

# Maladie d'Alzheimer

Troubles de la communication et  
Prise en charge orthophonique

- Maladie d'Alzheimer: généralités.
- Les troubles du langage et de la communication dans la M.A.
- Le bilan orthophonique.
- La prise en charge du patient.
- Quelques conseils....

# Maladie d'Alzheimer. Généralités

- - Les démences, ce sont aujourd'hui 850 000 patients en France (Rousseau 2002).
- - Dont 350 000 cas de D.T.A.
- 3% des personnes entre 65 et 69 ans.
- 30% des personnes âgées au delà de 90 ans.
- L'incidence annuelle de la M.A. est de 11,7/10000.

- Ce sont aussi 100 000 nouveaux cas chaque année.
- L'incidence est de 1,4 pour les femmes et de 0,8 pour les hommes.
- Premier facteur de risque = l'âge.
- Les autres étant: sexe, facteurs vasculaires, antécédents familiaux.

# Définition de la M.A.

Affection neuro-dégénérative du cerveau qui entraîne une disparition progressive des neurones (Alzheimer A. 1907).

- Elle provoque une altération des capacités cognitives: mémoire, langage, raisonnement, attention, gnosies, praxies et fonctions exécutives.

# Critères cliniques d'une démence

DSM IV-R (A.P.A. 2000).

- affaiblissement intellectuel progressif et irréversible.
- - retentissement sur la vie sociale, professionnelle, familiale.
- - trouble de la mémoire (épisodique).
- - l'atteinte d'une ou plusieurs autres fonctions cérébrales.

# Lésions cérébrales

- 1. Dégénérescence neuro-fibrillaire: apparition au sein des neurones d'anomalies (agrégats) de la protéine Tau.
- 2. Plaques amyloïdes (ou plaques séniles): dépôt entre les neurones de la protéine Béta-amyloïde.
- Étiologie: reste inconnue sauf dans les cas génétiques (1% des cas).

# Description de la maladie

- Etapes de la maladie:
- 1. stade pré-clinique: silencieux, lésions sans trouble.
- 2. phase de début: atteinte de la mémoire épisodique (on attribue souvent à tort les troubles au vieillissement normal...)

- 3. Phase modérée: retentissement social, perte d'autonomie, désorientation et troubles du langage.
- 4. phase avancée: perte complète d'autonomie, communication non verbale, prosopagnosie massive.

# Le diagnostic

- - en moyenne il est posé à 24 mois des premiers troubles.
- La M.A. est d'installation progressive, sans symptôme pendant des années avant l'apparition de la démence (Dubois 2007). Durant cette période grâce à sa plasticité le cerveau compense les lésions qui se créent.
- Quand les capacités de compensation sont dépassées, les symptômes apparaissent.

