant qu'elles n'en ressentent le « manque », en réfléchissant à ce qu'elles pourraient faire après, lorsque leur période de vie active touchait à sa fin.

Un autre point commun entre les participantes a pu être mis en évidence, se rapprochant de l'importance d'une vie sociale, qui est le grand nombre d'activités pratiquées, en dehors des activités quotidiennes qu'elles ont également évoquées (les courses, le ménage). Rares étaient celles qui ne parlaient pas de leurs activités de loisirs quasi-quotidiennes, comme le club du 3<sup>e</sup> âge, le club de gymnastique, le club de marche, mais également des cours de peinture, des cours de langue, des cours de natation... Beaucoup également parlaient d'activités de bénévolat. Elles se décrivaient ainsi pour la plupart comme « *très active* », et soulignaient, tout comme l'importance de leur vie sociale, que cela avait « *toujours été le cas* ». La participation aux ateliers mémoire n'était donc pas leur seule activité. Nous pouvons donc faire un parallèle entre ce besoin d'activités diverses et variées et le besoin d'une vie sociale, les participantes soulignant les liens sociaux apportés par ces activités, en dehors du fait que ça leur permettait de ne pas « *rester inactive* ». Pour certaines, l'adhésion à certains clubs n'a pas commencé à la retraite, puisqu'elles se décrivaient comme déjà impliquées dans une vie associative au cours de leur vie active.

En parallèle de cette vie riche en liens sociaux et activités, nous pourrions nous attendre à ce que les participantes répondent par la négative à la question sur un éventuel sentiment d'isolement ou de solitude. Une minorité seulement disait ne ressentir aucun sentiment de solitude. Pour les autres, ce sentiment était plus ou moins présent, surtout exprimé chez les participantes vivant seules (veuvage ou divorce). Pour aucune des participantes ce sentiment

n'était envahissant dans leur vie quotidienne, et pour la plupart ce n'est pas un sentiment d'isolement ou de solitude qui les a poussées à pratiquer des activités. A noter quelques exceptions, très peu nombreuses, qui ont justifié la participation à des clubs, notamment les ateliers mémoire, par la présence d'un sentiment de solitude. Ces mêmes participantes pratiquaient d'ailleurs, contrairement à la plupart, peu d'activité en dehors des ateliers mémoire, ce qui peut être expliqué par le fait que la participation aux ateliers mémoire a été pour elles la décision d'une tierce personne (qui y participait elle-même) plus qu'une décision personnelle.

Il est possible que la participation à une multitude d'activités ne soit pas la résultante d'un sentiment de solitude ou d'isolement présent, mais la résultante d'une crainte de la solitude ou de l'isolement, chez ces personnes ayant toujours eu des liens sociaux et ayant toujours été très actives.

#### **IV.2.2. Les participantes et leur mémoire**

Dans la description que les participantes ont pu faire de leur mémoire au cours des entretiens, là encore les discours ont été très ressemblants d'une personne à l'autre.

Elles ont évoqué une plainte mnésique, portant essentiellement sur les noms propres, sans que cela n'ait d'impact sur leur vie quotidienne. Aucune n'a exprimé de réelle inquiétude concernant l'état actuel de sa mémoire. En revanche, là encore, la plupart avouaient des craintes concernant une éventuelle perte de mémoire future. Beaucoup de participantes reliaient la perte de mémoire à la maladie d'Alzheimer, qui a également été un sujet très redondant au cours des entretiens, certaines évoquant même des souvenirs douloureux, ayant côtoyé de près cette maladie. Un lien peut donc être fait chez ces participantes entre la plainte mnésique et une anxiété vis-à-vis de la maladie d'Alzheimer, anxiété bien présente à partir d'un certain âge. Le lien de causalité n'est en revanche pas évident, la crainte de la maladie d'Alzheimer chez ces participantes l'ayant côtoyée de près pouvant engendrer une plainte mnésique, et la présence d'oublis au quotidien, même peu envahissants, pouvant exacerber une anxiété vis-à-vis de la maladie d'Alzheimer.

Quoi qu'il en soit, pour les participantes, même si la plainte mnésique était pour toute de faible intensité, la crainte d'une perte de mémoire future était bien présente. Beaucoup ont d'ailleurs rappelé au cours de l'entretien l'importance de la mémoire dans la vie quotidienne, afin de maintenir un bon niveau d'autonomie, une des craintes revenant très souvent étant celle de la dépendance, voire pour certaines de la déchéance, pouvant accompagner l'avancée en âge.

Il est difficile d'établir un lien entre le mode de vie passé des participantes, l'intensité de la plainte mnésique et leurs craintes. Il existait chez les participantes une diversité importante de métiers, certains n'étant pas, à première vue, des métiers faisant beaucoup appel à la mémoire, bien que les participantes, elles, établissaient toutes un lien entre leur métier et l'importance d'une bonne mémoire.

### **IV.3. Les ateliers mémoire vus par les participantes**

#### **IV.3.1. Connaissance de leur existence**

A la question sur la façon dont elles ont eu connaissance de l'existence des ateliers mémoire, aucune participante n'a répondu avoir cherché spécifiquement un club, un atelier, dans le but de faire travailler sa mémoire, ce qui laisse présager de leurs motivations premières. Les modes de connaissance étaient assez variés. Pour la mineure partie chez qui l'inscription aux ateliers mémoire était motivée par un sentiment de solitude, c'est un membre de leur entourage qui a poussé à la participation, constatant ce sentiment de solitude. Il s'agissait soit d'un membre de leur famille (enfant) ne participant pas aux ateliers mémoire mais cherchant une activité qui pourrait rompre cette solitude, soit d'une connaissance, d'une amie, participant déjà aux ateliers mémoire. Pour les autres participantes, c'est en participant à d'autres activités, comme le club du 3<sup>e</sup> âge ou encore le forum des associations, qu'elles ont entendu parler des ateliers mémoire. Pour la majorité, la participation aux ateliers mémoire s'inscrit donc dans un état d'esprit de « dynamisme » et de volonté de participation à de multiples activités.

#### **IV.3.2. Motivations de participation**

Bien que les participantes aient évoqué une plainte mnésique, ainsi que des craintes liées à la perte de mémoire, il n'y en a que très peu qui ont justifié leur inscription aux ateliers mémoire de cette manière. Pour la plupart, l'inscription aux ateliers s'inscrivait dans leur volonté et leur besoin de vie sociale, d'activités, de loisirs. Un grand nombre évoquait le départ à la retraite comme une motivation supplémentaire, afin d'anticiper un éventuel sentiment de solitude ou d'isolement. Pour quelques-unes seulement, leur mémoire et leur intellect étaient leur motivation première, plus par crainte d'une démence ou d'une maladie d'Alzheimer (notamment chez celles en ayant côtoyées) ou pour « maintenir » leur mémoire et leur intellect, que pour améliorer une mémoire qu'elles trouvaient défaillante. Par conséquent, seules ces dernières attendaient un bénéfice sur le plan cognitif avant leur participation, ce qui ne veut pas dire qu'elles seront les seules à ressentir un bénéfice après plusieurs séances de participation. Il est néanmoins possible, compte tenu de la présence presque unanime d'une crainte liée à la perte de mémoire, que certaines participantes n'aient pas souhaité évoquer cette motivation, par pudeur.

#### **IV.3.3. Vécu des ateliers mémoire**

Les participantes ont été unanimes en ce qui concerne l'ambiance des ateliers mémoire. Toutes semblaient avoir un sentiment d'appartenance à un groupe, l'appartenance signifiant selon Muchielli "sentir le groupe dans lequel on se trouve et se sentir soi-même de ce groupe"<sup>(100)</sup>. Un grand nombre de participantes a d'ailleurs fait référence à la notion de groupe, incluant les notions d'entraide et de solidarité. Ces notions, indispensables au sentiment d'appartenance au groupe, faisaient à première vue référence au but cognitif des ateliers mémoire, les participantes évoquant l'entraide, la solidarité, au cours des « exercices » proposés. Ainsi, alors même que la plupart des participantes semblaient accorder plus d'importance aux liens sociaux apportés par ces ateliers mémoire lorsque nous avons parlé

des motivations premières à leur participation, elles n'ont pas hésité à parler du versant cognitif des ateliers mémoire comme d'un but commun. Il est difficile de savoir si ce versant cognitif des ateliers mémoire avait son importance avant la participation, ce qui signifierait que les participantes ne souhaitent pas l'exprimer, ou qu'il a pris de l'importance au fil des séances.

