

UD P54 806
93-007

GRAPHIQUES

atterie d'examen des troubles en

of age- and demented-depen-
s sectional study with Alzheimer
controls", Functional Neurology,

"Normative data and screening
Token Test", Cortex, 14, p. 41-

McHUGH P.R., (1975), "Mini-
or grading the cognitive state of
of Psychiatric Research, 12, p.

WEIN M., KATZMAN R., PRIZE
Clinical diagnosis of Alzheimer's
ADRDA work group under the
d Human Services Task Force on
t, p. 939-944.

88), "The role of clinical neuro-
gnosis of Alzheimer's disease",
271.

A. JACQUEMIN¹ et M. VAN DER LINDEN²

Evaluation et prise en charge des patients
Alzheimer à un stade précoce de la maladie

I. INTRODUCTION

Les études neuropsychologiques récentes suggèrent que les patients Alzheimer ne présentent pas nécessairement une détérioration globale affectant l'ensemble des fonctions cognitives et que certains aspects de leur fonctionnement cognitif peuvent être sélectivement affectés par la maladie. Il existe en outre une importante hétérogénéité des déficits cognitifs manifestés par ces patients. Enfin, d'autres travaux ont isolé divers facteurs susceptibles d'améliorer la performance des patients déments (voir Van der Linden, 1991; Van der Linden et Hupet, 1993).

Ces données paraissent offrir les bases d'un renouveau dans les stratégies rééducatives visant à aborder les difficultés cognitives quotidiennes manifestées par les patients déments. D'une manière générale, il s'agira de tirer parti des capacités préservées mises en évidence chez les patients et d'exploiter l'ensemble des facteurs favorables susceptibles d'améliorer la performance (Van der Linden et Seron, 1989; Van der Linden et al., 1991;

¹ Unité de Revalidation Neuropsychologique, Cliniques Universitaires St Luc.

² Université Catholique de Louvain, Unité de Neuropsychologie cognitive.

Jacquemin et al., 1991). Suite au caractère évolutif de la maladie, une telle approche s'adressera préférentiellement aux états initiaux sans doute moins composites et elle consistera surtout à optimiser les performances du patient dément à chaque moment de son évolution.

II. L'EVALUATION COGNITIVE DES PATIENTS

Toute tentative de rééducation doit au préalable passer par un essai de compréhension du déficit : il s'agira plus précisément d'analyser les troubles à la lumière d'un modèle du fonctionnement normal de la conduite afin de repérer les composantes défectueuses et celles demeurées intactes. En effet, l'approche cognitive en neuropsychologie considère que le comportement d'un sujet résulte de l'activation d'un système de traitement de l'information composé d'unités de traitement relativement indépendantes. L'objectif de l'évaluation cognitive sera dès lors, au moyen d'épreuves explicitement construites en fonction d'un modèle du fonctionnement normal d'essayer d'identifier la ou les composantes déficitaires responsables du trouble relevé en surface. De ce point de vue, un simple repérage phénoménologique du déficit ou une analyse fonctionnelle des relations existant entre les événements antécédents, la conduite émise et les événements conséquents (telle qu'elle est menée en Thérapie Comportementale) ne permettront pas de comprendre de quel désordre sous-jacent dépend le trouble (pour une illustration de l'évaluation cognitive des déficits d'orientation topographiques, fréquents dans la maladie d'Alzheimer, voir Van der Linden et Seron, 1991).

Cette analyse des troubles ne pourra cependant pas se limiter aux situations de laboratoire mais devra permettre de comprendre les déficits tels qu'ils se produisent dans la vie quotidienne. L'essai de rééducation d'une activité quotidienne exige que l'on soit en mesure de comprendre quel aspect de cette conduite est déficitaire. Par exemple, si le patient n'est plus capable de téléphoner, il faut encore se demander pourquoi! A priori, il existe beaucoup de possibilités :

- le patient peut être incapable de lire les chiffres sur le cadran (problème de type perceptif),
- il peut ne plus se souvenir du numéro à composer et ne plus savoir où se trouve le répertoire des numéros utilisés par la famille (problème mnésique),

- il peut ne plus être capable (le numéro fait) d'entamer une conversation ou éprouver des difficultés à comprendre son correspondant (problème de langage), etc.