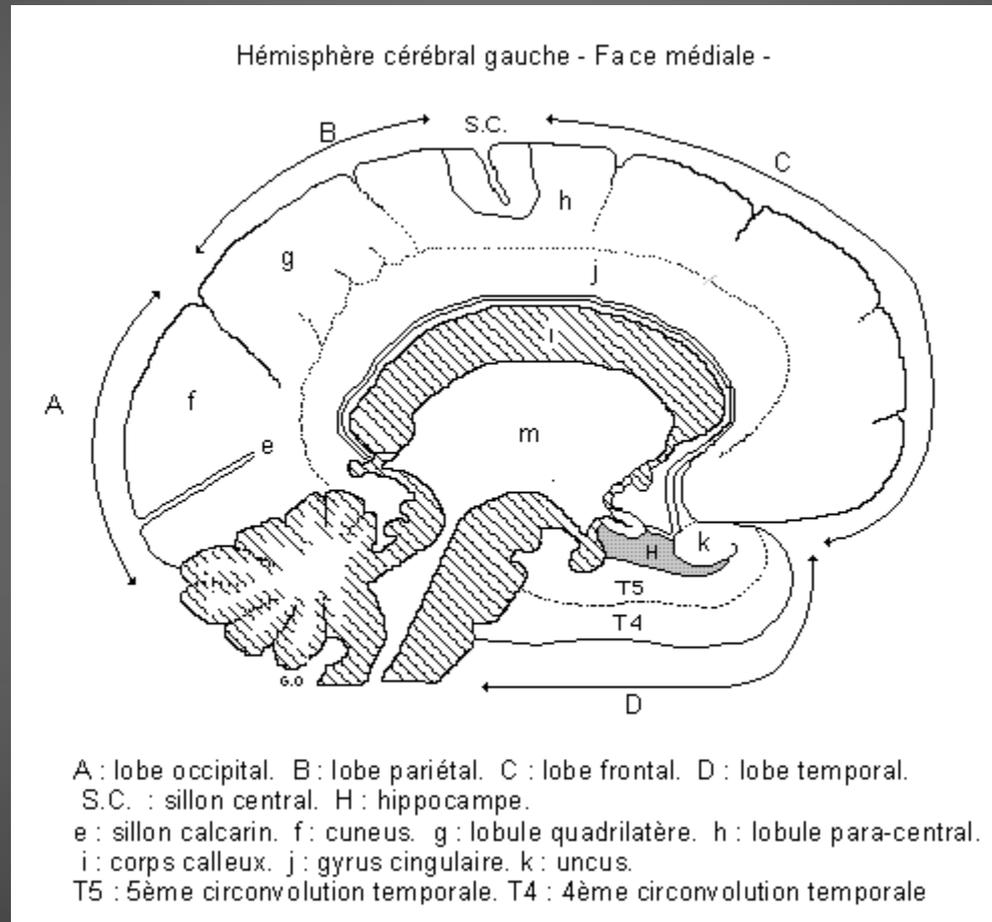
# Syndrome M.C.I.

- Ou mild cognitive impairment: a été défini pour les patients qui présentent des symptômes non suffisants pour définir la démence. Cette altération cognitive modérée et significative diffère de l'évolution normale due à l'âge. La plupart des patients MCI souffrent de la M.A. et développeront une démence plus tard.
- D'où l'importance d'un diagnostic précoce (Dubois et al. 2007).

# Etablissement du diagnostic:

- Diagnostic clinique du vivant du patient (validé post-mortem par un examen neuropathologique).
- Obtenu en croisant plusieurs critères:
  - - neuropsychologie: trouble du rappel libre.
  - - neuro-imagerie cérébrale: structure temporale interne (hippocampe).
- Marqueurs biologiques: peptide amyloïde 1-42 et protéine Tau dans le LCR.

# Face médiale du cerveau



# Maladies apparentées:

- Maladies qui présentent les « mêmes types » de symptômes et qui sont irréversibles.
- DLFT: démence frontale, maladie de Pick, démence sémantique, APP.
- aphasie logopénique.
- Maladie à corps de Lewy.
- Démences vasculaires (non dégénératives).
- Démence mixte.
- Démences cortico-sous-corticales: DCB, PSP, Parkinson, SEP
- Chorée de Huntington.
- Maladies infectieuses: Creutzfeld-Jacob, Sida,...

# Troubles du langage et de la communication

- Détérioration des habiletés de communication apparaît dès les premiers moments d'une démence.
- Elle majore les situations de handicap car elle interfère avec la capacité qu'a le patient d'exprimer sa détresse (Lacroix et & al.1994) et à la partager. Les relations avec les proches se compliquent d'autant que l'outil de communication qu'est le langage est affecté par la démence.

# Description clinique des troubles du langage dans la M.A. (Joanette et Al. 2006)

- Les troubles du langage dans la M.A. se distinguent des troubles aphasiques classiques par 2 caractéristiques fondamentales:

## En général en début d'évolution:

- 1. l'expression orale ou écrite est plus atteinte que la compréhension.
- 2. les dimensions de contenu sémantique (au niveau du mot, du discours, de l'intention) sont plus atteintes que les outils propres du langage (e.g. phonologie, morpho-syntaxe, pronoms....).
- Au fil de l'évolution la compréhension du langage sera aussi affectée surtout dans les aspects les plus complexes (e.g. discours, pragmatique).