Les participantes ont pour la plupart affirmé l'absence de comparaison ou de compétition entre elles au cours des séances concernant la réussite aux « exercices », mettant en avant la bonne ambiance et la bonne entente des participantes au sein du groupe. Néanmoins, au cours de la discussion, la quasi-totalité d'entre elles se comparaient à d'autres en ce qui concerne leurs propres compétences. Ceci est en accord avec la théorie de la comparaison sociale avancée par Festinger en 1954<sup>(101)</sup>, qui stipule que l'homme a besoin de s'auto-évaluer en ayant recours à la comparaison avec autrui. Cette comparaison, portant sur la réussite aux exercices ou encore la rapidité avec laquelle les exercices sont faits, amenait les participantes soit à un sentiment de fierté personnelle avec valorisation, soit à un sentiment d'échec engendrant une certaine angoisse. On peut penser que cette comparaison représentait une motivation à la poursuite des séances, certaines participantes ne cachant par leur volonté de « faire mieux » que certaines qu'elles considéraient comme plus performantes. Cette volonté de mieux faire passait par des « objectifs » pour la séance d'après, ou encore par des « entraînements » à la maison entre les séances. On peut penser que cette comparaison à autrui témoigne de l'angoisse de la part des participantes de perdre leurs capacités cognitives.

Bien qu'elle puisse paraître anodine voire « scolaire », cette comparaison avec autrui est importante au sein des ateliers mémoire, influant sur l'estime de soi. La valeur de soi est un aspect important des processus adaptatifs à tous âges de la vie, et notamment chez les adultes âgés où elle représente un aspect central du « vieillissement réussi »<sup>(102)</sup>. Se comparer de façon « descendante », c'est-à-dire avec des participantes considérées comme moins performantes, influe de manière positive sur l'estime de soi. L'estime de soi est connue pour être fortement corrélée négativement à l'anxiété, la dépression et l'isolement<sup>(103)</sup>, eux-mêmes corrélés au vieillissement cognitif. De nombreux facteurs interviennent en effet dans les trajectoires du vieillissement cognitif et peuvent les modifier. La dépression et l'anxiété sont ainsi associées, outre l'estime de soi, à la plainte mnésique subjective elle-même corrélée aux performances mnésiques objectives. Il est donc légitime de penser que, bien que tous les liens de causalité ne soient pas établis, le fait de se comparer aux autres et notamment de se trouver plus performant que d'autres, influe de manière positive sur la trajectoire du vieillissement cognitif.

La question de l'estime de soi est une question complexe, faisant intervenir de nombreux facteurs et ayant de nombreux impacts, à tous âges. La qualité des relations sociales est un des facteurs déterminant de l'estime de soi, avec une relation de réciprocité. Pour la plupart, les principaux bénéfices des ateliers mémoire étaient d'ordre social, les séances permettant de « voir du monde » de « discuter » « échanger ». De nombreuses études ont établi un lien entre l'isolement social et le déclin mnésique. Bien que les mécanismes sous-jacents ne soient pas encore bien compris, l'isolement social et la solitude sont associés à un déclin cognitif accéléré. Il semblerait donc que la personnalité des participantes, associée pour la plupart à une vie sociale riche et satisfaisante sur un plan fonctionnel, puisse les protéger d'un déclin

cognitif. Les participantes ont exprimé les bénéfices sur le plan social des ateliers mémoire, qui vont certainement au-delà de ce qu'elles imaginent, ignorant le lien existant entre les interactions sociales apportées par les ateliers mémoire, et les performances cognitives.

Bien que l'importance des liens sociaux apportés par les ateliers mémoire ait été exprimée par les participantes, ces liens ne semblaient pas dépasser, pour beaucoup d'entre elles, le cadre des ateliers mémoire. Toutes étaient satisfaites des relations entretenues avec les autres au cours des séances, mettant en avant la bonne ambiance, l'entraide, les échanges, les discussions... En revanche, pour la plupart, elles ne se côtoyaient pas en dehors des ateliers mémoire, à l'exception des participantes qui se connaissaient et se côtoyaient avant d'y participer. En d'autres termes, les séances ne permettaient pas de tisser de véritables liens d'amitié. Cette constatation peut à première vue sembler paradoxale, la motivation première de participation étant les liens sociaux. Il est possible que les participantes ne ressentent pas réellement le besoin de créer de nouveaux liens d'amitié, compte tenu, pour la plupart, d'une vie amicale riche en dehors des ateliers. Notons qu'il était fréquent que les participantes aient d'autres activités en commun (par exemple le « club du troisième âge ») et que par conséquent elles se fréquentent beaucoup au cours d'une semaine. Les liens tissés ne dépassent pour autant pas le cadre des ateliers mémoire ou autre club, exception faite des participantes se connaissant autrement. Il semble donc exister chez les participantes une sorte « d'amitié associative », ne se basant pas forcément sur des affinités personnelles.

#### **IV.3.4. Bénéfices ressentis par les participantes**

La plupart des participantes ne croyaient pas à l'impact que peut avoir les ateliers mémoire sur leurs capacités cognitives avant leur participation. Toutes ressentent néanmoins des bénéfices sur le plan intellectuel en général mais pas spécifiquement dans le domaine de la mémoire pour la plupart d'entre elles.

Le sentiment évoqué presque unanimement était celui de « réassurance » sur leurs capacités cognitives et mnésiques. Ce sentiment de réassurance peut paraître paradoxal, d'une part parce que les participantes ne semblaient pas inquiètes de leurs capacités mnésiques actuelles, et d'autre part parce que le but premier de participation ne semblait pas être en rapport avec leurs capacités mnésiques. Ce sentiment de réassurance peut être expliqué par la notion de « menace du stéréotype », qui est une situation dans laquelle une personne court le risque de confirmer un stéréotype négatif (ici, le déclin des capacités mnésiques avec l'avancée en âge) relatif à un groupe auquel elle appartient <sup>(104)</sup>. Cette « menace » peut être de différents types, allant d'une menace très explicite à une menace plus subtile. Les ateliers mémoire peuvent constituer une menace « subtile » de par leur dénomination et le public concerné. Il est en effet possible de comprendre que les personnes à partir d'un certain âge perdent leurs capacités mnésiques, d'où la mise en place d'ateliers spécifiques.

Il a été prouvé au cours de plusieurs études que la menace du stéréotype a des effets délétères sur les personnes âgées, notamment sur leurs performances cognitives, car, entre-autres, elle est source d'anxiété <sup>(105)</sup>. Nous pouvons donc imaginer que le fait de participer à des ateliers mémoire a été source d'anxiété pour les participantes, indépendamment de l'existence d'une

inquiétude concernant leur propre mémoire, par peur de constater effectivement des problèmes à la réalisation des exercices, ce qui confirmerait le stéréotype selon lequel les personnes en vieillissant perdent leurs capacités mnésiques. À l'inverse, le sentiment de « réassurance » exprimé par les participantes proviendrait d'une diminution de cette anxiété grâce à la réussite des exercices proposés.

Ce sentiment de réassurance semblait être important pour toutes, et de ce sentiment ont découlé plusieurs sensations de bénéfices ressenties sur le plan intellectuel. Une grande majorité a en effet exprimé des bénéfices ressentis comme la concentration, le maintien de leur intellect, une meilleure capacité de réflexion. Certaines constataient même des progrès personnels au cours des séances. En revanche, en ce qui concerne la mémoire, la plupart s'accordaient sur le fait que la participation aux ateliers ne pourrait pas empêcher une « *démence* » une « *perte de mémoire* » ou « *Alzheimer* », ce qui ne semblait pas les freiner dans leur participation ni même les décourager. Ce qui semblait le plus important était la réassurance, qui allait pour certaines jusqu'à un sentiment de valorisation, de fierté, de contentement de soi, induits par la menace du stéréotype.

En dehors des bénéfices ressentis sur le plan intellectuel, les participantes ont bien entendu mis en avant les bénéfices ressentis sur le plan social, ce qui est en accord avec la personnalité des participantes et leurs motivations premières de participation.

