

***Communiquer avec des personnes atteintes d'un
Trouble Neurocognitif Majeur de type Alzheimer***

Travail de Bachelor

SCHIFFER Gaëtan

N° 19543941

BERTHET Justine

N °17310467

Directrice :

Mastromauro Laura – Chargée de cours

Membre du jury externe :

Poio-Paluch Stéphanie - Infirmière spécialiste clinique à L'IMAD

Juillet 2022

Filière soins infirmiers

Haute école de Santé de Genève

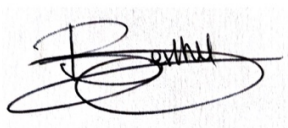
DECLARATION

« Ce travail de Bachelor a été réalisé dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à la Haute école de santé - Genève en vue de l'obtention du titre de *Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers* ». L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans le travail de Bachelor, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle du directeur du travail de Bachelor, du juré et de la HEdS.

Nous attestons avoir réalisé seuls/seules le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie ».

Fait à Champel, le 22 juillet 2022.

Justine BERTHET ; Gaëtan SCHIFFER



RESUME

Thème :

La population âgée étant en augmentation, les personnes atteintes de Maladies dégénératives sont de plus en plus nombreuses. Le trouble neurocognitif majeur de type Alzheimer (TNCM) est le plus répandu et le plus connu à l'heure actuelle. Cette maladie engendre des troubles cognitifs considérables et se divise en plusieurs stades. Ces troubles auront de lourdes conséquences sur la personne dans son quotidien. A mesure que les symptômes s'aggravent, la communication devient complexe. Cette communication altérée aura des répercussions sur la personne et son environnement.

Problématique :

La difficulté de compréhension et de communication de la personne malade est une des principales causes d'une prise en soins complexe. Il est donc pertinent de comprendre la manière dont ces difficultés se manifestent. De ce fait, les soignants peuvent interpréter les besoins de ces personnes dans le but de répondre adéquatement à ceux-ci.

Résultats :

Une revue de littérature a été effectuée à partir de deux bases de données : Pubmed et CINHALL. Cette recherche a permis de sélectionner six articles en lien avec la question de recherche. Les résultats des six articles retenus, permettent de mettre en évidence les manifestations de la maladie et leurs répercussions sur la communication. Les résultats ont été comparés et chaque article a permis d'apporter des éléments distincts dans le but d'expliquer de manière précise les conséquences de cette maladie et comprendre comment améliorer au mieux la communication.

Discussion :

Après l'analyse de nos études, une discussion est développée à travers diverses thématiques visant à rassembler les éléments qui répondent à la question de recherche : l'apraxie oro-faciale, l'aphasie, l'évolution de la maladie, le mode de communication, l'éducation des professionnels et la physiopathologie. Cela a mené à des hypothèses sur les pistes d'amélioration de la prise en soins à travers une communication adaptée aux personnes atteintes d'un TNCM de type Alzheimer.

Mots-clés :

Personnes âgées - Maladie d'Alzheimer - difficultés communicationnelles - soins infirmiers

Keywords :

Elderly people - Alzheimer's disease - communication difficulties - nursing care -.

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, nous tenons à remercier notre directrice de Travail de Bachelor, Laura Mastromauro, qui a été d'une aide précieuse tout au long de notre rédaction. Pour ces conseils avisés qui nous ont permis de progresser durant ce travail. Nous remercions également madame Pinto Coelho Texeira Sara qui a été un appui et a fait preuve d'écoute durant les cours théoriques de Recherche 5 & 6.

Nous avons une pensée particulière envers notre camarade, Manda Randriatsimihoatra qui a aussi contribué à l'élaboration du travail. Nous lui souhaitons un épanouissement dans ses projets futurs.

Enfin, nous remercions chaleureusement nos familles et nos amis pour l'accompagnement et le soutien quotidien apporté tout au long de notre formation.

LISTE DES ABREVIATIONS

ASFF	Approche des soins fondés sur les forces
AVQ	Actes de la vie quotidienne
EMS	Établissement médico-social
HEdS	Haute École de Santé
MA	Maladie d'Alzheimer
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
SCPD	Symptômes Comportementaux et Psychologiques de la Démence
TNCM	Troubles Neurocognitifs Majeurs

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 PICO.....	25
Tableau 2 Mots Clés, Mesh Terms synonymes et traductions.....	26
Tableau 3 Équation de recherche Pubmed.....	28
Tableau 4 Équation de recherche CINHALL.....	29
Tableau 5 Critère d'inclusion et d'exclusion.....	30
Tableau 6 Comparatif des études retenues pour l'analyse critiques.....	36-48
Tableau 7 Synoptique des dimensions et thèmes abordés.....	51

LISTE DES FIGURES

Figure 1 Diagramme de Flux.....	31
Figure 2 Pyramide de Polit and Beck.....	32

Table des matières

Déclaration	<i>i</i>
Résumé	<i>iii</i>
Remerciements	<i>iv</i>
Liste des abréviations.....	<i>v</i>
Liste des tableaux.....	<i>vi</i>
Liste des figures.....	<i>vi</i>
1. Préambule	<i>xi</i>
2. Introduction	<i>1</i>
3. État des connaissances.....	<i>2</i>
3.1. La Population vieillissante.....	<i>2</i>
3.2. La cognition et les troubles neurocognitifs	<i>3</i>
3.3. Troubles neurocognitifs majeurs de type Alzheimer	<i>5</i>
3.3.1. Quelques chiffres	<i>5</i>
3.3.2. L'étiologie/ physiopathologie.....	<i>5</i>
3.3.3. Les troubles spécifiques : domaines cognitifs atteints et manifestations.....	<i>6</i>
3.3.4. Les symptômes secondaires.....	<i>7</i>
3.3.5. Les symptômes comportementaux.....	<i>8</i>
3.3.6. Les symptômes psychologiques	<i>9</i>
3.3.7. Les critères diagnostics et l'évolution :	<i>10</i>
3.3.8. Les traitements en lien avec la maladie :	<i>11</i>
3.4. La Communication	<i>12</i>