# Hétérogénéité des troubles. (Cardebat et al. 1995).

- 1. les troubles du langage ne sont pas toujours proportionnels aux autres déficits cognitifs.
- 2. Ils peuvent varier dans le temps compliquant l'évaluation des troubles et la mesure de leur impact.
- 3. les troubles du langage peuvent évoluer différemment d'un individu à l'autre.

# Profil d'évolution médiane des troubles du langage dans la M.A.

- Au stade initial: Le patient se plaint d'un manque du mot (anomie) qu'on objective dans une tâche de fluence verbale (évocation lexicale) ou de dénomination d'images.
- En contexte conversationnel on relève des périphrases (circonlocutions) quelques paraphrasies verbales.

- L'expression écrite est également affectée (e.g. préparation d'un chèque).
- A ce stade la compréhension du langage est généralement préservée. Mais la compréhension de l'intention du locuteur peut être affectée.
- Les aspects instrumentaux du langage (e.g. le respect de la forme sonore des mots, l'emploi approprié des pronoms,...) sont respectés.
- La lecture et la répétition sont préservées.

## Stade modéré:

- Le manque du mot est important.
- Les paraphrasies sémantiques et les mots « vides » sont nombreux. Il peut y avoir des néologismes.
- Le discours est déstructuré et présente des persévérations d'idées.
- Certains aspects de la morpho-syntaxe sont atteints (e.g. emploi des pronoms).
- Les capacités discursives (narration, conversation) et pragmatiques (intention du discours) sont très perturbées.

- Le langage permet de moins en moins la communication et déroute de plus en plus l'entourage. Il faut en permanence supporter aider la communication (tenter des messages de « réparation » de la communication).
- La compréhension du langage oral et écrit est fortement perturbée.
- Le handicap communicationnel est majeur.

# Stade avancé de la maladie.

- Le langage comme véhicule de la communication est effondré.
- Tous les instruments du langage sont fortement perturbés.
- La communication verbale n'est plus possible.
- Comportement d'écholalie, de palilalie et mutisme.
- Les seuls éléments de communication qui subsistent sont l'expression de sentiments, d'humeurs (contenu émotionnel).
- Certains automatismes (pas tjrs appropriés peuvent subsister).

# Le bilan orthophonique.

- objectifs:
- - participe au diagnostic médical (diagnostic différentiel).
- - évaluation de la démence.
- - identification de la démence

# Evaluation du langage et des capacités de communication.

- Il s'agit d'une évaluation quantitative et qualitative.
- Au moyens d'épreuves appropriées (tests et situations de communication).
- En croisant les résultats du patient aux différentes épreuves, on va pouvoir identifier les troubles éventuels, les caractériser et les quantifier.

# Epreuves instrumentales ou tests

- MT 86 – Examen Long du langage – Lexis – Fluences du Grefex – DO 80 – MEC – etc...
- L'examen du langage va évaluer:
- 1. L'expression verbale.

automatique, spontanée ou semi-induite, la répétition, la dénomination, les capacités d'élaboration verbale, la fluence verbale.

## 2. La compréhension verbale auditive:

- - la reconnaissance « sonore » du message (phonologie).
- Le lexique mental interne (désignation à choix multiple)
- - le sens des mots et les relations que les concepts entretiennent entre eux (sémantique verbale).
- - la compréhension des marqueurs grammaticaux du langage (pluriel, genre, ....).

### 3. Les capacités de lecture

- Tester les 2 mécanismes de lecture.
- - assemblage (combinatoire des graphies et leur transposition « sonore »).
- - adressage direct en mémoire.
- Dans des tâches de lecture de mots isolés, de phrases, de texte.

## 4. L'expression écrite.

- Caractériser le graphisme: les codes, les enchainements, les variables temporelles, spatiales.
- Les niveaux linguistiques de l'écriture:
- Lexical ( mot isolé en testant là-aussi les 2 voies d'accès).
- Grammatical.
- Dans des tâches d'écriture automatique, de dictée (mots, non-mots, phrases, discours), d'épellation, de copie.