Enfin, pour toutes les participantes ou presque, aucun changement n'était à apporter dans l'organisation, les séances, les « exercices » proposés au cours des ateliers mémoire. Un tout petit nombre a évoqué des « *groupes de niveaux* », notamment celles à qui il arrivait de temps en temps de se sentir moins performantes que les autres. Cette proposition montre l'importance de la performance intellectuelle, de la réussite et de la comparaison aux autres au cours des séances, alors même que cela ne semblait pas d'une importance considérable, tout du moins au début des entretiens.



#### **IV.4. Les ateliers mémoire : une aide pour un vieillissement cognitif réussi ?**

Nous discuterons exclusivement des ateliers mémoire d'Oradour-sur-Glane et Saint-Junien et de ceux faits sur le même modèle. Ce sont des ateliers animés par des bénévoles, dont la participation se fait sur la base du volontariat, destinés aux personnes retraitées indemnes de troubles cognitifs connus. Les séances se déroulent de manière hebdomadaire, à raison d'une heure environ par séance, au cours desquelles sont proposés des exercices variés, de logique, de calcul, d'orthographe... Il existe d'autres types d'ateliers mémoire, comme ceux organisés pour les personnes atteintes de troubles cognitifs avérés, pouvant se dérouler en institution.

Il est possible jusqu'à un âge avancé de changer les trajectoires du vieillissement cognitif. De nombreux facteurs influencent ce vieillissement, comme le mode de vie, les interactions sociales, l'entraînement cognitif, notamment par le biais des réserves, cérébrale et cognitive. Les ateliers mémoire ont été conçus dans cet état d'esprit là, leur but étant la stimulation cognitive par le biais de jeux (mots croisés, sudoku, jeu de société), d'exercices de mémorisation, de réflexion, de calcul...

Il n'a pas semblé évident, au cours des entretiens, que les participantes voient dans ces jeux et exercices un moyen de ralentir un éventuel déclin mnésique, ni même que le but de leur participation était celui-là. Nous pouvons effectivement nous poser la question du réel intérêt des ateliers mémoire en tant qu'outil de stimulation cognitive, ou des changements qu'il serait éventuellement possible d'apporter dans ce but-là.

Si l'on se fie à la littérature disponible sur le sujet de l'entraînement cognitif, il existe quatre principales méthodes d'intervention. Les interventions purement cognitives, à savoir les interventions basées sur l'apprentissage de techniques de mémorisation ou celles basées sur l'entraînement de la mémoire de travail et du contrôle attentionnel, semblent avoir de bons résultats sur l'amélioration des performances mnésiques ou le ralentissement du déclin mnésique. Ces interventions ressemblent davantage à des « entraînements intensifs » que les ateliers mémoire, qui entreraient plus dans la catégorie des interventions cognitives basées sur des activités de loisirs, qui elles aussi ont fait leurs preuves. Plusieurs hypothèses peuvent être émises quant à la manière dont les ateliers mémoire peuvent influencer la trajectoire du vieillissement cognitif, autrement que par les exercices et jeux en eux-mêmes.

Le lien social apporté par ces ateliers mémoire est indéniable, reconnu et recherché par les participantes. Les relations sociales peuvent influencer positivement le déclin cognitif des personnes âgées par le biais entre autres des réserves cognitive et cérébrale, même en les débutant à un âge tardif. Les interactions sociales au sein des ateliers mémoire représentent un paramètre important pour les participantes, et, certainement sans que celles-ci n'en aient conscience, ont une grande importance pour leur santé cognitive. Ces relations sociales sont très probablement une condition nécessaire à l'impact cognitif positif des ateliers mémoire.

Si l'on considère les facteurs pouvant influencer les trajectoires du vieillissement cognitif, la grande majorité des participantes ont, en dehors des ateliers mémoire et de par leurs

personnalités, plus de chances d'avoir un vieillissement cognitif « réussi ». Il s'agit en effet de personnes ayant une vie sociale, amicale, familiale, riche, engagées dans de nombreuses activités. Ce facteur peut influencer le déclin cognitif, et ce d'autant plus qu'il s'agit d'un trait de personnalité ancien chez la plupart, qui ont été toujours actives socialement. À partir de là, même si les ateliers mémoire leur sont quoi qu'il en soit bénéfiques, une question peut être soulevée : est-ce vraiment les personnes âgées qui en ont le plus besoin qui y participent ? Si l'on considère que les interactions sociales apportées par ces ateliers mémoire ont une grande importance pour influencer le vieillissement cognitif des participantes en dehors des exercices proposés, ne serait-il pas intéressant que des personnes âgées n'ayant que peu d'interactions sociales, celles étant isolées ou ayant un réel sentiment de solitude y participent ?

La participation aux ateliers mémoire se faisant sur la base du volontariat, il est aisé de comprendre pourquoi nous y retrouvons, excepté un petit nombre, des personnes actives socialement, qui n'ont de cesse de trouver des clubs, associations, ou toute autre activité pouvant satisfaire leurs besoins de relations sociales. Partant de ce constat, quelles solutions peut-on proposer afin que les ateliers mémoire soient fréquentés également par une population différente, qui puisse profiter des bienfaits, notamment cognitifs, apportés par les interactions sociales ? Cette question fait écho à une question importante, pour laquelle de nombreuses recherches et propositions de solutions sont en cours, comment rompre l'isolement de la personne âgée ?

En ce qui concerne les ateliers mémoire, beaucoup de participantes ont appris leur existence par le biais du forum des associations, ou encore parce qu'elles en ont entendu parler lors de la participation à d'autres clubs. Pour résumer, elles en ont appris l'existence parce qu'elles sont à la recherche de ce type d'occupation, ce qui n'est bien entendu pas le cas d'une personne isolée socialement. Comment ces personnes-là pourraient-elles en apprendre l'existence et comment leur donner envie d'y participer ? Les médecins traitants semblent être bien placés pour cela et jouent un rôle essentiel. La proximité avec leurs patients leur permet de bien les connaître, de dépister un isolement social ou un sentiment de solitude. La relation de confiance entretenue avec les patients et le poids de leurs conseils font des médecins traitants les personnes les mieux placées pour inciter à la participation des personnes âgées qui n'y penseraient pas par elles-mêmes, malgré le bénéfice qu'elles pourraient en tirer.

Faire connaître l'existence des ateliers mémoire et inciter des personnes âgées en situation d'isolement à y participer est primordial, afin de cibler un public chez qui les bienfaits cognitifs apportés par les ateliers mémoire de par les interactions sociales, prendraient tout leur sens. De façon plus générale et pour élargir la question du bienfait des interactions sociales en prévention du déclin cognitif lié à l'âge, les personnes âgées isolées socialement doivent être incitées à participer à des clubs, associations, ou toute autre activité leur permettant d'acquérir des liens sociaux. Différentes problématiques méritent néanmoins d'être soulevées dans cette optique-là, comme celle du transport des personnes isolées vers les ateliers mémoire ou autre, son remboursement éventuel, notamment dans les zones rurales ou semi-rurales. Le médecin traitant joue un rôle essentiel dans cette prévention et dans l'incitation à la participation. Pour cela il doit connaître les différentes possibilités d'activités existantes à proximité et être

sensibilisé au bienfait des interactions sociales sur la cognition, afin de pouvoir inciter les personnes âgées à acquérir des liens sociaux.

À côté des relations sociales, les aspects intellectuels et cognitifs dans les ateliers mémoire paraissent également importants pour les participantes, et ce alors que ces aspects n'étaient que peu présents dans leurs motivations de participation. Les exercices proposés sont semblables à Oradour-sur-Glane et à Saint-Junien. Ils font appel à la mémoire, à la réflexion, à la logique, au sens de l'orthographe, aux capacités en mathématique. Il est certain que des exercices et jeux faits régulièrement ne peuvent qu'être bénéfiques intellectuellement en permettant de stimuler certaines fonctions cognitives, comme les capacités de raisonnement, de logique, de concentration. Certains de ces bienfaits ont d'ailleurs été reconnus par les participantes, qui se trouvaient notamment plus concentrées, avec de meilleures capacités de réflexion.