3.4.1.	Maladie d'Alzheimer et troubles de la communication	13
3.4.2.	Répercussion d'une communication altérée pour la personne atteinte.....	13
3.4.3.	Les répercussions d'une communication altérée pour la personne atteinte et les aidants. 15	
3.4.4.	Les répercussions d'une communication altérée pour la personne atteinte et les soignants 16	
4.	Modèle théorique	17
4.1.	Le modèle théorique retenu au regard de notre problématique.....	17
4.2.	École de pensée et niveau d'abstraction	18
4.3.	La méthodologie de la pratique	18
4.4.	Les méta concepts	19
4.4.1.	La personne	19
4.4.2.	La santé	19
4.4.3.	L'environnement	20
4.4.4.	Les soins infirmiers	20
4.5.	Les concepts et postulats	21
4.5.1.	Une construction sur les 4 piliers fondamentaux :.....	21
4.5.2.	Une Approche axée sur la philosophie et les valeurs qui guident l'action :.....	21
4.5.3.	Les huit valeurs universelles primordiales qui appuient les soins infirmiers fondés sur les forces : 21	
4.5.4.	Découvrir, apprendre, évoluer et travailler avec les forces :	23
5.	Problématique	24
5.1.	Question de recherche	24
6.	Méthode	25

6.1.	Source d'information et stratégie de recherche	25
	Tableau 1 : PICO	25
	Tableau 3 : Equation de recherche PubMed	28
	Tableau 4 : Equation de recherche CINAHL.....	29
6.2.	Diagramme de Flux	31
7.	Résultats.....	32
7.1.	Niveau de preuve.....	32
7.2.	Analyse critique des articles retenus	35
7.3.	Tableau comparatif.....	35
7.4.	Synthèse des résultats	48
7.5.	Les thématiques relevées dans la revue de littérature	51
8.	Discussion	52
8.1.	Analyse de thèmes.....	52
	8.1.1. L'aphasie	52
	8.1.2. L'apraxie oro-faciale	54
	8.1.3. Les modes de communication.....	55
	8.1.4. L'éducation des professionnels de santé	56
	8.1.5. L'évolution de la maladie	57
	8.1.6. Physiopathologie.....	58
8.2.	Recommandations	60
	8.2.1. Pour la pratique.....	60
	8.2.2. Pour la formation	61

8.2.3.	Pour la recherche	62
9.	<i>Conclusion</i>	63
9.1.	Apports du travail	63
9.2.	Limites du travail	64
10.	<i>Références</i>	65
11.	<i>Annexes</i>	68
11.1.	Tableaux articles	68
11.1.1.	Tableau Article 1 Grille STROBE :	68
11.1.2.	Tableau article 2 Grille CONSORT :	72
11.1.3.	Tableau Article 3 Grille STROBE :	78
11.1.4.	Tableau article 4 Grille STROBE :	82
11.1.5.	Tableau Article 5 Grille STROBE :	87
11.1.6.	Tableau Article 6 Grille STROBE :	91
11.1.7.	Tableau Pubmed :	99
11.1.8.	Tableau Cinhal :	103

1. PRÉAMBULE

L'intérêt principal du groupe du Travail de Bachelor a tout d'abord été porté sur les démences en général, à la suite des diverses expériences de stage ainsi que nos intérêts personnels sur ce sujet. Durant notre cursus et nos expériences professionnelles dans la santé, nous avons observé que plusieurs patients vivent avec des démences et des problématiques qui découlent de celles-ci. Grâce à la littérature en lien avec la maladie d'Alzheimer et ses conséquences, nous avons perçu que cette déficience cognitive est très répandue. En se focalisant davantage sur les recherches, le constat est que de nombreux articles et livres ont été rédigés à propos de cette maladie. C'est notamment pour cette raison que nous nous sommes penchés sur ce sujet durant notre travail en 2ème année.

Durant nos stages en EMS, il nous est arrivé d'être confrontés aux difficultés qu'apporte la maladie d'Alzheimer à la personne et à son entourage en lien avec tous les symptômes associés à la maladie. Nous avons également remarqué que la prise en soins prenait plus de temps dû aux difficultés communicationnelles et aux capacités de compréhension réduites de ces personnes. Nous sommes souvent dans l'impasse lors des discussions, ce qui peut amener à une certaine frustration de la part du soignant, mais aussi du patient confus. Néanmoins, ces situations nous ont beaucoup questionnées quant à la prise en soins au-delà de la médication. C'est pourquoi, l'envie de vouloir s'interroger sur la prise en soins globale de cette maladie nous est venue.

De plus, certains d'entre nous ont été touchés personnellement par l'impact de la maladie d'Alzheimer en ayant des proches atteints. Nous avons donc l'expérience du proche aidant et la notion des impacts que cette maladie peut avoir sur toute une famille. De ce fait, notre intérêt sur le sujet nous tient d'autant plus à cœur.

La population vieillissante étant en constante augmentation, nous pensons que ce sujet est au cœur de l'actualité et qu'il mérite une attention particulière, car cette problématique fera partie intégrante de notre future profession.

A l'heure actuelle, aucun traitement n'est connu pour guérir la maladie d'Alzheimer, bien qu'en stage nous ayons tous principalement vu des approches médicamenteuses en lien avec les symptômes associés. C'est pourquoi nous nous sommes penchés sur ce sujet, dans le but d'améliorer le rôle infirmier face aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Après discussion, c'est donc sur ce sujet que les réflexions et recherches ont été menées.

2. INTRODUCTION

Ce travail est l'achèvement de trois années d'études à la Haute École de Santé de Genève (HEdS) dans la filière des soins infirmiers. Lors de cet écrit, l'objectif a été de répondre à une question de recherche préalablement élaborée. Pour ce faire, une revue de littérature composée de six articles scientifiques a été effectuée.