## 5. La compréhension écrite:

- - la reconnaissance des lettres.
- - la compréhension des mots isolés. Au niveau lexical: appariement mots – images. Au niveau sémantique: catégorisation de mots, appariements ou jugements de relations entre des mots écrits.
- - la compréhension des marqueurs grammaticaux de la langue (appariement de phrases écrites et d'images).

## Examen fonctionnel de la communication.

- Ici on s'intéresse à l'utilisation qui est faite du langage et non à sa forme ou à son contenu.
- Dans la M.A. on va observer:
  - - une réduction globale et progressive des actes de langage.
  - Une diminution des actes de langage adéquats.
  - Une augmentation des actes de langage inadéquats.
  - Modification du type d'actes de langage utilisés.

# Qu'est-ce que communiquer?

- c'est ce qui nous permet de partager des informations et d'interagir avec les autres. C'est l'échange d'un message entre un émetteur et un récepteur.
- La communication repose sur quelques principes:

- L'échange suppose une information « nouvelle » qui a une valeur fonctionnelle.
- Le message peut être de différentes natures: verbal (langage), non verbal (gestes, mimiques, émotions), faire appel à la mémoire.
- Il est transmis par différents canaux: les sens (visuel, auditif, olfactif, kinesthésique).
- Il faut le respect de l'alternance des rôles entre les interlocuteurs.

Ce qui explique que 80% de la communication entre deux individus passe par d'autres canaux que le langage.

La conséquence, c'est que les malades sont capables de communiquer « efficacement » pendant très longtemps voire jusqu'au terme de la maladie.

- Les altérations de la communication vont dépendre de facteurs multiples et nombreux. Il n'y a donc pas de patient type ou standard.
- La communication n'est pas une fonction cérébrale comme le sont les fonctions mnésiques, langagières, praxiques, gnosiques, exécutives ou attentionnelles. Elle est le résultat de la mise en jeu de ces fonctions.

- Donc comprendre ce qui ne va pas dans la communication avec un patient, c'est quelque chose qui n'est pas simple, qui prend du temps et qui nécessite de se poser des questions (d'évaluer, de tester des hypothèses).

Les objectifs de cette évaluation sont  
(Fratalli et al. 1995, Rousseau ):

- - évaluer les capacités de communication.
- - déterminer les actes de langage encore utilisables.
- - déterminer les thèmes et les situations qui favorisent l' échange.

## Grilles du Gecco (Rousseau 2002):

- propose d'enregistrer les échanges du patient dans 3 situations de base:
- 1. entrevue dirigée (thème: autobiographie du patient).
- 2. tâche d'échange d'information (faire deviner une images sélectionnée parmi un choix multiple) dans une situation type PACE.
- 3. discussion libre (thème la situation présente).

- L'analyse quantitative et qualitative au moyen de grilles d'observation va fournir un profil de communication du patient. Il est efficace dans telle type de situation pour transmettre tel type d'information et de telle manière.

- En résumé: l'examen du langage et de la communication est une épreuve longue pour le patient. Il est important de tenir compte des autres aspects cognitifs des troubles pour l'interprétation des résultats (attention, flexibilité, capacités de reconnaissance visuelle,..... Et de la MOTIVATION du patient.
- Il faut bien sûr mettre le patient en confiance car on va le confronter à ses difficultés (qui le font déjà souffrir par ailleurs).
- Pour toutes ces raisons (et d'autres méthodologiques) il vaut mieux morceler l'examen.

# La Prise en charge orthophonique.

- Il s'agit d'une adaptation - réadaptation et non d'une rééducation.
- Les objectifs sont:
- Le maintien le plus longtemps possible des capacités de communication du patient et de ralentir le processus de dégénérescence.
- Permettre le maintien aussi longtemps que possible d'une vie socio-familiale et faire que le malade continue à être reconnu comme communiquant (Rousseau,2002)

# Trois modes d'intervention.

- 1. Réhabilitation cognitive individualisée ou spécifique.
- 2. Stratégie pragmatique ou fonctionnelle de la communication.
- 3. Aides externes.
  