La stimulation cognitive est en plein essor comme moyen thérapeutique non médicamenteux chez les personnes atteintes de démence, les résultats étant plutôt favorables sur la cognition globale <sup>(106)</sup>. La question de savoir si le déclin cognitif peut être inversé ou reporté dans une population vieillissante sans troubles cognitifs grâce à des programmes de stimulations cognitives a fait l'objet de nombreuses études, l'opinion générale des chercheurs est plutôt optimiste <sup>(107)</sup>. À noter cependant le grand nombre de méthodes de stimulations cognitives existantes, pouvant compliquer leurs études. Une étude comportant des mesures cognitives objectives avant et après plusieurs séances de participation aux mêmes ateliers mémoire d'Oradour-sur-Glane et Saint-Junien serait intéressante afin de se faire une idée de leur efficacité réelle sur les performances mnésiques et cognitives. Au-delà de l'effet des exercices en eux-mêmes sur la cognition, d'autres aspects des ateliers mémoire, satellites de la réalisation des exercices, méritent d'être abordés.

Tout d'abord, réaliser des exercices pour lesquels une seule solution existe, dont le but est de la trouver, dans un temps limité, tout cela en groupe, amène les participantes à se comparer entre elles sur leurs réussites, comme cela pourrait se faire dans une classe d'école. Les participantes semblaient considérer cette comparaison comme quelque chose de négatif, puisque la quasi-totalité, bien que leurs discours aillent dans le sens contraire, affirmaient spontanément l'absence de comparaison entre elles. Toutes étaient néanmoins capables de se comparer à d'autres avec précision, sur leurs capacités respectives, le temps nécessaire pour terminer les exercices... Comme nous l'avons évoqué, ces possibilités de comparaison sont importantes et sont bénéfiques sur le plan psychologique, et, par lien de cause à effet, cognitif. La valorisation apportée par une comparaison « descendante » induit une augmentation de l'estime de soi, qui est essentielle à un vieillissement « réussi ». L'estime de soi peut influencer sur la trajectoire du vieillissement cognitif, par le biais de multiples facteurs, comme la dépression, l'anxiété, les interactions sociales, la plainte mnésique... À contrario, des comparaisons « ascendantes » peuvent être néfastes sur la cognition, par le biais des mêmes facteurs. Il est donc essentiel de prendre en compte l'existence de cette comparaison, son importance, et son impact sur les participantes. Il est important de souligner que la comparaison était bénéfique pour la plupart des participantes, trouvant toujours un domaine de compétence qu'elles affectionnaient plus que d'autres. Le travail des bénévoles animatrices

prend ici toute son importance. La diversité des jeux et exercices proposés permet la comparaison, chaque participante se trouvant plus performante dans un domaine précis. Il est donc essentiel de continuer à proposer cette diversité, et même, pourquoi pas, d'ajouter des domaines de compétence afin que chaque participante puisse se sentir valorisée. Il est également essentiel pour les animatrices des ateliers mémoire de savoir repérer les comparaisons, les domaines affectionnés par chacune, mais également d'éventuels sentiments d'échec qui pourraient influencer sur le sentiment d'estime de soi. Tous ces aspects peuvent faire partie des difficultés d'animation d'un atelier mémoire, qui justifient l'existence de formations spécifiques.

Il ne faut pas négliger l'impact que peut avoir sur les participantes le fait de participer à un club appelé « atelier mémoire ». Par certains aspects pourtant, on pourrait penser que les participantes interrogées se sont inscrites aux ateliers mémoire comme elles se seraient inscrites au club du 3<sup>e</sup> âge ou à un club de marche, par exemple. Elles sont pourtant rassurées sur leurs capacités mnésiques et cognitives en général, après plusieurs séances de participation. Nous retrouvons là le concept de « menace du stéréotype » et rappelons l'importance pour les participantes de ne pas confirmer le stéréotype selon lequel les capacités mnésiques et cognitives s'altèrent en vieillissant. Le lien entre cette menace et un sentiment d'anxiété n'est pas négligeable, tout comme le lien entre anxiété et déclin cognitif. Le sentiment de réassurance induit par la réussite aux tâches proposées a toute son importance. Il est donc important que les participants à de tels ateliers stimulent leurs capacités cognitives par la réalisation de jeux et d'exercices, mais également qu'ils puissent continuer à être rassurés sur celles-ci, en réussissant les exercices proposés. Là encore, l'importance de la compétence des animatrices prend tout son sens. Il ne suffit pas de proposer des exercices trop simples que tout le monde réussira, afin que les personnes âgées puissent être rassurées. Cela induirait davantage un sentiment d'infantilisation voire d'humiliation, qui irait bien au-delà des bénéfices cognitifs engendrés par un sentiment de réassurance.

De nombreux aspects des ateliers mémoire rendent compte de l'importance des compétences des animateurs. Il existe de nombreux types d'ateliers mémoire, impliquant d'autres profils d'animateurs, recevant très certainement des formations différentes. Animer un atelier mémoire destiné à des personnes atteintes de troubles cognitifs est une « mission » différente de celle d'animer un atelier mémoire avec des personnes autonomes, sans troubles cognitifs objectivés, comme à Oradour-sur-Glane ou Saint-Junien, où il serait intéressant de s'entretenir avec les animatrices. Plusieurs questions peuvent effectivement être soulevées, en lien avec la question de l'intérêt des ateliers mémoire. Est-il possible de se rendre compte, au fil des séances, d'une diminution éventuelle des capacités cognitives chez un participant ? Cela pourrait être un aspect intéressant des ateliers mémoire proposés à des personnes sans troubles cognitifs. Les animatrices sont-elles également formées dans ce sens ? Si tel est le cas, un lien existe-t-il entre les animatrices et les médecins traitants, afin de pouvoir donner l'alerte sur un changement cognitif constaté et considéré comme « inquiétant » ?

## Conclusion

---

Face au vieillissement de la population, le « bien-vieillir » constitue un enjeu fondamental des politiques socio-médicales. Ce souci du « bien-vieillir » implique de tenir compte des aspects physiques du vieillissement, mais également de ses aspects cognitifs. En particulier, le déclin des capacités mnésiques s'impose comme une cible de prévention à privilégier, et les « ateliers mémoire », dans toute leur diversité, constituent dans ce cadre un mode de stimulation cognitive pertinent. Cependant, leurs effets réels sur la prévention du vieillissement mnésique sont encore mal connus. En effet, le vieillissement mnésique est un phénomène complexe, qui se manifeste selon différentes dimensions : neurobiologique, cognitive, psychologique et sociale. En conséquence, les différents types d'ateliers mémoire, qui suivent chacun une organisation et des objectifs qui leur sont propres, sont susceptibles de jouer diversement sur le "bien-vieillir". Or, l'optimisation médico-sociale de ces ateliers mémoire demande une connaissance fine des bénéfices réels qu'en tirent les personnes âgées. Ce travail de thèse s'est donc proposé d'étudier, du point de vue des participants, un type spécifique d'atelier mémoire, ciblant des personnes âgées à la retraite, sans troubles cognitifs avérés, dont la participation se fait sur la base du volontariat. L'objectif était de dégager les motivations des participants, et les bénéfices que ces derniers en tirent.

Le profil de ces participantes s'est avéré être sociologiquement assez homogène : il s'agissait majoritairement de personnes retraitées dynamiques et socialement actives, impliquées dans de nombreuses autres activités, comme des clubs du troisième âge. De manière très marquante, la participation aux ateliers mémoire était justifiée, de manière très claire dans la plupart des cas, par ce besoin de socialisation. Corrélativement, la perte objective de mémoire n'était pas leur motivation principale, et les participantes n'étaient pas convaincues des bienfaits des séances sur leurs capacités mnésiques. Cependant, et il s'agit là d'un point important pour la question de l'intérêt des ateliers mémoire comme outil de stimulation cognitive, ce résultat n'indique pas pour autant que ces dernières n'aient exprimé aucun bénéfice d'un point de vue intellectuel et mnésique. Bien au contraire, il est important de mettre l'accent ici sur l'importance des relations sociales apportées par ces rendez-vous hebdomadaires dans la prévention du déclin cognitif, dont il est bien connu qu'il dépend d'un grand nombre de facteurs neurobiologiques, cognitifs, psychologiques et sociaux étroitement liés les uns aux autres. Nous avons ainsi pu rappeler les notions de "réserve cérébrale" et de "réserve cognitive", qui indiquent l'importance d'entretenir des relations sociales et un mode de vie actif pour prévenir le déclin mnésique. Les entretiens ont également mis en évidence le rôle positif des ateliers mémoire pour l'estime de soi, qui est un facteur de prévention de l'anxiété et de la dépression, eux-mêmes corrélés au vieillissement cognitif.