Il est le plus souvent bien difficile de découvrir la nature du trouble à partir du simple compte rendu qu'en fait le patient ou ses proches; l'idéal est alors d'avoir recours à une simulation. On placera le patient dans une situation réelle de la vie quotidienne au sein même du Centre de Revalidation, et on procédera à une analyse de ses conduites, pour tenter d'identifier la cause de ses difficultés, afin d'être ensuite en mesure d'y remédier. Ce projet d'observation et d'intervention sur des conduites proches de leur condition naturelle d'exercice exige idéalement l'aménagement d'un local polyvalent dit "lieu de vie".

Dans cette perspective, Skurla et al. (1988) ont récemment tenté d'établir une mesure directe de la performance quotidienne de patients Alzheimer en les testant dans des activités telles que s'habiller, faire une tasse de café instantané, téléphoner à une pharmacie afin d'obtenir les heures d'ouverture et effectuer un achat. Ces activités sont scindées en différentes sous-tâches. Des indices verbaux, visuels ou physiques sont fournis au patient en cas de difficulté. Deux scores sont calculés : un score "performance" qui tient compte du niveau d'assistance dont a eu besoin le patient pour chaque sous-tâche et un score global qui est la somme des différents scores "performance". Ce type d'évaluation à base de simulation constitue de toute évidence un moyen particulièrement efficace d'aborder le fonctionnement quotidien des patients déments. Il importe néanmoins que cette évaluation écologique et les analyses de tâches qui en découlent s'effectuent en maintenant un cadre interprétatif cognitif. Autrement dit, l'évaluation des troubles dans la vie quotidienne suppose l'énoncé d'un ensemble d'hypothèses quant aux processus impliqués et, en fonction des résultats obtenus aux examens neuropsychologiques de laboratoire, l'émission d'hypothèses quant à ceux qui se trouvent perturbés. D'autres outils d'évaluation peuvent également être utilisés afin d'aborder le fonctionnement quotidien tels que les questionnaires, "diaries" ou "check lists" (Van der Linden & Wijns, 1991).

III. LA PRISE EN CHARGE COGNITIVE

Les objectifs poursuivis par la prise en charge des patients déments ne sont pas fondamentalement différents de ceux qui sont établis dans la rééducation des lésions focales. On se rappellera cependant, qu'il ne s'agit pas ici de guérir le patient, personne ne peut en effet actuellement prétendre qu'une rééducation puisse avoir un effet sur le décours inexorable de la maladie. Simplement, on peut par diverses mesures individuelles et ajustées aux troubles aider un patient à mener le plus longtemps possible une existence digne.

On peut ainsi envisager la facilitation des processus cognitifs ou leur réorganisation. Dans la facilitation, il s'agira d'identifier certaines conditions ou contextes qui permettront aux composantes de traitement défectueuses d'opérer partiellement ou correctement et qui favoriseront l'accès à des représentations par ailleurs intactes. Dans la réorganisation, on vise à obtenir un comportement adéquat en ayant recours à d'autres processus que ceux qui sont défectueux. On peut également exploiter les capacités d'apprentissage résiduelles ou préservées d'un patient afin de lui apprendre ou réapprendre un stock limité de connaissances qui lui permettront de réaliser de manière autonome une tâche spécifique.

Ces stratégies qui visent à optimiser la performance déficitaire en réorganisant les sous-processus impliqués dans la réalisation d'une tâche ou en utilisant les capacités résiduelles ou préservées ne constituent cependant pas la seule voie rééducative possible. D'ailleurs, l'utilisation de ces stratégies internes n'est pas toujours possible chez les personnes démentes dont le système cognitif peut être altéré dans plusieurs de ses composantes. Un autre objectif de la prise en charge chez le patient dément pourrait dès lors être de confier une partie des fonctions déficitaires du patient à un support physique (des aides externes telles que le carnet-mémoire). Il ne s'agit cependant nullement de faire l'économie d'une analyse cognitive fine du trouble car un système compensatoire quel qu'il soit ne s'avérera réellement efficace que s'il est "taillé sur mesure", en fonction des déficits spécifiques et des capacités préservées de chaque patient.