- Ces moyens ne sont pas exclusifs les uns des autres et sont le plus souvent combinés dans une même prise en charge. Le recours à ces différents modes de PEC sera aussi variable dans le temps en fonction de l'évolution de la maladie.

# 1. Réhabilitation cognitive.

- Ce qu'elle n'est pas: stimulation globale non spécifique de capacités altérées et/ou préservées au travers de tâches mal contrôlées qui n'ont pas ou peu d'intérêt immédiat pour le patient du type: mots croisés, scrabble, entraînement « Nintendo » ou autre...

Ce n'est pas non plus une « rééducation » de la mémoire ou d'autres apprentissages.

## Elle s'appuie sur:

1. Le modèle de réserve cognitive (Stern, 2002,2006): vient de l'observation qu'il n'y a pas de relation directe entre le degré de la pathologie cérébrale et l'importance des troubles qui en découlent .
  - 2 types de réserves cognitives:
    - - passive: on dispose d'une réserve « neuro-anatomique » structurale qui permet de résister aux troubles en deçà d'un seuil critique.

- Active: le cerveau tente activement de s'adapter pour compenser l'effet des lésions cérébrales par le biais de 2 mécanismes:
  - une meilleure efficacité dans l'utilisation des neurones préservés.
  - la capacité à recruter des réseaux neuronaux alternatifs pour résoudre les difficultés. Les individus différencieraient entre eux par leur capacité à activer les zones résiduelles ou à en recruter de nouvelles (Seron 2009).

- 2. une idée à priori des mécanismes mentaux nécessaires pour la réalisation d'une tâche (modèles cognitifs du fonctionnement cérébral normal). Organisation du lexique mental et accès aux mots par exemple.
- 3. une situation de réadaptation qui va faire appel aux mécanismes d'apprentissage procéduraux (qui sont préservés dans la M.A.)

- 4. cette approche est en général utilisable dans les stades de début et modérés de la maladie.
- 5. L'objectif est avant tout fonctionnel et repose donc aussi sur une observation de ce qui est utile pour le patient au quotidien.

# Exemple:

- Un patient de 72 ans présente une M.A. évoluant depuis 2,5 ans. Il est botaniste averti mais ne veut plus fréquenter son club habituel. Il craint de ne pas trouver les mots lors des sorties champignons. On lui a proposé de travailler sur un lexique de base des champignons avec des listes courtes de noms de champignons et des photos. En séance à partir de ce matériel il lui a été proposé des exercices systématiques de:

- Dénomination avec aide (ébauche orale), de définitions, de descriptions.
- Classements par familles à partir de photos, de noms, des deux.
- Appariements de photos et de noms (e.g. bolet, amanite, agaric, russule,...).
- Appariements de noms et de caractères de classifications (à tubes, à lamelles, avec ou sans volve,...).
- Appariements de noms et de définitions et/ou de descriptions (chapeau, pied, roue dentée,...).

- Au cours de la PEC, le patient est retourné au club de botanique et a repris les sorties champignons.
- Cette approche est bien entendu limitée dans le temps et dans son champ d'application.
- les travaux scientifiques de validation restent peu nombreux (Dorenlot, 2006).
- Mais elle permet cliniquement de constater une amélioration des performances des patients sur certains aspects cognitifs. Des patients sont meilleurs après 6 mois d'intervention qu'au départ de la prise en charge. Ce qui va à contrario des idées reçues sur la maladie et qui voudraient que les patients se « dégradent inexorablement ». Il peut donc y avoir une récupération partielle et provisoire.

## 2. Prise en charge fonctionnelle de la communication (Carlomagno, 1994; Joannette 2006; Rousseau 2002).

- Intervention auprès du patient: mise en situation d'utilisation des capacités de communication préservées afin qu'en les utilisant le plus souvent possible, de façon procédurale et implicite, elles demeurent le plus longtemps possible (e.g. aller faire les courses, chez le boulanger, ou au marché...).

- Remédier à ces troubles (aider les patients), cela va être avant tout s'adapter:
- Modifier le contexte de la communication.
- Privilégier un ou des canaux de communication particulier.
- Adapter son message aux possibilités intellectuelles du patient, en fonction de ses attentes, de ses désirs et son histoire.