En premier lieu, ce travail se penchera sur le Trouble neurocognitif majeur de type Alzheimer (TNCM), l'épidémiologie de ce trouble, la physiopathologie et les conséquences associées. Par la suite, son impact sur la communication sera abordé. Le TNCM de type Alzheimer entraîne de nombreux troubles cognitifs qui entravent les capacités de communication de la personne de manière qualitative et quantitative (Voyer, 2021). Ainsi, afin de comprendre en détail quelles sont les manifestations qui altèrent la communication, une recherche d'articles concernant ce sujet a été conduite. L'objectif de cette revue de littérature est d'expandre les connaissances sur la maladie et ses conséquences, afin que dans un deuxième temps, la personne atteinte puisse être prise en soins adéquatement par rapport à ses difficultés et ses besoins. La théorie de Gottlieb (2014) a donc du sens dans ce travail de recherche, étant donné que l'on se penche sur la personne malade et les impacts que celle-ci a sur son quotidien et son entourage. L'identification des forces et des faiblesses de la personne permettra ensuite de parfaire la prise en soins. Dans l'intention de trouver des articles pertinents, le procédé de recherche est décrit dans la méthodologie. Les articles choisis seront analysés et les principaux résultats pourront ainsi être décrits et critiqués. Lors de la discussion, les résultats dans des thèmes qui répondent à la question de recherche seront rassemblés. Ils seront mis en corrélation avec l'Approche des soins fondés sur les forces (ASFF) de Laurie Gottlieb.

Enfin, les limites rencontrées durant l'élaboration de ce travail seront énoncées et des recommandations impactant l'évolution de la pratique, de la recherche et de la formation des soins infirmiers seront proposées.

3. ÉTAT DES CONNAISSANCES

3.1. La Population vieillissante

Depuis plusieurs années, le vieillissement de la population ne fait qu'augmenter. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), « le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus dépasse désormais celui des enfants de moins de 5 ans. D'ici 2050, les personnes âgées de 60 ans et plus seront plus nombreuses que les adolescents et les jeunes âgés de 15 à 24 ans » (2021). Le monde entier est donc concerné par la croissance du nombre de personnes âgées. En Suisse, l'Office cantonal de la statistique de Genève (OCSTAT, 2016) prévoit un accroissement entre 60,9 % et 64% entre 2015 et 2040, le groupe des personnes âgées de 65 ans et plus sera donc celui qui va augmenter davantage. Elles vivront avec des pathologies chroniques qui sont globalement associées au vieillissement (OMS, 2021). D'après l'OMS, « Le déficit auditif, la cataracte et les défauts de réfraction, les lombalgies et cervicalgies, l'arthrose, la bronchopneumopathie chronique obstructive, le diabète, la dépression et la démence sont des problèmes de santé courants chez les personnes âgées. En outre, à mesure qu'ils prennent de l'âge, les gens risquent davantage de souffrir simultanément de plusieurs problèmes de santé » (2021).

Les démences touchent principalement les personnes âgées et font partie des principales causes de dépendance (OMS, 2021). A ce jour, 50 millions de personnes sont atteintes de démence dans le monde et s'élèvent de 10 millions chaque année (OMS, 2021). D'après l'OMS (2021), on compte plusieurs formes de démence, « la maladie d'Alzheimer est la cause la plus courante de démence et serait à l'origine de 60 à 70% des cas ». Il s'agit du trouble neurocognitif le plus répandu et le plus connu à l'heure actuelle.

D'après Alzheimer Suisse, il y aurait 146 500 personnes atteintes de démences en Suisse et ce chiffre ne cesserait d'accroître (2021). La proportion des femmes par rapport aux hommes atteints est communément plus élevée (66%) (Alzheimer Suisse, 2021).

Environ 8140 citoyens vivant dans le canton de Genève sont atteints de démence, ce qui implique des actions cantonales afin que cette population bénéficie d'un dépistage rapide, soit diagnostiquée et profiter d'un suivi approprié (Alzheimer Suisse, 2021). Il existe des centres spécialisés, appelés Centres mémoire, situés dans de nombreuses villes en Suisse. Dans ces établissements, des spécialistes de plusieurs disciplines collaborent afin d'établir un diagnostic précis (Alzheimer Suisse, s.d.).

Cette augmentation de l'incidence mondiale et suisse de personnes atteintes de démences engendre des coûts également augmentés (OMS, 2021).

L'OMS (2021) affirme qu'au niveau mondial, les démences en général impliquent de nombreux effets au niveau social et économique dans la société, ces effets se traduisent par une majoration des coûts médicaux, sociaux ainsi que des frais pour les soins informels. « En 2015, le coût sociétal total de la démence dans le monde était estimé à 818 milliards de dollars (US), soit 1,1% du produit intérieur brut (PIB) mondial. Le coût total en pourcentage du PIB variait de 0,2% dans les pays à revenu faible à 1,4% dans les pays à revenu élevé » (OMS, 2021).

Sur le territoire helvétique, Alzheimer Suisse (2019) décrit que : « aujourd'hui en Suisse, les démences entraînent chaque année des coûts totaux estimés à 11,8 milliards de francs. Les dépenses directes (6,3 milliards, soit 53% des dépenses totales), englobent les séjours à l'hôpital ou en EMS, les soins à domicile, les diagnostics, les consultations médicales et les médicaments. Les dépenses indirectes (5,5 milliards, soit 47% des dépenses totales) sont supportées par les proches ».

3.2. La cognition et les troubles neurocognitifs

La cognition est l'ensemble des processus mentaux permettant de saisir, d'assimiler, mémoriser et traiter l'information reçue. Ces processus recouvrent les fonctions suivantes :

- L'attention complexe (attention soutenue, divisée, sélective et vitesse de traitement) est la capacité à traiter une ou plusieurs informations en même temps (DSM-V, 2013).
- L'apprentissage et la mémoire. Il existe plusieurs mémoires dont la mémoire immédiate, la mémoire des faits récents et la mémoire à très long terme (DSM-V, 2013).
- Le langage expressif, comprenant la dénomination, la fluence verbale, la grammaire, la recherche des mots et la dénomination. Il y a également le langage réceptif (DSM-V, 2013).
- Les fonctions exécutives se définissent par : la planification, la prise de décision, la mémoire de travail, les habitudes ancrées et contrôle inhibiteur et la capacité de corriger en réponse à des commentaires (DSM-V, 2013).
- L'activité perceptivo-motrices comprenant les habiletés dont les activités visuo-perceptives, perceptivo-motrices, visuo-constructives, gnosies et praxies (DSM-V, 2013).