La démence en progressant altère également les processus mentaux sous-tendant l'identité personnelle du patient : il en résulte que le patient se désoriente progressivement et perd le sens de son existence personnelle comme sujet. Un des objectifs de la thérapie sera également d'aider le

patient à préserver son identité personnelle en lui présentant régulièrement et en connivence avec ses proches, des informations l'aidant à conserver en mémoire les faits principaux de son existence passée et actuelle. La présentation de tels repères autobiographiques implique un dialogue constant avec la famille, qui seule peut nous apporter les matériaux nécessaires (photographies, films vidéo, objets personnels, anecdotes vécues, etc.) à cet aspect de la rééducation.

La survenue d'un état démentiel est vécu par l'ensemble de la famille du patient comme un événement traumatisant auquel personne n'est psychologiquement préparé. Il faut aider les proches du patient à comprendre le malade et à développer à l'égard du patient des conduites de compréhension et d'aide. Ce travail consiste tout d'abord à informer les proches sur la maladie et sur les déficits qu'elle va occasionner chez le sujet dément. Il faut aussi éviter, par des conseils et des explications, que ne se développent soit des attitudes infantilisantes (on se conduit avec le patient comme avec un enfant), soit des attitudes moralisantes (on l'accuse d'être de mauvaise volonté, de manquer de caractère, etc). On peut enfin apporter un soutien psychologique afin de prévenir au mieux les réactions de désespoir ou de dépression qui sont fréquentes chez les conjoints notamment. Enfin la prise en charge précoce permet lorsque le malade devient trop lourd à porter pour le milieu familial de l'aider à trouver une institution ou un lieu de vie adapté à son état.

IV. LE ROLE DU CONJOINT DANS LA PRISE EN CHARGE

Le conjoint du patient dément est amené à jouer un rôle capital aux différents temps de la prise en charge (pour une présentation plus détaillée de cette question voir Jacquemin et al., 1991). Outre son rôle dans le diagnostic et l'établissement des objectifs de la rééducation, le conjoint est également un acteur-clé de la prise en charge. Différents degrés d'intervention sont envisageables : il peut soit observer le travail du thérapeute avec le patient sans être directement impliqué dans la rééducation soit être associé au contrôle des exercices réalisés à domicile, ou encore prendre activement le rôle de thérapeute. Le choix du rôle qui est assigné au conjoint implique une bonne analyse de la dynamique relationnelle du couple. Ainsi, certains conjoints refusent d'endosser le rôle de thérapeute, soit parce qu'il est incompatible avec leur mode de relation antérieur, soit parce qu'il provoque chez le patient une frustration qui peut se transformer

en agressivité. La négociation à ce niveau est souvent délicate et cependant l'intervention du conjoint dans la prise en charge est indispensable. Dans le Centre de Revalidation nous avons l'habitude d'établir des "contrats thérapeutiques" qui précisent les objectifs de l'intervention mais aussi sa durée. Au terme de cette période, nous évaluons la pertinence de reconduire ou non un nouveau contrat. Si le conjoint n'a pu jouer un rôle actif de relais thérapeutique dans la mise en oeuvre à domicile des stratégies apprises au centre, nous sommes alors confrontés à des contrats qui se prolongent indéfiniment.

Idéalement, le conjoint pourrait participer au travail rééducatif selon trois axes :

- aménager l'environnement de vie en fonction des troubles cognitifs du patient;
- assister le patient dans son utilisation des aides externes;
- favoriser l'exploitation par le patient des facteurs d'optimisation et des capacités préservées, interagir avec lui dans des conditions favorables et éviter le recours aux capacités déficitaires.