Finalement, (et il s'agit du premier résultat majeur de notre étude), il semble que si les ateliers mémoire du type étudié ici ont toute leur place dans la protection du déclin cognitif, c'est pour une large part grâce aux liens sociaux qu'ils apportent.

Cependant, (il s'agit d'un second résultat important), les exercices de stimulation jouent également un rôle comme outil de "réassurance" sur les capacités des participantes. Ce thème a été en effet largement abordé au cours des entretiens. Il est apparu ainsi que les ateliers

mémoire entretiennent une forte émulation au sein du groupe, les participantes se comparant inévitablement entre elles sur leurs capacités, leurs réussites, leurs échecs. Ce sentiment de réassurance est rendu possible par la comparaison induite par la réalisation d'exercices, mais également par la « menace du stéréotype » induite par la participation aux ateliers mémoire. Cette réassurance est également d'une grande importance pour l'estime de soi, et par conséquent joue un rôle positif important dans le vieillissement cognitif.

Sur la base des analyses précédentes, nous aimerions conclure ce travail de thèse en soulignant un point qui nous semble important pour l'optimisation future de ces ateliers mémoire. Il nous est apparu de manière très claire que les participantes à ces ateliers mènent une vie sociale déjà relativement bien remplie. Autrement dit, les bénéfices propres des ateliers mémoire ne font pour elles que s'ajouter à ceux qu'elles tirent par ailleurs des autres activités auxquelles elles participent. Sans remettre en cause leur intérêt pour ces personnes, il semble donc que les ateliers mémoire du type étudié ici ne sont pas ciblés sur les individus qui en auraient le plus besoin : les nombreuses personnes âgées fortement isolées socialement. Se pose alors la question de la manière dont ces dernières pourraient être amenées à y participer, ce qui ferait des ateliers mémoire un « tremplin » vers une socialisation plus active, dont nous savons qu'elle est bénéfique dans la trajectoire du vieillissement mnésique et cognitif en général. Le rôle du médecin traitant, comme conseiller ou prescripteur, prendrait ici tout son sens. Grâce à la relation de confiance qu'il établit avec des patients qu'il connaît bien, avoir connaissance des gens isolés ou à risque d'isolement fait partie intégrante de son travail, ainsi que, par conséquent, d'amener ces personnes à rompre cet isolement. Proposer une participation aux ateliers mémoire, ou, de manière plus globale, à toute autre activité leur permettant d'acquérir des liens sociaux, apparaît être d'une grande importance. La question d'un accès facilité à ces activités mérite néanmoins d'être soulevée.

Même s'il est possible de mettre en évidence que la participation à ces ateliers mémoire peut avoir un impact positif sur le vieillissement cognitif, des études complémentaires permettraient d'avoir une vision plus précise en utilisant, par exemple, des tests cognitifs.

## Références bibliographiques

---

1. Borelli WV, Schilling LP, Radaelli G, Ferreira LB, Pisani L, Portuguez MW, et al. Neurobiological findings associated with high cognitive performance in older adults: a systematic review. *International Psychogeriatrics*. déc 2018;30(12):1813-25.
2. Marks SM, Lockhart SN, Baker SL, Jagust WJ. Tau and  $\beta$ -Amyloid Are Associated with Medial Temporal Lobe Structure, Function, and Memory Encoding in Normal Aging. *J Neurosci*. 22 mars 2017;37(12):3192-201.
3. Gangolli. Recent advances in the understanding of cognitive decline among the elderly [Internet]. Disponible sur: <http://www.jgmh.org/article.asp?issn=2348-9995;year=2016;volume=3;issue=1;spage=36;epage=43;aulast=Gangolli>
4. Vemuri P, Lesnick TG, Knopman DS, Przybelski SA, Reid RI, Mielke MM, et al. Amyloid, Vascular, and Resilience Pathways Associated with Cognitive Aging. *Annals of Neurology*. 2019;86(6):866-77.
5. Stern Y, Barnes CA, Grady C, Jones RN, Raz N. Brain reserve, cognitive reserve, compensation, and maintenance: operationalization, validity, and mechanisms of cognitive resilience. *Neurobiology of Aging*. 1 nov 2019;83:124-9.
6. Nyberg L, Lövdén M, Riklund K, Lindenberger U, Bäckman L. Memory aging and brain maintenance. *Trends in Cognitive Sciences*. 1 mai 2012;16(5):292-305.
7. Ska B, Joannette Y. Vieillesse normale et cognition. *Med Sci (Paris)*. mars 2006;22(3):284-7.
8. Collette F. Les modifications cognitives associées au vieillissement normal : d'une conception déficitaire à une vision de compensation. *Revue de neuropsychologie*. 24 avr 2019;me 11(1):23-5.
9. Dumas JA. What Is Normal Cognitive Aging? Evidence from Task-Based Functional Neuroimaging. *Curr Behav Neurosci Rep*. 1 déc 2015;2(4):256-61.
10. Mémoire [Internet]. Inserm - La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/memoire>

11. Angel L, Fay S, Isingrini M. Exploration électrophysiologique de la mémoire épisodique dans le vieillissement normal. *L'Année psychologique*. 2010;Vol. 110(4):595-628.
12. Tocze C, Bouazzaoui B, Taconnat L. Vieillissement et mémoire : rôle de la flexibilité cognitive dans l'utilisation de stratégies mnésiques adaptées et dans le rappel. In: Audiffren M, éditeur. *Créativité, motivation et vieillissement : Les sciences cognitives en débat* [Internet]. Rennes: Presses universitaires de Rennes; 2019. p. 179-97. (Psychologies). Disponible sur: <http://books.openedition.org/pur/61177>
13. Isingrini M, Taconnat L. Mémoire épisodique, fonctionnement frontal et vieillissement. *Revue Neurologique*. 1 mai 2008;164:S91-5.
14. Cowan N. The many faces of working memory and short-term storage. *Psychon Bull Rev*. 1 août 2017;24(4):1158-70.
15. Teixeira-Santos AC, Moreira CS, Magalhães R, Magalhães C, Pereira DR, Leite J, et al. Reviewing working memory training gains in healthy older adults: A meta-analytic review of transfer for cognitive outcomes. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 1 août 2019;103:163-77.
16. Costello M, Tas C, Buss A. AGING AND WORKING MEMORY: THE EFFECT OF IMPRECISION IN VISUAL REPRESENTATIONS. *Innov Aging*. 11 nov 2018;2(Suppl 1):250-1.
17. Christensen H, Mackinnon AJ, Korten AE, Jorm AF, Henderson AS, Jacomb P, et al. An analysis of diversity in the cognitive performance of elderly community dwellers: Individual differences in change scores as a function of age. *Psychology and Aging*. 1999;14(3):365-79.
18. Bastin C, Simon J, Kurth S, Collette F, Salmon É. Variabilité individuelle dans le fonctionnement de la mémoire épisodique au cours du vieillissement normal et pathologique : le rôle de la réserve cognitive. *Revue de neuropsychologie*. 2013;Volume 5(4):235-42.
19. Ducharme-Laliberté G, Boller B, Belleville S. Bases cérébrales et neurofonctionnelles de la réserve dans le vieillissement normal. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. 1 juin 2015;15(87):164-8.
20. Oris M. *Transitions dans les parcours de vie et construction des inégalités*. PPUR presses polytechniques; 2009. 466 p.