- La cognition sociale permet la reconnaissance des émotions et inclut la théorie de l'esprit (DSM-V, 2013).

Les troubles neurocognitifs anciennement appelés sous le terme « démence » sont définis selon le DSM-V (2013) comme : « Un trouble ou déclin cognitif correspond à une altération d'une ou plusieurs fonctions cognitives, quel que soit le mécanisme en cause, son origine ou sa réversibilité. Un trouble cognitif peut avoir une origine neurologique, psychiatrique, médicamenteuse, etc. » (p.721).

Toujours selon le DSM-V (2013) : « Un trouble neurocognitif (TNC) : une réduction acquise, significative et évolutive des capacités dans un ou plusieurs domaines cognitifs. Ce déclin cognitif est persistant, non expliqué par une dépression ou des troubles psychotiques, souvent associé à un changement de comportement, de personnalité » (p.722).

Le trouble neurocognitif se divise en deux groupes :

- TNC majeur : un déclin acquis, significatif et progressif des capacités dans un ou plusieurs domaines cognitifs, suffisamment important pour que la personne ne soit plus capable d'effectuer les activités de la vie quotidienne en autonomie : gérer ses dépenses et revenus, ses traitements, faire ses courses, utiliser les transports ou encore manier les outils informatiques. En revanche, Ce trouble se distingue d'un syndrome confusionnel. (DSM-V, 2013 ; HAS, 2011).

- TNC léger : un déclin similaire au TNC majeur se trouvant dans un ou plusieurs domaines cognitifs, mais avec des capacités préservées permettant d'exécuter les activités de la vie quotidienne de manière autonome. (DSM-V, 2013 ; HAS, 2011).

Le DSM-V (2013) introduit un changement au niveau des troubles de la mémoire. Ceux-ci ne sont plus essentiels pour porter ce diagnostic. Il existe des TNC majeurs dans lesquels la perte de mémoire apparaît tardivement au cours de la maladie (exemple : dans la démence fronto-temporale). De même, des critères diagnostiques spécifiques sont utilisés pour définir les différents sous-types étiologiques (DSM-V, 2013).

Les sous-types de TNC les plus répandus sont : la maladie d'Alzheimer (le trouble neurocognitif le plus fréquent), les dégénérescences fronto-temporales (anciennement nommées démences fronto temporales), la maladie à corps de Lewy (démence à corps de Lewy), la maladie vasculaire (démence vasculaire), la maladie de Creutzfeldt-Jakob, les troubles neurocognitifs mixtes (qui sont le deuxième type le plus courant), la maladie de Parkinson, etc. (DSM-V, 2013). Il existe une échelle avec 7 champs permettant d'identifier le

déficit cognitif et d'évaluer le degré de démence de la personne. Ces sept stades ont été créés par le docteur Barry Reisberg, chef de clinique de la New York University School of Medicine's Silberstein Aging and Dementia Research Center (Alzheimer Association, 2021).

3.3. Troubles neurocognitifs majeurs de type Alzheimer

3.3.1. Quelques chiffres

Le TNC le plus commun est de type Alzheimer. Selon le DSM-V (2013), « 7% des sujets chez qui une maladie d'Alzheimer est diagnostiquée ont entre 65 et 74 ans, 53% ont entre 75 et 84 ans, et 40% ont 85 ans ou plus. Le pourcentage des démences imputables à la maladie d'Alzheimer se situe entre 60 et 90%, en fonction du contexte et des critères diagnostiques » (p.723).

Le diagnostic du trouble neurocognitif majeur (TNCM) de type Alzheimer se base sur les critères diagnostiques du National Institute on Aging, de l'Alzheimer's Association et selon ceux du DSM-V (Voyer, 2021).

Selon la Haute Autorité de Santé (2011), « La maladie d'Alzheimer est caractérisée par l'association d'une amnésie hippocampique à des troubles cognitifs instrumentaux (langage, praxies, gnosies) témoignant d'une atteinte corticale d'évolution progressive retentissant sur le comportement et l'autonomie » (p.13).

La maladie d'Alzheimer est décrite comme une maladie chronique évolutive (HAS, 2011). Elle fait partie d'une des raisons majeures d'une dépendance chez la personne âgée et se présente comme étant la cause principale d'un placement dans une institution spécifique à la gériatrie (HAS, 2011).

3.3.2. L'étiologie/ physiopathologie

Le patient souffre de troubles cognitifs en raison des lésions et pertes neuronales dues à la formation de *plaques amyloïdes* et de *dégénérescences neurofibrillaires* (Alzheimer Suisse, 2019). Les plaques amyloïdes sont formées par l'accumulation anormale d'une protéine dite *B-amyloïde*. Ces plaques se déposent entre les cellules nerveuses du cortex cérébral et provoquent un dysfonctionnement des connexions entre les neurones (Alzheimer Suisse, 2019).

Les dégénérescences neurofibrillaires correspondent à une accumulation anormale des fibres nerveuses l'intérieur du neurone. La protéine à l'origine de ce dysfonctionnement est appelée

protéine Tau. Cette condition entraîne progressivement une désorganisation cellulaire, puis la mort neuronale (Alzheimer Suisse, 2019).

3.3.3. Les troubles spécifiques : domaines cognitifs atteints et manifestations

Les symptômes primaires de la maladie d'Alzheimer sont des atteintes des fonctions cognitives. En premier lieu, l'apprentissage et la mémoire vont être atteints. En effet, les déficits mnésiques, ou amnésiques, commencent par affecter la mémoire épisodique, ce qui engendre des difficultés de rappel des événements récents. Au cours de la maladie, la mémoire à long terme et la mémoire sémantique vont être touchées (Voyer, 2021). Par la suite, des difficultés à se rappeler de gestes déjà acquis vont apparaître et la personne peinera à apprendre de nouvelles notions. Au cours de l'avancement de la maladie, la mémoire à court terme se détériorant, la personne aura de plus en plus d'aridité à effectuer des actes de la vie quotidienne (Voyer, 2021).