V. ILLUSTRATIONS DE STRATEGIES D'EVALUATION ET DE REEDUCATION

Nous illustrerons par la présentation de la patiente NR comment une évaluation cognitive permet de comprendre la nature d'un déficit et d'orienter la prise en charge thérapeutique. Nous illustrerons ensuite une stratégie de réapprentissage avec la description d'une thérapie d'un manque du mot chez le patient JD. Avec le patient PV, nous décrivons l'utilisation de facteurs d'optimisation et nous insisterons sur le rôle du conjoint à la fois à l'étape diagnostique et à l'étape rééducative. Nous terminerons, avec la patiente AS par la description d'un carnet de communication.

V.1. De l'évaluation cognitive à la prise en charge thérapeutique.

La patiente NR est une femme de 64 ans présentant une démence d'Alzheimer probable. L'examen neuropsychologique effectué peu avant la prise en charge met en évidence un relatif maintien des fonctions mnésiques et des gnosies visuelles, un important manque du mot, des éléments de

dysorthographe et de dyslexie profonde, une apraxie constructive, une apraxie de l'habillage, une apraxie idéomotrice et idéatoire ainsi que d'importantes difficultés en calcul et dans le traitement des nombres. Elle montre des difficultés particulières dans la lecture des nombres, ce qui la gêne considérablement dans sa vie quotidienne. Ainsi par exemple, 281 est lu deux mille huit cent un alors que 1306 est lu correctement. En conséquence, si la patiente devait comparer deux étiquettes de prix, 281 était jugé plus cher que 1306.

Une évaluation cognitive des troubles de lecture des nombres arabes a été réalisée chez cette patiente par Noel et Seron (soumis). Une analyse détaillée des erreurs de NR a montré qu'elles survenaient le plus fréquemment dans la lecture des nombres à 3 chiffres et qu'elles étaient de type syntaxique (c'est-à-dire des erreurs qui modifient la grandeur du nombre par opposition à des erreurs lexicales ne portant que sur un élément du nombre). De plus, ces erreurs présentaient une structure régulière pouvant se décrire comme suit :

U1 MILLE U2 CENT U3

où U1 est le premier chiffre du nombre

U2 est le deuxième chiffre du nombre ou le troisième si le deuxième est égal à 0

U3 est le dernier chiffre du nombre.

Ainsi, par exemple, "279" était lu "2709" : on a ainsi U1=2 suivi de mille, suivi de U2=7, suivi de cent, suivi de 9 (=U3). Ce pattern d'erreurs a ensuite été interprété à partir du modèle de McCloskey et Caramazza (1987). Ceci a permis de dégager l'hypothèse d'un déficit syntaxique affectant spécifiquement le module de compréhension digitale, c'est-à-dire le module permettant l'accès à la représentation sémantique d'un nombre présenté en chiffres. Par ailleurs, la patiente était capable d'accéder à la représentation sémantique des nombres à partir de la forme phonologique. Cette analyse des performances de la patiente a ainsi permis de fixer un objectif précis à la rééducation : il s'agissait de réapprendre à la patiente à lire les nombres arabes à voix haute pour lui permettre d'accéder à la représentation sémantique à partir de cet input phonologique.

Un programme thérapeutique spécifique a été mis au point visant à améliorer non pas l'identification de chaque élément formant le nombre mais bien la syntaxe ou encore l'agencement des différents éléments. Pour ce faire, on a fourni à la patiente des indices sur lesquels les multiplicateurs

CENT et MILLE étaient inscrits. Ces indices étaient ensuite estompés progressivement :

CENT [6][1] → 5 / c 61
MILLE [7] CENT [6][0] → 3 / m / 7 / c 60

Le projet thérapeutique était divisé en différentes étapes allant de la détermination du nombre de chiffres composant un nombre à la lecture d'étiquettes de prix. Une ligne de base a été introduite avant la thérapie ainsi qu'après chaque étape. Les étapes de la thérapie étaient les suivantes:

- 1) sur une liste de nombres de 2 à 6 chiffres, indiquer le nombre de chiffres composant chaque item,
- 2) sur la même liste, pointer les nombres à 2 chiffres et les lire,
- 3) lire des nombres de 3 chiffres pour lesquels un indice complet était fourni,
- 4) lire les mêmes nombres de 3 chiffres mais où seuls des indices estompés étaient fournis,
- 5) lire des nombres de 3 chiffres sans aucun indice,
- 6) détecter sur une liste de nombres de 2 à 6 chiffres les nombres en 3 chiffres puis les lire,
- 7) sur cette même liste, détecter les nombres à 2 et 3 chiffres et les lire.