21. Aubé D, Institut national de santé publique du Québec, Direction du développement des individus et des communautés. La santé cognitive, une nouvelle cible pour vieillir en santé: synthèse des connaissances [Internet]. Montréal: Institut national de santé publique du Québec;2017. Disponiblesur: <http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/INSPQ/9782550799207.pdf>
22. Carret NL, Lafont S, Letenneur L, Dartigues J-F, Mayo W, Fabrigoule C. The Effect of Education on Cognitive Performances and Its Implication for the Constitution of the Cognitive Reserve. *Developmental Neuropsychology*. 1 juin 2003;23(3):317-37.
23. Grasset L, Jacqmin-Gadda H, Proust-Lima C, Pérès K, Amieva H, Dartigues J-F, et al. Temporal Trends in the Level and Decline of Cognition and Disability in an Elderly PopulationThe PAQUID Study. *Am J Epidemiol*. 1 oct 2018;187(10):2168-76.
24. Barnes DE, Yaffe K. The projected effect of risk factor reduction on Alzheimer's disease prevalence. *The Lancet Neurology*. 1 sept 2011;10(9):819-28.
25. Bier B, Belleville S. Optimiser le fonctionnement cognitif au cours du vieillissement : facteurs de réserve, stimulation cognitive et plasticité cérébrale. *Neuropsychologia Latinoamericana* [Internet]. 24 déc 2010 [cité 12 mars 2020];2(3). Disponible sur: [http://206.167.239.107/index.php/Neuropsychologia\\_Latinoamericana/article/view/52](http://206.167.239.107/index.php/Neuropsychologia_Latinoamericana/article/view/52)
26. Boujut A, Belleville S. Où en est-on avec les programmes d'interventions cognitives pour les personnes âgées ? *Revue de neuropsychologie*. 24 avr 2019;Volume 11(1):60-9.
27. de Lange A-MG, Bråthen ACS, Rohani DA, Fjell AM, Walhovd KB. The Temporal Dynamics of Brain Plasticity in Aging. *Cereb Cortex*. 1 mai 2018;28(5):1857-65.
28. Le programme MEMO | Clinique Neuro Multi [Internet]. [cité 5 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.cliniqueneuromulti.com/?q=node/188>
29. Belleville S, Hudon C, Bier N, Brodeur C, Gilbert B, Grenier S, et al. MEMO+: Efficacy, Durability and Effect of Cognitive Training and Psychosocial Intervention in Individuals with Mild Cognitive Impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2018;66(4):655-63.
30. Rebok GW, Langbaum JBS, Jones RN, Gross AL, Parisi JM, Spira AP, et al. Formation à la mémoire dans l'étude ACTIVE: combien est nécessaire et qui en profite? *J Aging Health*. 1 déc 2013;25(8\_suppl):21S-42S.

31. Belleville S, Clément F, Mellah S, Gilbert B, Fontaine F, Gauthier S. Training-related brain plasticity in subjects at risk of developing Alzheimer's disease. *Brain*. 1 juin 2011;134(6):1623-34.
32. Bastin C, Yakushev I, Bahri MA, Fellgiebel A, Eustache F, Landeau B, et al. Cognitive reserve impacts on inter-individual variability in resting-state cerebral metabolism in normal aging. *NeuroImage*. 1 nov 2012;63(2):713-22.
33. Lampit A, Hallock H, Valenzuela M. Computerized Cognitive Training in Cognitively Healthy Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of Effect Modifiers. *PLoS Med* [Internet]. 18 nov 2014 [cité 5 avr 2020];11(11). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4236015/>
34. Lampit A, Hallock H, Suo C, Naismith SL, Valenzuela M. Cognitive training-induced short-term functional and long-term structural plastic change is related to gains in global cognition in healthy older adults: a pilot study. *Front Aging Neurosci* [Internet]. 2015 [cité 5 avr 2020];7. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnagi.2015.00014/full>
35. Iizuka A, Suzuki H, Ogawa S, Kobayashi-Cuya KE, Kobayashi M, Takebayashi T, et al. Can cognitive leisure activity prevent cognitive decline in older adults? A systematic review of intervention studies. *Geriatrics & Gerontology International*. 2019;19(6):469-82.
36. Participation in Cognitively Stimulating Activities and Risk of Incident Alzheimer Disease | Cerebrovascular Disease | JAMA | JAMA Network [Internet]. [cité 5 avr 2020]. Disponible sur: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/194636>
37. Effects of Preretirement Work Complexity and Postretirement Leisure Activity on Cognitive Aging | The Journals of Gerontology: Series B | Oxford Academic [Internet]. [cité 5 avr 2020]. Disponible sur: <https://academic.oup.com/psychsocgerontology/article/71/5/849/2614059>
38. Boller B, Belleville S. Capacités de réserve et entraînement cognitif dans le vieillissement : similarité des effets protecteurs sur la cognition et le cerveau. *Revue de neuropsychologie*. 2016;Volume 8(4):245-52.
39. Litwin H, Schwartz E, Damri N. Cognitively Stimulating Leisure Activity and Subsequent Cognitive Function: A SHARE-based Analysis. *Gerontologist*. 1 oct 2017;57(5):940-8.
40. Grimaud É, Taconnat L, Clarys D. Cognitive stimulation in healthy older adults: a cognitive stimulation program using leisure activities compared to a conventional cognitive

stimulation program. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*. juin 2017;15(2):214-23.

41. Park DC, Lodi-Smith J, Drew L, Haber S, Hebrank A, Bischof GN, et al. The Impact of Sustained Engagement on Cognitive Function in Older Adults: The Synapse Project. *Psychol Sci*. 1 janv 2014;25(1):103-12.

42. Verhaeghen P, Marcoen A, Goossens L. Improving memory performance in the aged through mnemonic training: A meta-analytic study. *Psychology and Aging*. 1992;7(2):242-51.

43. Belleville S, CCNA Team 10. [p3–471]: the engage program: combining cognitive training with engaging leisure activities to promote cognitive reserve in older adults at risk of dementia. *Alzheimer's & Dementia*. 1 juill 2017;13(7S\_Part\_24):P1156-P1156.

44. Kral VA. Senescent memory decline and senile amnesic syndrome. *AJP*. 1 oct 1958;115(4):361-2.

45. Crook T, Bartus RT, Ferris SH, Whitehouse P, Cohen GD, Gershon S. Age-associated memory impairment: Proposed diagnostic criteria and measures of clinical change — report of a national institute of mental health work group [Internet]. <http://dx.doi.org/10.1080/87565648609540348>. 2009 [cité 3 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/87565648609540348>

46. Elfgrén C, Gustafson L, Vestberg S, Passant U. Subjective memory complaints, neuropsychological performance and psychiatric variables in memory clinic attendees: a 3-year follow-up study. *Arch Gerontol Geriatr*. déc 2010;51(3):e110-114.

47. Amariglio RE, Townsend MK, Grodstein F, Sperling RA, Rentz DM. Specific Subjective Memory Complaints in Older Persons May Indicate Poor Cognitive Function. *J Am Geriatr Soc*. sept 2011;59(9):1612-7.

48. Mitchell AJ, Beaumont H, Ferguson D, Yadegarfar M, Stubbs B. Risk of dementia and mild cognitive impairment in older people with subjective memory complaints: meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*. déc 2014;130(6):439-51.

49. Mendonça MD, Alves L, Bugalho P. From Subjective Cognitive Complaints to Dementia: Who Is at Risk?: A Systematic Review. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 1 mars 2016;31(2):105-14.

50. Jessen F, Amariglio RE, van Boxtel M, Breteler M, Ceccaldi M, Chételat G, et al. A conceptual framework for research on subjective cognitive decline in preclinical Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*. 1 nov 2014;10(6):844-52.
51. van Oijen M, de Jong FJ, Hofman A, Koudstaal PJ, Breteler MMB. Subjective memory complaints, education, and risk of Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*. 1 avr 2007;3(2):92-7.
52. Mitchell AJ. The clinical significance of subjective memory complaints in the diagnosis of mild cognitive impairment and dementia: a meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2008;23(11):1191-202.
53. Jolles J, éditeur. *Maastricht aging study: determinants of cognitive aging*. Maastricht: Neuropsych Publishers; 1995. 192 p.
54. Ginó S, Mendes T, Maroco J, Ribeiro F, Schmand BA, Mendonça A de, et al. Memory Complaints Are Frequent but Qualitatively Different in Young and Elderly Healthy People. *GER*. 2010;56(3):272-7.
55. João AA, Maroco J, Ginó S, Mendes T, Mendonça A de, Martins IP. Education modifies the type of subjective memory complaints in older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2016;31(2):153-60.
56. Comijs HC, Deeg DJH, Dik MG, Twisk JWR, Jonker C. Memory complaints; the association with psycho-affective and health problems and the role of personality characteristics: A 6-year follow-up study. *Journal of Affective Disorders*. 1 nov 2002;72(2):157-65.
57. Derouesné C, Lacomblez L, Thibault S, Leponcin M. Memory complaints in young and elderly subjects. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 1999;14(4):291-301.
58. Jonker C, Geerlings MI, Schmand B. Are memory complaints predictive for dementia? A review of clinical and population-based studies. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2000;15(11):983-91.
59. Langlois A-S, Belleville S. Subjective cognitive complaint in healthy older adults: Identification of major domains and relation to objective performance. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*. 4 mai 2014;21(3):257-82.