Au-delà des troubles de la mémoire, d'autres troubles cognitifs se manifestent avec l'évolution des pertes neuronales. Plus spécifiquement, il se manifestent par : des difficultés d'attention et de concentration, l'agnosie et la prosopagnosie, l'apraxie, la désorientation spatio-temporelle, des troubles du langage et des fonctions exécutives. Au début de la maladie, une atteinte de la concentration apparaît, ce qui montre une altération du domaine cognitif de l'attention complexe (DSM-V, 2013). Le patient sera incapable de se focaliser sur un sujet précis durant un temps donné (Voyer, 2021).

L'agnosie est un symptôme qui provoque une difficulté à reconnaître des individus ou ce qui l'entoure. Elle peut évoluer avec la maladie et se transformer en prosopagnosie, c'est-à-dire l'incapacité de reconnaître les visages connus (Voyer, 2021).

Néanmoins, il est important de souligner que ces personnes sont capables de retenir, même à un stade avancé, des expériences traumatisantes, par exemple, lors de soins d'hygiène mal vécu. Ils assimilent alors ces expériences douloureuses avec un nouveau soin en présence du même soignant dans un environnement similaire. Cet événement se nomme la mémoire émotionnelle (Voyer, 2021).

L'apraxie, atteinte cognitive de l'activité perceptivo-motrices (DSM-V, 2013), est une perte de la capacité d'effectuer des mouvements coordonnés. Au cours de l'évolution de la maladie, la dextérité pour gérer un geste est impactée (Voyer, 2021).

D'après Voyer (2021), les TNCM de type Alzheimer engendrent une désorientation spatio-temporelle. La personne malade ne sera alors plus capable de s'orienter dans des milieux peu

familiers et la notion de temporalité comprenant la date du jour, l'heure, le mois encore l'année sera affectée (Voyer, 2021).

Les troubles de l'expression verbale apparaissent après les troubles de la mémoire (Voyer, 2021). Ils sont très présents lors de la maladie d'Alzheimer. La façon de communiquer change, passant graduellement de l'imprécision d'utilisation des mots à l'aphasie. Selon Voyer, il s'agit alors de plusieurs difficultés de langage : « l'anomie est la difficulté à nommer les objets ; l'écholalie étant la répétition des propos des autres et enfin la palilalie, la répétition de ses propres propos » (2021). Plus la maladie évolue, plus il est difficile pour la personne atteinte, de nommer verbalement les objets ou événements, de répéter les mots, et pour finir de les comprendre (Voyer, 2021).

Le TNCM de type Alzheimer aura des conséquences sur les fonctions exécutives (Voyer 2021). Le raisonnement est une autre fonction mentale qui peut être touchée lors d'un TNCM de type Alzheimer. Cette fonction permet de résoudre des problèmes et de prendre des décisions courantes. La planification et l'organisation de différentes tâches va s'avérer laborieuse pour la personne et les actes comprenant différentes étapes vont rapidement devenir source de difficulté. De plus, la personne sera démunie lors de la résolution de problèmes rencontrés au quotidien (Voyer, 2021). De même, deux types d'intelligence sont grandement impactées par la maladie. L'intelligence fluide, servant à trouver de nouvelles solutions à des problèmes apparents. Ainsi que l'intelligence cristallisée, permettant de réutiliser les connaissances déjà acquises (Phaneuf, 2007). Finalement, la personne peut souffrir d'un trouble du jugement. Celle-ci ne pouvant plus faire de raisonnement amenant à une conclusion. Le danger ne sera alors plus détecté de manière significative, ce qui peut engendrer des situations à risque (Voyer, 2021).

Avec l'avancement du TNCM, les émotions vont devenir difficilement maîtrisables pour la personne et son entourage. Ce qui engendre alors des situations où la personne réagit de manière extrême ou incongrue. C'est une atteinte de la cognition sociale (Voyer, 2021).

3.3.4. Les symptômes secondaires

Au cours de l'évolution des troubles neurocognitifs, des symptômes comportementaux et psychologiques émergent, nommés SCPD (symptômes comportementaux et psychologiques de la démence) (Voyer, 2021). Ils apparaissent lorsque la personne ne parvient pas, à cause de ses troubles cognitifs, à exprimer un besoin compromis ou non satisfait, simplement par la parole. Elle utilisera alors divers modes d'expressions pour exprimer sa frustration (Voyer, 2021).

Dans son ouvrage, Voyer fait référence au modèle d'Algase, permettant de détecter le besoin que la personne n'arrive pas à exprimer, provoquant alors l'apparition de SCDP. Cet outil utilisé par les soignants facilite alors la reconnaissance des facteurs de risques pour le patient et réduit la présence de symptômes comportementaux (2021).

Ces symptômes comprennent des comportements d'agitation qui se caractérisent par des expressions verbales agressives ou une excitation motrice. De plus, les symptômes psychologiques se manifestent sous diverses formes (Voyer, 2021).

3.3.5. Les symptômes comportementaux

Plusieurs symptômes comportementaux en lien avec ce trouble peuvent apparaître. Les plus fréquents sont :

L'agitation peut se manifester chez l'aîné atteint d'un TNCM de type Alzheimer. Celui-ci peut répéter les mêmes gestes ou la même activité. Il arrive qu'elle se répète verbalement en posant plusieurs fois la même question (Voyer, 2021). L'agitation apparaît aussi sous forme d'irritabilité (Voyer, 2021). Une instabilité de l'humeur et une diminution du seuil de tolérance peut en être notamment la cause. Le patient va présenter un comportement verbal ou physique dangereux pour son entourage. Les manifestations peuvent aller du comportement d'opposition, cris, insultes ou encore jusqu'aux agressions physiques (Voyer, 2021).

L'errance est considérée comme une forme d'agitation motrice et fait partie des symptômes comportementaux que subit la personne atteinte. Il arrive que la personne erre, déambule, cherche ou déplace divers objets (Voyer, 2021).