Une même logique de progression était ensuite proposée pour les nombres de 4, 5 et 6 chiffres. Enfin certains exercices de décontextualisation étaient prévus (lire des étiquettes de prix et les comparer). Le passage d'une étape thérapeutique à une autre ne s'effectuait que lorsque la patiente obtenait plus de 85% de réussite à deux séances consécutives.

Etant donné l'évolution de la maladie et particulièrement l'aggravation des problèmes visuo-perceptifs, la thérapie n'a été réalisée que jusqu'à la 7ème étape. Trois séances ont été nécessaires pour atteindre le critère dans la première étape, 5 séances ont été nécessaires dans l'étape 3 et 3 séances dans l'étape 7. Les autres étapes ont été facilement maîtrisées par la patiente et n'ont demandé que 2 séances.

V.2. Thérapie d'un manque du mot par l'utilisation d'une stratégie de réapprentissage (ou de rétablissement).

Le patient JD est un homme d'origine néerlandophone mais parfaitement bilingue (français-néerlandais). Il est âgé de 63 ans au moment du premier examen neuropsychologique. Le patient est nosognosique et il se plaint spontanément de troubles mnésiques et d'un manque du mot. Lors de l'examen, on observe quelques erreurs dans l'orientation spatio-temporelle, de légères difficultés attentionnelles, des troubles de la mémoire à court terme et à long terme, des signes d'apraxie constructive et enfin un manque du mot dans les deux langues. Sur la base des données neuropsychologiques et des examens neurologiques, l'hypothèse d'une maladie d'Alzheimer probable est émise.

Une prise en charge cognitive a été proposée et acceptée par le patient. Elle s'est centrée uniquement sur le manque du mot et a été réalisée en français respectant en cela le souhait du patient et de son épouse. Une stratégie de réapprentissage a été choisie car aucun type d'aides à la dénomination ne s'était avéré réellement efficace lors de l'évaluation de départ. Par ailleurs, Moffat (1989) avait utilisé avec succès cette stratégie dans la rééducation du manque du mot chez une patiente Alzheimer. Cette patiente âgée de 50 ans présentait une détérioration intellectuelle importante, de graves troubles mnésiques et un important manque du mot. Différentes tentatives de facilitation des performances en dénomination avaient été envisagées mais sans succès (notamment l'indigage phonémique). Par ailleurs, une étude préalable avait montré que la patiente ne pouvait retenir le nom d'un objet à dénommer que pendant quelques minutes seulement.

Une procédure d'expanded rehearsal fut alors utilisée afin de réapprendre à la patiente à dénommer une série de 20 images. Dans une première étape, le rééducateur demandait à la patiente de donner le nom d'une image qui lui était montrée. Ensuite, après un délai de 2 minutes, il lui demandait de nouveau de fournir le mot correspondant à l'image. En cas de réussite, le délai était doublé avant un nouveau contrôle. En cas d'échec, le délai était réduit de moitié. Les différentes images étaient ainsi introduites successivement. Toutes les trois sessions, les 20 images étaient administrées à la patiente dans le but de noter si des progrès se généralisaient aux items non encore entraînés. Les mesures de performance étaient d'une part la latence de dénomination, d'autre part le nombre d'items

correctement dénommés. Les résultats ont mis en évidence une augmentation rapide dans le nombre d'items correctement dénommés. De plus, on constatait une généralisation aux items non-entraînés. Par ailleurs, la latence de dénomination diminuait également en cours d'apprentissage.