- Cela veut dire aussi qu'il n'y a pas de truc ou de recette toute faite qui permette de compenser les déficits ou d'aider les patients, de proposer LA SOLUTION. Pour chaque patient, pour chaque situation il faudra s'adapter et adapter l'environnement.

# Exemples:

- Face au retentissement des troubles attentionnels sur la communication , il faudra tenir compte de la fatigabilité du patient.  
capter son regard, renforcer le lien par un contact physique, éviter les interférences.

Face aux effets des troubles mnésiques sur la communication, on resituera l'échange dans son contexte en donnant des indices, éventuellement on s'appuiera sur des « aides externes »: agenda, cahier de communication.

- Face aux troubles de la reconnaissance visuelle: on renforcera le lien par un indice verbal. Je suis le fils de...; ou c'est le mari de .., corriger les erreurs mais avec tact. On ajoutera d'autres indices visuels.
- Face aux troubles du langage: aider en prêtant des mots, donner des mots clés, essayer de reformuler la pensée, ne pas corriger systématiquement les erreurs.

- On tachera de favoriser la réussite de l'échange, ce qui soulagera le patient.
- Lorsque les troubles sont légers et/ou modérés on veillera à stimuler les échanges et à multiplier les interactions sociales.  
Conserver son statut social, c'est fondamental.

Ce qui est le plus déroutant dans la maladie ce sont les troubles sévères et les problèmes de comportement. On ne sait pas comment réagir. Quand le malade répète sans cesse la même chose: prendre le temps de répondre, de renvoyer la question, trouver la source de l'angoisse. Si échec essayer de passer à autre chose ou de recentrer le patient sur les besoins fondamentaux (faim, soif,...).

- Quand on ne comprend pas, le formuler calmement, on essaiera plus tard.
- Face aux délires ou à la confusion, ne pas contredire, ne pas entrer non plus dans le délire.
- Face à l'écholalie, tenter d'apaiser par le contact physique, capter l'attention et orienter vers une autre activité.

- Face aux troubles sévères de la compréhension, utiliser des supports externes quand c'est possible (lecture, imagier, signalétique...).
- Même quand l'expression est très perturbée, continuer à garder un contact verbal avec le patient (stimulation douce).

- Adapter son langage aux capacités de compréhension: phrases courtes, concrètes, les questions ouvertes ne sont pas un frein à la qualité de la communication.

Ex: Absence de cohésion du discours: manque du mot, paraphasie.

- - encourager le patient à faire une périphrase.
- - Proposer des choix multiples: oui/non.
- - demander un synonyme, un qualificatif.
- Demander de faire un geste, de montrer, désigner.

- Intervention auprès de l'entourage: informer sur les capacités de communication préservées, donner des explications et montrer la manière d'adapter son propre comportement de communication pour que le patient soit en mesure d'utiliser ses capacités restantes. (ex: ne pas combattre les erreurs de langage ou reprendre systématiquement les mots erronés, fournir la réponse quand on a deviné le mot qu'il cherche...).

- Formation du personnel soignant en soins de longue durée afin de leur permettre de mieux adapter leurs propres comportements de communication.
- Sensibilisation du public afin de permettre une meilleure compréhension des situations vécues par les individus atteints de la M.A. et leurs proches.

### 3. Les aides externes.

- outils extérieurs qui vont servir de support au maintien de la communication.
- - cahier de communication/agenda.
- - listes de mots ou de noms.
- - arbre généalogique de la famille en photos + noms.
- - signalétique particulière dans le logement ou le lieu de vie.

- Ces modes d'intervention sont donc tous personnalisés ( à chaque patient).
- Leur utilisation dépendra des observations faites lors de la phase d'évaluation, sera adaptée en fonction du degré de gravité des troubles et des capacités résiduelles mais aussi de la motivation du patient et des objectifs fonctionnels que l'on a.
- L'anosognosie des troubles joue un rôle important dans la réussite de la PEC.

## Quelques conseils.

- - parler lentement.
- Laisser au patient suffisamment de temps pour répondre.
- Avoir une attitude réceptive.
- Attention au timbre de la voix.
- Éviter de parler à la place du patient.
- Ne pas utiliser de langage enfantin ou infantilisant.