Le déficit moteur est un des symptômes comportementaux propre au TNCM de type Alzheimer. Un grand nombre d'aînés peuvent être gênés par de légères contractions musculaires involontaires appelées myoclonies qui rendent laborieux l'accomplissement des AVQ (Voyer, 2021). Cette rigidité musculaire a une incidence sur la démarche de la personne entraînant des troubles de l'équilibre. La paratomie qui est la difficulté à relâcher volontairement ses muscles rend aussi difficile la mobilisation du sujet et par conséquent complexifie les soins prodigués (Voyer, 2021).

Les troubles du sommeil sont provoqués non seulement par l'âge car la mélatonine qui est l'hormone régulatrice du sommeil diminue, mais aussi par différents facteurs du TNCM de type Alzheimer (Khosravi, 2011). Ces perturbations hormonales dérèglent le sommeil, de ce fait, la personne risque d'être agitée pendant la nuit et somnolente durant la journée ce qui peut constituer un potentiel danger (Voyer, 2021).

Un syndrome comportemental en lien avec le TNCM de type Alzheimer est cité par Khosravi comme le syndrome du coucher de soleil (2011). C'est un état divisé en deux périodes : une période d'agitation motrice où le patient peine à rester immobile et ne cesse d'être actif et une période d'inertie, des jours entiers au lit, dans le refus de toute interaction (Khosravi, 2011). Des épisodes de crises de nerfs peuvent aussi se manifester durant quelques minutes, puis la personne retrouve un comportement ordinaire et prend conscience de ce qu'il vient de faire. Ce syndrome peut s'avérer épuisant pour la personne et son entourage (Khosravi, 2011).

3.3.6. Les symptômes psychologiques

Chez les personnes atteintes de TNCM, les manifestations psychologiques les plus récurrentes se manifestent par :

L'apathie est le principal symptôme. Elle est caractérisée par une absence d'intérêt pour les activités quotidiennes, de la passivité et de l'indifférence. Elle est souvent accompagnée par un état dépressif. Ces troubles affectifs sont très fréquents chez les personnes atteintes d'un TNCM de type Alzheimer (Voyer, 2021).

L'anxiété se manifeste chez 40% des aînés atteint d'un TNCM de type Alzheimer. Elle provoque chez la personne âgée un sentiment de danger indéterminé et imminent (Voyer, 2021). Ce sentiment s'observe avec l'expression de certaines émotions comme l'anxiété, la peur, par des pensées (inquiétude, appréhension), ou par des comportements inappropriés (déambulation, agressivité) (Voyer, 2021).

Les troubles psychologiques se manifestent par des idées délirantes, des hallucinations (16%), des illusions (13%) (Voyer, 2021). Ils sont observés à la phase tardive chez environ 20 à 40% des personnes souffrant de TNCM de type Alzheimer. Ils sont la cause principale des troubles du comportements (Voyer, 2021). Les hallucinations sont la plupart du temps visuelles mais apparaissent essentiellement à un stade sévère de la maladie (Voyer, 2021). Les illusions peuvent être expliquées avec la dégradation de l'acuité visuelle chez la personne âgée ainsi qu'à l'agnosie due au TNCM.

D'autres SCPD, comme les troubles de l'appétit (34%), la désinhibition (17%) et les comportements moteurs aberrants (32%) sont présentés par l'aîné atteint d'un TNCM de type Alzheimer (Voyer, 2021).

3.3.7. Les critères diagnostics et l'évolution :

Les critères diagnostiques selon le DSM-V (2013) :

1. « Les critères d'un trouble neurocognitifs majeur ou léger sont remplis ».
2. « Il y a un début insidieux et une progression graduelle d'une altération dans un ou plusieurs domaines cognitifs ». Au moins deux domaines doivent être altérés, pour le trouble neurocognitif majeur (DSM-V, 2013).
3. « Les critères de maladie d'Alzheimer soit probable, soit possible, sont remplis » pour le trouble neurocognitif majeur et léger.
4. « La perturbation ne peut pas être mieux expliquée par une maladie cérébrovasculaire, une autre maladie neurodégénérative, les effets d'une substance ou un autre trouble mental, neurologique ou systémique ».

Selon le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V, 2013), cette maladie n'est pas décrite comme étant une maladie seulement d'origine mentale, mais elle est aussi issue d'un trouble neurologique (Voyer, 2021).

Pour diagnostiquer cette pathologie (Voyer, 2021), le sujet doit présenter au moins deux défaillances des troubles cognitifs qui sont le déficit des fonctions exécutives, l'aphasie, l'agnosie ou l'apraxie. Cependant malgré ces affections, le patient est en pleine conscience de son état actuel (Voyer, 2021).

La maladie d'Alzheimer est déterminée par la sévérité des symptômes et se décompose comme ceci : stade léger, stade modéré, stade avancé (Alzheimer Association, 2021).

Les manifestations du stade léger sont principalement la confusion et la perte de mémoire. Ces symptômes entraînent progressivement des changements de la personnalité. Ils apparaissent à différents stades et sous différentes formes, mais ils deviennent suffisamment forts pour impacter leur vie quotidienne, relationnelle, sociale et pour diminuer leur indépendance et autonomie (Alzheimer Association, 2021).

Le stade modéré débute avec la progression de tous les symptômes. A ce stade, peuvent aussi apparaître des illusions ou des hallucinations auditives. Les souvenirs d'événement importants dans la vie du patient s'estompent de plus en plus (Alzheimer Association, 2021).

Durant le stade avancé, les personnes touchées sont finalement incapables de communiquer ou de prendre soin d'elles-mêmes. La communication non verbale devient de plus en plus importante. Les symptômes associés les plus fréquents sont la détérioration de la mémoire, troubles comportementaux et une dépendance quasi-totale (Alzheimer Association, 2021).

3.3.8. Les traitements en lien avec la maladie :

Aujourd'hui, il n'existe encore aucun traitement qui permet de traiter la maladie d'Alzheimer ou même de réduire son évolution. En revanche, il existe des traitements médicamenteux qui traitent les symptômes comportementaux et psychologiques issus des troubles cognitifs.

Ces traitements sont proposés par des médecins spécialistes selon les stades de la maladie. Il existe des inhibiteurs du cholinestérase mais également la mémantine, qui est un anti-glutamate (HAS, 2012).