Une stratégie analogue a été entreprise chez le patient JD. Une première étape a consisté à lui administrer trois fois de suite les 80 images du test de dénomination DO 80 (Metz-Lutz, 1991). Ceci nous a permis de sélectionner les images à travailler : ont été retenues les 31 images qui n'avaient jamais été dénommées correctement (non réponse, paraphasie ou réponse dans une autre langue) lors des trois passations. La rééducation a porté sur 9 séances au rythme de 2 séances d'une heure par semaine. La procédure utilisée et les résultats obtenus sont décrits de manière détaillée dans Jacquemin et al. (ce volume). En résumé, des progrès significatifs ont été enregistrés mais contrairement à Moffat, ils sont restés limités aux items traités. Par ailleurs, ces progrès se sont avérés relativement fragiles, ce qui suggère la nécessité d'un entretien régulier des acquis. Un nouveau contrat thérapeutique a été établi avec le patient et son conjoint portant sur le réapprentissage de mots fréquents et/ou utiles pour le patient dans sa vie quotidienne.

V.3. L'utilisation de facteurs d'optimisation et le rôle du conjoint.

PV est un homme de 68 ans présentant une maladie d'Alzheimer probable. L'anamnèse réalisée auprès du patient s'est révélée peu informative du fait d'une importante anosognosie. Les plaintes sont donc rapportées par l'épouse : troubles mnésiques, manque du mot et difficulté à retrouver les prénoms des proches, ralentissement généralisé. Par ailleurs, l'épouse nous signale l'existence chez son mari d'habiletés préservées dans un domaine où il avait acquis précédemment un degré élevé d'expertise à savoir la peinture. L'évaluation objective de ces capacités préservées a montré que PV restait capable de reconnaître les auteurs de divers tableaux et de les classer en fonction du mouvement artistique auquel ils appartenaient alors que des tâches comparables étaient quasi impossibles pour d'autres domaines de connaissances (musique ou politique par exemple).

L'examen neuropsychologique, quant à lui, met en évidence une importante désorientation temporelle, des difficultés attentionnelles et une apraxie constructive. On observe également une mémoire à court terme

légèrement déficitaire. En ce qui concerne la mémoire à long terme, il présente des performances très faibles en rappel libre; par contre, ses résultats sont nettement meilleurs en reconnaissance. Il montre également des performances relativement préservées aux épreuves de mémoire implicite qui n'exige pas une récupération consciente de l'information mémorisée (voir Van der Linden, 1992, pour une description de ces épreuves). Au niveau des fonctions langagières, on constate la présence d'un manque du mot ainsi que l'efficacité relative de l'indigage phonémique.

L'évaluation neuropsychologique réalisée chez PV a permis de mettre en évidence plusieurs facteurs susceptibles d'améliorer son fonctionnement cognitif. Par exemple, sa performance mnésique était meilleure en situation de reconnaissance et son manque du mot était réduit par la présentation d'ébauches phonémiques. Sur cette base, nous avons appris à l'épouse du patient au moyen de jeux de rôle et de simulations d'activités de la vie quotidienne à utiliser concrètement ces moyens de facilitation. Par exemple, pour exercer le conjoint à utiliser la stratégie de reconnaissance en mémoire, nous avons simulé une situation d'appel téléphonique. Le patient et le conjoint étaient seuls dans des pièces différentes. Un rééducateur était dans une troisième pièce et transmettait par téléphone un message au patient. Ensuite, le conjoint et le thérapeute rejoignaient le patient et le conjoint était amené à poser des questions concernant la nature de l'appel téléphonique. Dans la mesure où le patient était incapable de fournir spontanément le contenu du message suite à une consigne explicite de récupération (qui a téléphoné ?), nous avons appris à son épouse à formuler ses questions de telle manière que son mari puisse exploiter ses capacités de reconnaissance : "quelqu'un a-t-il téléphoné, oui ou non?", "s'agissait-il d'amis, de membres de la famille, d'un client, d'une connaissance, d'une erreur...?". En fonction des réponses du patient le conjoint devait restreindre progressivement le choix des possibles. Par ailleurs, si le patient manifestait un manque du mot lors du recouvrement de l'information, le conjoint proposait une ébauche phonémique (par exemple : "c'est donc une de nos filles qui a téléphoné, était-ce A ou M?").