- Préférer les situations duelles.
- Éviter les situations de mise en échec.
- Être clair, logique dans son discours et dans ses intentions.
- Éviter les mots non spécifiques (truc, machin).
- Segmenter son discours.
- Utiliser les mêmes mots et les mêmes phrases pour les mêmes situations.
- Prêter attention aux messages non verbaux.
- ne pas penser à priori que ce que dit le patient est incohérent.

# Pour conclure

- Les difficultés de communication ont des causes variées et variables (attention, langage, mémoire, état émotionnel...).
- Veiller à préserver la dignité du patient (empathie). Il reste notre alter ego, il importe de reconnaître sa qualité d'interlocuteur.
- Se projeter à sa place pour tenter de le comprendre, de créer un contact de qualité.

- Rester loyal. Les patients ne se trompent pas quand on est stressé, énervé, peu disponible ou qu'on leur cache quelque chose.
- de notre capacité d'adaptation dépendra la qualité de l'échange avec le patient.

## Références

- Alzheimer, A. (1907) Of a particular disease of cerebral cortex. Zentralblatt fur Nervenheilkunde und Psychiatrie, 30, 177-179.
- Fratalli CM, Thompson CM, Holland AL, Whol CB, Frekertic MM 1995. The FACS of Life ASHA facts – a functional outcome measure for adults. ASHA 37 (4) 40-46.
- Joanette Y, Kahlaoui M, Champagne-Lavau, Ska B, Troubles du langage et de la communication dans la maladie d'Alzheimer. In C. Belin, AM Ergis, O Moreaud eds. Actualités sur les démences: aspects cliniques et neuropsychologiques. Solal, éditeur, Marseille – 2006 pp 223-245.
- Dorenlot P. Démence et interventions non médicamenteuses: revue critique, bilan et perspectives. Psychologie et Neuro-Psychiatrie du vieillissement. Vol 4, n°2, 135-44, 2006.
- Seron X. La revalidation neuropsychologique: réflexions sur les tendances actuelles. In Adam S., Allain P., Aubin G., Coyette F. eds. Actualités en rééducation neuropsychologique: études de cas. Solal éditeur, Marseille – 2009 pp 9-28.
- Stern Y. (2002). What is cognitive reserve? Theory and research application of the reserve concept. Journal of International Neuropsychological Society, 8,3, 448-460.

- Cardebat, D, Aithamon, B & Puel M. (1995). Les troubles du langage dans la démence d'Alzheimer. In F. Eustache & A. Agniel (Eds). Neuropsychologie clinique des démences: évaluations et prises en charge. Marseille: Solal, Editeurs, pp 213-223.
- Stern Y. (2006). Cognitive reserve and Alzheimer disease. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 20,2,112-117.
- Rousseau Th. (2002) Evaluation cognitive. Evaluation des capacités de communication. Thérapie écosystémique des troubles de la communication dans le cadre des démences. Gecco. Ortho – édition.
- Dubois B, Emre M, Georges J, McKeith IG, Rossor M, Scheltens P, Tariska P, Winblad B. Recommendations for the diagnosis and management of Alzheimer's disease and other disorders associated with dementia: EFNS guideline. *Eur J Neurol*. 2007;14(1):e1-26.
- Carlomagno S. (1994) Pragmatic approaches to aphasia therapy. San Diego: Singular Publishing group, Inc.

- Lacroix, J., Joannette, Y. & Bois M. (1994) Un nouveau regard sur la notion de validité écologique: Apport du cadre conceptuel de la CIDH. *Revue de Neuropsychologie*, 4 (2), 115-141.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (IV – TR)- 4 th – text revisited ed.* Washington D.C. – 2000.
- Rousseau T. (2000) Evaluation et thérapie des troubles de la communication dans la maladie d'Alzheimer. In S. Winter & P. Perruchet (Eds). *Mémoire & apprentissages implicites* (pp 122 – 134). Besançon. Presses Universitaires Franc-Comtoises.