Étant donné que la maladie d'Alzheimer va provoquer des atteintes dégénératives du système nerveux central, les approches non médicamenteuses combinées aux traitements médicamenteux n'ont pas un effet direct sur la guérison du patient mais permettent une amélioration de la qualité de vie tout en atténuant les symptômes (Suisse Alzheimer, 2020). Ces traitements auront comme but de ralentir l'évolution de la maladie et de diminuer les manifestations de troubles du comportement tels que l'agitation, l'opposition ou l'agressivité (France Alzheimer, 2021).

C'est pourquoi, de nombreuses démarches non médicamenteuses ont été développées dans la prise en soins de cette population. D'après Alzheimer Suisse (2020) les approches « ont un effet favorable sur l'humeur et le comportement des personnes atteintes et aident à entretenir leurs facultés mentales. De plus, elles renforcent la capacité des proches aidants de résister à l'usure ».

Les sens jouent un rôle prépondérant dans la prise en soins de la personne atteinte d'un TNCM. Plusieurs interventions comme la musicothérapie, l'approche Snoezelen, La Voie d'Or, l'aromathérapie, la luminothérapie, les stimulations multisensorielles sont utilisées. Les actions non médicamenteuses sont multiples et englobent également les thérapies permettant de structurer la journée, de garder les repères, de préserver les capacités et d'évoquer les souvenirs (Suisse Alzheimer, 2020). Cela aide aussi les proches aidants et les soignants qui entourent ces patients, à s'adapter à leur comportement (France Alzheimer, 2021).

3.4. La Communication

Selon le dictionnaire Larousse, « la communication est l'action de communiquer avec quelqu'un, d'être en rapport avec autrui, en général par le langage ; échange verbal entre un locuteur et un interlocuteur dont il sollicite une réponse » (2021). Elle est pratiquée lorsqu'on transmet un message, une idée, une émotion et se sépare en deux grandes formes d'expression : la communication verbale et la communication non verbale (Khosravi, 2011). Il s'agit de communication verbale lorsque l'échange se fait par le biais de la parole. La parole se fait par le locuteur en se servant de la langue. Elle est décrite alors comme un instrument de communication propre à chaque culture (Amado et al., 2017).

La communication non verbale connue et observée dans le monde animal, n'utilise pas la parole mais se fait plus à l'aide de code comportementaux comme des gestes, des cris ou des postures (Amado et al., 2017). Il s'agit de formes d'échanges plus primitives mais qui sont constamment présentes et ancrées dans nos habitudes lors d'interactions sociales (Amado et al., 2017). Durant une simple conversation entre deux individus, le regard, la gestuelle ou encore les mimiques adressent des informations immédiates du contenu verbal et facilitent l'échange et la compréhension (Amado et al., 2017).

Quelle est l'importance de la communication ?

La communication permet l'établissement d'un lien psychologique et social et aboutit à l'interaction. Sans communication, la transmission d'un message est impossible. La communication permet aussi d'exprimer un besoin ou un avis, elle est donc indispensable dans la construction identitaire (Voyer, 2021). Elle facilite la prise de décision et justifie un choix ou une idée. L'expression des émotions se fait aussi au travers de nos échanges verbaux et non verbaux. Grâce aux mots et aux comportements, on manifeste sa colère, sa tristesse, sa joie ou encore sa frustration, ce qui contribue à l'affirmation de soi (Voyer, 2021). En plus de l'expression identitaire qui se fait par le biais de la parole, la communication se véhicule aussi par l'écoute de l'autre et la compréhension. Au travers de ces échanges, les personnes peuvent se comprendre, s'exprimer et se connaître (Voyer, 2021).

La communication verbale est donc un caractère propre à l'être humain et l'altération de celle-ci peut engendrer une perturbation de l'identité humaine pour la personne malade (Khosravi, 2011). Il s'agit donc d'un élément primordial de la construction et du maintien de l'identité (Voyer, 2021).

3.4.1. *Maladie d'Alzheimer et troubles de la communication*

Dans le cadre de la maladie d'Alzheimer, certains symptômes vont modifier la qualité de vie des personnes touchées ainsi que celles de leurs proches (HAS, 2011).

Tout d'abord, le symptôme principal de cette maladie est le trouble mnésique. La mémoire immédiate et la mémoire à court terme seront lésées dès que le diagnostic est établi. Ce déficit mnésique va devenir la cause principale de conflits de la personne atteinte avec ses proches et va engendrer des difficultés communicationnelles (Khosravi, 2011). Le deuxième symptôme est l'agnosie, étant la difficulté de reconnaissance ou de réponse des diverses informations sensorielles bien que les perceptions élémentaires ne soient pas lésées, la détérioration des fonctions exécutives en est notamment la cause (Voyer, 2021).

De plus, les troubles cognitifs engendrés par cette maladie englobent des comportements intentionnels comme la prise de décision, la planification de tâches, l'autocontrôle, l'initiation. Il est donc indéniable que ces atteintes engendrent d'importantes difficultés d'adaptation pour les personnes touchées (Simon, 2015). Ces facultés étant détériorées, la personne atteinte aura donc besoin d'être guidée dans sa prise de décision (Khosravi, 2011). Interagir avec ces personnes deviendra complexe. La difficulté résidera dans la compréhension de leurs intentions puisqu'elles même ne sont plus capables de les exprimer (Voyer, 2021).

De nombreuses études (Voyer, 2021), démontrent que les capacités de communication chez les patients atteints de TNCM de type Alzheimer se modifient qualitativement et quantitativement. Ces changements auront des répercussions sur les actes de langages verbaux et non verbaux (Rousseau, 2018). Le degré d'atteinte cognitive est le facteur principal qui met à mal ces liens de communication. De même, l'âge, le lieu de vie, le niveau socio-culturel et le contexte de communication sont des facteurs influençant le déclin ou l'amélioration des symptômes (Rousseau, 2018).

3.4.2. *Répercussion d'une communication altérée pour la personne atteinte*

Au cours de l'évolution de la maladie, la qualité de communication se péjore par le biais de divers facteurs. Cela se traduit par un trouble du langage ou du comportement, mais aussi par une inadaptation à l'environnement (Khosravi, 2011).