V.4. Utilisation d'aides externes.

La patiente AS présente un tableau d'aphasie lentement progressive depuis environ 1986 et pour laquelle Cranhaels et al. (1990) ont émis l'hypothèse d'une démence de Pick. Chez cette patiente devenue quasi

mutique, une de nos collègues, Véronique de Wilde décida d'installer un carnet de communication après différentes tentatives de rééducation plus "classiques". Cette décision fut motivée par le fait que la patiente montrait de meilleures performances en reconnaissance qu'en expression ainsi qu'une supériorité de l'écrit sur l'oral. Ce carnet de communication fut introduit en 1989 et depuis lors a subi plusieurs modifications afin de s'adapter à l'état de la patiente. (voir Jacquemin et al., pour une description détaillée du premier carnet et de la procédure d'apprentissage utilisée). Récemment, un second carnet de communication inspiré de celui proposé par Bourgeois et Holland a été proposé à la patiente. Ce carnet comprend beaucoup moins d'informations que le premier et est plus orienté vers la mémoire autobiographique : il a pour objectif de permettre à la patiente maintenant complètement mutique et très largement handicapée au niveau de l'écriture de conserver une identité. Ce carnet est subdivisé en quatre domaines : le domaine "communication" dans lequel on peut trouver "bonjour" ou encore: "j'ai des difficultés pour m'exprimer et pour comprendre, ce carnet est là pour m'aider", le domaine "vie personnelle", ("je m'appelle AS"), le domaine "famille" ("mon mari s'appelle...") et enfin le domaine "ma journée" ("je me lève vers 7 heures"). Le nombre d'informations par domaine varie de 5 à environ 20. Chaque information est représentée par une photo accompagnée d'une phrase. Par exemple, la section "ma journée" comprend l'information "vers 7 heures, je promène mon chien" et la photo de AS en robe de chambre, près de la porte, le chien tenu en laisse.

CONCLUSIONS

Dans cet article, nous avons tenté de montrer l'importance d'une prise en charge précoce des déficits cognitifs dans les états démentiels, et nous avons également indiqué les raisons qui permettent de considérer qu'une telle prise en charge est possible. L'objectif général sera d'optimiser les performances du patient dément en exploitant au mieux ses capacités résiduelles ou préservées ou en modifiant son environnement. Ceci exige une analyse préalable des troubles afin de repérer les composantes défectueuses et celles demeurées intactes et d'identifier d'éventuels facteurs d'optimisation. Enfin, cette approche exige une participation active du conjoint ou des personnes proches.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- BACHY-LANGEDOCK N., (1989), "Batterie d'examen des troubles en dénomination", Bruxelles, Editest.
- DEWILDE V., (en préparation), "Utilisation d'un carnet de communication chez une patiente présentant une aphasia lentement progressive".
- JACQUEMIN A., CALICIS F., VAN DER LINDEN M., WIJNS Ch. & NOEL M.P., (1991), "Evaluation et prise en charge des déficits cognitifs dans les états démentiels", in M.P. De Partz & M. Leclercq (Eds), Rééducation Neuropsychologique, Paris, Ed. de la Société de Neuropsychologie de Langue Française.
- Mc CLOSKEY M. & CARAMAZZA A., (1987), "Cognitive mechanisms in normal and impaired number processing", in G. Deloche & X. Seron (Eds), "Mathematical disabilities : a cognitive neuropsychological perspective", Hillsdale NJ, Lawrence Erlbaum Associates.
- McKAHNN G. et al., (1984), "Clinical diagnosis of Alzheimer's disease : report of the Nincds-Adrda Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease", *Neurology*, 34, p. 939-944.
- METZ-LUTZ M.N., KREMIN H., DELOCHE G., HANNEQUIN D., FERRAND I., PERRIER D., QUINT S., DORDAIN M., BUNEL G., CARDEBAT D., LARROQUE C., LOTA A.M., PICHARD B. & BLAVIER A., (1991), "Standardisation d'un test de dénomination orale : contrôle des effets de l'âge, du sexe et du niveau de scolarité chez les adultes normaux", *Revue de Neuropsychologie*, 1, p. 73-95.
- MOFFAT N.J., (1989), "Home-based cognitive rehabilitation with the elderly", in L.W. Poon, D.C. Rubin, & B. Wilson (Eds), "Everyday cognition in adulthood and late life", Cambridge, Cambridge University Press.
- NOEL M.P. & SERON X., (soumis), "Arabic number reading deficit. A single case study or when 236 is read (2306) and judged superior to 1258".