60. Snitz BE, Yu L, Crane PK, Chang C-CH, Hughes TF, Ganguli M. Subjective cognitive complaints of older adults at the population level: An item response theory analysis. *Alzheimer Dis Assoc Disord.* oct 2012;26(4):344-51.
61. Scheef L, Spottke A, Daerr M, Joe A, Striepens N, Kölsch H, et al. Glucose metabolism, gray matter structure, and memory decline in subjective memory impairment. *Neurology.* 25 sept 2012;79(13):1332-9.
62. Amariglio RE, Becker JA, Carmasin J, Wadsworth LP, Lorus N, Sullivan C, et al. Subjective cognitive complaints and amyloid burden in cognitively normal older individuals. *Neuropsychologia.* oct 2012;50(12):2880-6.
63. Jungwirth S, Fischer P, Weissgram S, Kirchmeyr W, Bauer P, Tragl K-H. Subjective Memory Complaints and Objective Memory Impairment in the Vienna-Transdanube Aging Community. *Journal of the American Geriatrics Society.* 2004;52(2):263-8.
64. Papp KV, Amariglio RE, Mormino EC, Hedden T, Dekhytar M, Johnson KA, et al. Free and cued memory in relation to biomarker-defined abnormalities in clinically normal older adults and those at risk for Alzheimer's disease. *Neuropsychologia.* 1 juill 2015;73:169-75.
65. Kryscio RJ, Abner EL, Cooper GE, Fardo DW, Jicha GA, Nelson PT, et al. Self-reported memory complaints: Implications from a longitudinal cohort with autopsies. *Neurology.* 7 oct 2014;83(15):1359-65.
66. Mendes T, Ginó S, Ribeiro F, Guerreiro M, Sousa G de, Ritchie K, et al. Memory complaints in healthy young and elderly adults: Reliability of memory reporting. *Aging & Mental Health.* 1 mars 2008;12(2):177-82.
67. Chin J, Oh KJ, Seo SW, Na DL. Are depressive symptomatology and self-focused attention associated with subjective memory impairment in older adults? *International Psychogeriatrics.* avr 2014;26(4):573-80.
68. Barnes DE, Yaffe K, Byers AL, McCormick M, Schaefer C, Whitmer RA. Midlife vs Late-Life Depressive Symptoms and Risk of Dementia: Differential Effects for Alzheimer Disease and Vascular Dementia. *Arch Gen Psychiatry.* 1 mai 2012;69(5):493-8.
69. Zahodne LB, Stern Y, Manly JJ. Depressive Symptoms Precede Memory Decline, but Not Vice Versa, in Non-Demented Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society.* 2014;62(1):130-4.

70. Kvavilashvili L, Schlagman S. Involuntary autobiographical memories in dysphoric mood: A laboratory study. *Memory*. 1 mai 2011;19(4):331-45.
71. Jessen F, Wolfsgruber S, Wiese B, Bickel H, Mösch E, Kaduszkiewicz H, et al. AD dementia risk in late MCI, in early MCI, and in subjective memory impairment. *Alzheimer's & Dementia*. 1 janv 2014;10(1):76-83.
- 72..pdf.pdf [Internet]. [cité 15 mai 2020]. Disponible sur: <https://api-istex-fr.ezproxy.unilim.fr/document/F123654485627FDEDDCA95E46375E1C29E5763DE/fulltext/pdf?auth=ip,fede&sid=ebsco,istex-view>
73. Boston 677 Huntington Avenue, Ma 02115 +1495-1000. International survey highlights great public desire to seek early diagnosis of Alzheimer's [Internet]. *News*. 2011 [cité 15 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.hsph.harvard.edu/news/press-releases/alzheimers-international-survey/>
74. Cutler SJ. Inquiétudes concernant la maladie d'Alzheimer: qui est concerné? *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 1 sept 2015;30(6):591-8.
75. Delisle M-A. Que signifie la solitude pour les personnes âgées? *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*. ed 1988;7(4):339-57.
76. Malcolm M, Frost H, Cowie J. Loneliness and social isolation causal association with health-related lifestyle risk in older adults: a systematic review and meta-analysis protocol. *Systematic Reviews*. 7 févr 2019;8(1):48.
77. Boss L, Kang D-H, Branson S. Loneliness and cognitive function in the older adult: a systematic review. *International Psychogeriatrics*. avr 2015;27(4):541-53.
78. Social Networks, Host Resistance, and Mortality: A Nine-Year Follow-up Study of Alameda County Residents. *Am J Epidemiol*. 1 juin 2017;185(11):1070-88.
79. APA PsycNet [Internet]. [cité 17 mai 2020]. Disponible sur: [/buy/2004-20395-002](#)
80. Kuiper JS, Zuidersma M, Oude Voshaar RC, Zuidema SU, van den Heuvel ER, Stolk RP, et al. Social relationships and risk of dementia: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Ageing Research Reviews*. 1 juill 2015;22:39-57.

81. Kuiper JS, Zuidersma M, Zuidema SU, Burgerhof JG, Stolk RP, Oude Voshaar RC, et al. Social relationships and cognitive decline: a systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Int J Epidemiol*. 1 août 2016;45(4):1169-206.
82. Elovainio M, Sommerlad A, Hakulinen C, Pulkki-Råback L, Virtanen M, Kivimäki M, et al. Structural social relations and cognitive ageing trajectories: evidence from the Whitehall II cohort study. *Int J Epidemiol*. 1 juin 2018;47(3):701-8.
83. de Jong-Gierveld J. Developing and testing a model of loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1987;53(1):119-28.
84. Nyqvist F, Cattan M, Conradsson M, Näsman M, Gustafsson Y. Prévalence de la solitude sur dix ans chez les plus âgés. *Scand J Public Health*. 1 juin 2017;45(4):411-8.
85. Rico-Uribe LA, Caballero FF, Martín-María N, Cabello M, Ayuso-Mateos JL, Miret M. Association of loneliness with all-cause mortality: A meta-analysis. *PLoS One* [Internet]. 4 janv 2018 [cité 25 mai 2020];13(1). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5754055/>
86. Effects of Transient Versus Chronic Loneliness on Cognitive Function in Older Adults: Findings From the Chinese Longitudinal Healthy Longevity Survey - ScienceDirect [Internet]. [cité 25 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect-com.ezproxy.unilim.fr/science/article/abs/pii/S1064748115003218>
87. Shankar A, Hamer M, McMunn A, Steptoe A. Social Isolation and Loneliness: Relationships With Cognitive Function During 4 Years of Follow-up in the English Longitudinal Study of Ageing. *Psychosomatic Medicine*. mars 2013;75(2):161–170.
88. Lara E, Martín-María N, De la Torre-Luque A, Koyanagi A, Vancampfort D, Izquierdo A, et al. Does loneliness contribute to mild cognitive impairment and dementia? A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Ageing Research Reviews*. 1 juill 2019;52:7-16.
89. Gow AJ, Corley J, Starr JM, Deary IJ. Which Social Network or Support Factors are Associated with Cognitive Abilities in Old Age? *GER*. 2013;59(5):454-63.
90. Wilson RS, Krueger KR, Arnold SE, Schneider JA, Kelly JF, Barnes LL, et al. Loneliness and Risk of Alzheimer Disease. *Arch Gen Psychiatry*. 1 févr 2007;64(2):234-40.