- SKURLA E., ROGERS J.C. & SUNDERLAND T., (1988), "Direct assessment of activities of daily living in Alzheimer's disease. A controlled study", *Journal of American Geriatrics Society*, 36, p. 97-103.
- SOHLBERG M.M. & MATEER C.A., (1989), "Training use of compensatory memory books : a three-stage behavioral approach", *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 6, p. 871-891.
- VAN DER LINDEN M., (1991), "Les facteurs d'optimisation de la performance mnésique chez les patients Alzheimer : implications pour la prise en charge. Actes du 6e Congrès de la Fondation Nationale de Gériatrie, "Mémoire et Vieillesse", Paris, Maloine S.A., p. 253-261.
- VAN DER LINDEN M., (1992), "Effets de priming et apprentissage sémantique chez le patient amnésique : données empiriques et interprétations théoriques", *Psychologica Belgica*, 32, p. 3-51.
- VAN DER LINDEN M. & SERON X., (1989), "Prise en charge des troubles cognitifs", in O. Guard et B. Michel (Eds), "La maladie d'Alzheimer", Paris, Medsi/mc Graw-Hill.
- VAN DER LINDEN M. & WIJNS Ch., (1991), "L'évaluation des troubles de la mémoire en neuropsychologie", in M. Van der Linden & R. Bruyer (Eds), "Neuropsychologie de la mémoire humaine", Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble.
- VAN DER LINDEN M. & SERON X., (1991), "I disturbi dell'orientamento topografico. Proposte per un progetto terapeutico", in D. Grossi (Ed.), "La riabilitazione dei disturbi della cognizione spaziale", Milano, Masson.
- VAN DER LINDEN M. & HUPET M., (1993), "Le vieillissement cognitif", Paris, PUF.
- VAN DER LINDEN M., ANSAY C., CALICIS F., JACQUEMIN A., SCHILS J.P., SERON X. & WIJNS Ch., (1991), "La prise en charge des déficits cognitifs dans la démence d'Alzheimer", in M. Habib, Y. Joanne et M. Puel (Eds), "Syndromes démentiels : approche clinique et neuropsychologique", Paris, Masson.

A. JACQUEMIN¹, M. VAN DER LINDEN & P. FEYEREISEN²

Thérapie du manque du mot chez un patient bilingue, présentant une maladie d'Alzheimer probable

INTRODUCTION

Le manque du mot est généralement reconnu comme représentant le déficit langagier le plus fréquemment rencontré dans les stades précoces de la maladie d'Alzheimer. En 1989, Moffat a entrepris avec succès une rééducation de ce trouble chez une patiente Alzheimer, au moyen de la procédure dite d'*expanded rehearsal*. Nous avons personnellement adapté cette technique pour la rééducation d'un manque du mot chez un patient bilingue, le cas JD. Le choix de cette technique a été motivé par deux observations : l'efficacité de la technique dans le cas traité par Moffat (1989) et l'inefficacité, chez JD, des aides en dénomination proposées dans une sous-épreuve de la batterie de N. Bachy-Langedock (1989).

¹ Centre de Réhabilitation Neuropsychologique, Cliniques Universitaires St Luc, Groupe Vieillesse, Louvain-en-Woluwe.

² Chercheurs Qualifiés au Fonds National de la Recherche Scientifique, Unité NECO, Département de Psychologie Expérimentale, Université Catholique de Louvain.