91. Yin J, Lassale C, Steptoe A, Cadar D. Exploring the bidirectional associations between loneliness and cognitive functioning over 10 years: the English longitudinal study of ageing. *Int J Epidemiol*. 1 déc 2019;48(6):1937-48.
92. Hawkey LC, Cacioppo JT. Loneliness Matters: A Theoretical and Empirical Review of Consequences and Mechanisms. *Ann Behav Med*. 1 oct 2010;40(2):218-27.
93. Serres J-F. Une mobilisation nationale contre l'isolement : la dynamique MONALISA. *Gerontologie et societe*. 7 juin 2016;38 / n° 149(1):155-67.
94. 9789240694842\_fre.pdf [Internet]. [cité 26 mai 2020]. Disponible sur: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206556/9789240694842\\_fre.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206556/9789240694842_fre.pdf?sequence=1)
95. Raymond É, Institut national de santé publique du Québec, Direction du développement des individus et des communautés, Bibliothèque numérique canadienne (Firme). Interventions évaluées visant la participation sociale des aînés: fiches synthèses et outil d'accompagnement [Internet]. 2015 [cité 26 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.deslibris.ca/ID/247035>
96. Dause TJ, Kirby ED. Aging gracefully: social engagement joins exercise and enrichment as a key lifestyle factor in resistance to age-related cognitive decline. *Neural Regen Res*. janv 2019;14(1):39-42.
97. Lampit A, Hallock H, Valenzuela M. Computerized Cognitive Training in Cognitively Healthy Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of Effect Modifiers. *PLoS Med* [Internet]. 18 nov 2014 [cité 5 avr 2020];11(11). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4236015/>
98. Wenisch E, Cantegreil-Kallen I, Moulin F, Batouche F, Richard A, Rigaud A-S, et al. Intérêt d'un programme de stimulation cognitive pour des sujets âgés présentant un « mild cognitive impairment ». *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. 1 avr 2006;6(32):41-4.
99. Tout ce que vous devez savoir sur la stimulation cognitive et ses pratiques [Internet]. [cité 28 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.ouihelp.fr/conseils/sante/stimulation-cognitive-de-la-personne-agee-definition-objectifs-et-exercices/>
100. Page20297.pdf [Internet]. [cité 25 juill 2020]. Disponible sur: <http://www.savie.qc.ca/CampusVirtuel/Upload/PDF/Out/Page20297.pdf>



101. Psychologie sociale théorique et expérimentale. :508.
102. Alaphilippe D. Evolution de l'estime de soi chez l'adulte âgé. *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement*. 1 sept 2008;6(3):167-76.
103. Macia E, Boëtsch G, Chapuis-Lucciani N. Relations entre l'estime de soi et l'état de santé « objectif » des aînés. état de santé. :16.
104. Marquet M, Missotten P, Adam S. Ageism and overestimation of cognitive difficulties in older people: a review. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*. juin 2016;14(2):177-86.
105. Steele CM, Aronson J. Stereotype threat and the intellectual test performance of African Americans. *J Pers Soc Psychol*. nov 1995;69(5):797-811.
106. Kim K, Han JW, So Y, Seo J, Kim YJ, Park JH, et al. Cognitive Stimulation as a Therapeutic Modality for Dementia: A Meta-Analysis. *Psychiatry Investig*. sept 2017;14(5):626-39.
107. Reijnders J, van Heugten C, van Boxtel M. Cognitive interventions in healthy older adults and people with mild cognitive impairment: A systematic review. *Ageing Research Reviews*. 1 janv 2013;12(1):263-75

## Annexes

---

Annexe 1. Le guide d'entretien .....	91
Annexe 2. Fiche signalétique .....	93

## Annexe 1. Le guide d'entretien

1) Quels sont vos centres d'intérêt au quotidien ?

( *Qu'avez-vous comme activités ?* )

- *Autres activités de loisirs*
- *Leur vie quotidienne*
- *Personnes côtoyées (amis ou famille), avec quelle fréquence*
- *Qualité des relations sociales (aide/soutien pour eux)*
- *Eventuel sentiment d'isolement ou de solitude*

2) Quelle importance accordez-vous à la mémoire dans la vie ?

- *Importance de la mémoire pour eux : indispensable pour l'autonomie, s'en sont préoccupés toute la vie ou pas , ont eu des métiers qui la stimulaient ou au contraire*
- *Appréhensions vis à vis de l'avancée en âge*
- *Perception des stéréotypes négatifs liés à l'âge*

3) Comment qualifieriez-vous votre mémoire actuellement ? –

- *Bonne ou pas*
- *Plainte mnésique ?*
- *Eventuels problèmes rencontrés dans la vie quotidienne, liés à un éventuel déclin de la mémoire*
- *Craintes ?*

4) Comment avez-vous appris l'existence des ateliers mémoire ?

- *Existence de ces ateliers apprise par eux même, la famille, l'entourage, un professionnel ?*

5) Pour quelles raisons avez-vous eu envie de participer aux ateliers mémoire ?

( *Qu'est-ce qui vous a amené à participer ?* )

- *Objectif pour eux*

6) Qu'est-ce qui vous plaît dans ces ateliers en groupe ?

- *Le lien social, les activités*
- *Cohésion ?*
- *Comparaison ?*
- *Nature des liens tissés avec les autres participants / liens en dehors ?*

7) Que changeriez-vous éventuellement aux ateliers mémoire ?

8) La participation aux ateliers mémoire a-t-elle modifié votre vie quotidienne ?

- *Perception subjective de leur mémoire avant/après*
- *Santé globale / Estime de soi*
- *Isolement ?*

## **Annexe 2. Fiche signalétique**

Nom :

Prénom :

Adresse :

Numéro de téléphone :

## Serment d'Hippocrate

---

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

## Les ateliers mémoire : un outil de stimulation cognitive ? Une étude qualitative à partir de deux groupes de participants, en Haute-Vienne.

---

**Introduction :** Le « bien-vieillir » constitue aujourd'hui un enjeu fondamental des politiques socio-médicales. Les « ateliers mémoire », dans toute leur diversité, constituent un mode de stimulation cognitive pertinent visant à prévenir le vieillissement mnésique. Leurs bénéfices réels sur ce phénomène complexe et multidimensionnel sont encore mal connus. **Objectifs :** Dégager l'intérêt et le rôle d'un certain type d'atelier mémoire, ciblant des personnes âgées à la retraite, sans trouble cognitif avéré, dont la participation se fait sur la base du volontariat. **Méthode :** Etude qualitative sur la base d'entretiens individuels avec les participants à deux ateliers mémoire organisés en Limousin. **Résultats :** Les participants ont un profil relativement homogène : ce sont des personnes retraitées et socialement actives. La participation est justifiée très clairement par ce besoin de socialisation. Autrement dit, les ateliers mémoire apparaissent comme bénéfiques pour la protection du déclin cognitif de par les liens sociaux qu'ils apportent, et pas simplement comme outil de stimulation cognitive. Les exercices de stimulation cognitive jouent quant à eux un rôle comme outil de "réassurance" sur les capacités des participants. L'émulation générée par les exercices de stimulation mnésique semble contribuer à atténuer les effets inhibants liés à la « menace du stéréotype ». **Conclusion :** Nous concluons cette étude par quelques recommandations concernant l'organisation des ateliers mémoire du type étudié ici. Nous avons pu montrer en effet que les participants à ces ateliers mènent une vie sociale déjà relativement bien remplie. Ils ne ciblent donc pas les personnes en ayant le plus besoin, c'est-à-dire les personnes âgées fortement isolées socialement. Le médecin traitant pourrait ici jouer un rôle central, en tant que conseiller ou prescripteur, pour stimuler une socialisation fortement bénéfique pour prévenir le vieillissement mnésique.

---

Mots-clés : Bien-vieillir, stimulation cognitive, ateliers mémoire, liens sociaux

## The « ateliers mémoire » a cognitive stimulation tool ? A qualitative study based on two groups of participants in Haute-Vienne.

---

**Introduction :** Vital aging is a central issue for current public health policies. The so-called "ateliers-mémoire" constitute a relevant mode of cognitive stimulation aiming to prevent memory aging. Actual benefits of the "ateliers-mémoire" on this complex and multi-dimensional phenomenon are still poorly known. **Goals :** to grasp the values and the roles of a certain kind of "atelier-mémoire", which target elderly persons, without cognitive troubles, who enter voluntarily into the program. **Method :** A qualitative study based on individual interviews with participants from two "ateliers-mémoire" organised in Limousin. **Results :** The participants have an homogeneous profile: they are socially active retired persons. Participation is clearly justified by this need of socialization. In other terms, the "ateliers-mémoire" are beneficial to prevent cognitive decline thanks to the social links they bring in, and not only as providing cognitive stimulation tools. The exercises of cognitive stimulation play a role in reinsuring participants about their cognitive skills. The emulation generated by memory stimulation exercises seems to attenuate inhibitory effects linked to the stereotype threat. **Conclusion :** We conclude by giving some recommendations about the organization of this kind of "atelier-mémoire". We have shown indeed that the participants have an already active social life. The "ateliers-mémoire" are thus not currently targeted towards persons with biggest needs, that is, socially isolated elderly persons. The referring physician could play a central role as prescriber or advisor, to stimulate socialization as a tool to prevent memory decline.

---

Keywords : Vital aging, cognitive stimulation, ateliers mémoire, social links