Chez les personnes atteintes de troubles cognitifs, l'intensité des lésions cérébrales est importante, ce qui peut affecter tout particulièrement l'aire du langage. Le patient peut avoir un comportement opposant qui peut s'identifier par un mutisme ou un refus d'accepter les soins (Khosravi, 2011).

Engendrés par ces atteintes cognitives, les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) peuvent être des conséquences de l'altération de la communication (Voyer, 2021). Comme l'explique le modèle d'Algase, la difficulté d'expression des personnes atteintes de TNCM peut occasionner différentes formes d'agitation (Voyer, 2021). Notamment, une agitation verbale se désignant par la répétition de mots, de l'anxiété, de l'agressivité, de l'apathie ou des hallucinations (Voyer, 2021). Une communication altérée peut alors accroître la survenue de comportements à risque (Voyer, 2021). Le patient peut lui aussi être conscient d'un changement et ressentir une modification comportementale de l'entourage à son égard (Khosravi, 2011). Un sentiment de solitude peut apparaître, entraînant un isolement. Celui-ci pouvant s'aggraver, des formes de dépression peuvent surgir. Un état dépressif chronique non suivi peut entraver la communication entre le malade et son entourage (Khosravi, 2011). Ce syndrome peut se manifester par l'agitation, l'angoisse, la boulimie, la logorrhée, l'insomnie ou, au contraire par l'inertie, le repli sur soi, l'anorexie, l'apathie, le mutisme et l'hypersomnie (Voyer, 2021). La dépression est l'une des maladies psychiques les plus répandues. On comprend alors que le TNCM de type Alzheimer a de lourdes conséquences sur le quotidien de la personne concernée. Ces répercussions doivent être reconnues afin de limiter au maximum l'isolement social et mettre en place des stratégies d'adaptations (Khosravi, 2011).

Au-delà des difficultés communicationnelles, les troubles de la compréhension altèrent la perception des messages verbaux émis par l'entourage. Aussi, les troubles de la reconnaissance des personnes peuvent occasionner des tentatives de communications inadaptés. Les discussions ne seront pas accordées à l'interlocuteur (Voyer, 2021).

Une étude montre l'influence des émotions sur la capacité de communication des patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Dans celle-ci, il apparaît clairement qu'« un contexte d'échange qui fait appel aux sentiments et génère de l'émotion chez les patient-Alzheimer l'incite davantage à s'exprimer même si ses capacités linguistiques ne lui permettent pas toujours d'être cohérent » (Rousseau, 2011).

L'environnement peut aussi exercer une influence sur cette population (Khosravi, 2011). Rousseau et Loyau (2006) s'interrogent à propos du lieu de vie comme étant un des facteurs qui influence grandement la communication chez les individus souffrant du TNCM de type Alzheimer. Les résultats de cette étude démontrent que le domicile permet aux patients de préserver des capacités de communications supérieures à celles des résidents vivants en institution. Plusieurs raisons expliquent ce résultat. En effet, le domicile est un lieu de maintien de l'identité, c'est aussi un lieu qui reconforte, grâce à la possibilité de reconnaître un environnement familial (Rousseau & Loyau, 2006). Il semble donc établi que rester chez soi fait appel aux émotions et aux affects et permet donc une meilleure stabilité. Selon Rousseau

(2011), les émotions ont un retentissement sur les performances communicationnelles des patients.

En se rapportant à la Haute Autorité de Santé (2009), une autre approche est envisageable selon le bon vouloir de la personne et de la famille. Il est également possible que la personne atteinte aille vivre dans un établissement médico-social (EMS) spécialisé ou non. Cela lui permettra de vivre dans un espace sécurisé avec des prestations de soins qui puissent être adaptées à un projet personnalisé et donc améliorer la qualité de vie. Ce qui est appréciable autant pour le patient en question que pour les proches-aidants.

3.4.3. *Les répercussions d'une communication altérée pour la personne atteinte et les aidants.*

D'après la HAS (2010), « les aidants dits naturels ou informels sont les personnes non professionnelles qui viennent en aide à titre principal, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage pour les activités de la vie quotidienne. Cette aide régulière peut être prodiguée de façon permanente ou non et peut prendre plusieurs formes, notamment le nursing, les soins, l'accompagnement à la vie sociale et au maintien de l'autonomie, les démarches administratives, la coordination, la vigilance permanente, le soutien psychologique, la communication, les activités domestiques, etc. » (p.2).

Comme cité précédemment, la maladie avec toutes les conséquences qu'elle engendre peut-être une lourde responsabilité pour les proches aidants. Ils sont considérés comme des acteurs prédominants lors de la perspective thérapeutique. Mais cette charge psychologique n'est pas exclusivement liée à l'atteinte de la personne malade. Le contexte socio-familial et les représentations de la maladie sont les points qui impactent l'entourage de la personne touchée (Renaud & al., 2019). Dans le cas où le proche aidant s'occupe d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, l'accompagnement est délicat. De surcroît, cela demande davantage de temps et de patience. D'après Khosravi (2011), selon le stade de la maladie, le proche aidant peut rapidement se retrouver surchargé et cela implique des répercussions au niveau physique et émotionnel ainsi qu'au niveau décisionnel. La détérioration des fonctions cognitives de la personne atteinte altère la parole et pour ainsi dire l'interaction avec son entourage (Voyer, 2021). L'expression des besoins étant affectée, le proche aidant doit trouver des stratégies de communication afin d'accompagner et de comprendre au mieux la personne malade pour l'aider à exécuter diverses tâches quotidiennes (Voyer, 2021). Selon Khosravi (2011), s'occuper d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer est une tâche éprouvante et peut avoir un réel impact sur la santé du proche aidant en question. Ce risque est multiplié lorsque l'aidant est seul à s'occuper de son proche. Monfort (2019), explique qu'au fil du temps,

l'accompagnement de personnes atteintes de maladies neurodégénératives conduit à « une perte progressive de la qualité des interactions, mais dans laquelle des liens, notamment affectifs, peuvent être maintenus » (p.231).

3.4.4. *Les répercussions d'une communication altérée pour la personne atteinte et les soignants*

Pour le soignant qui accompagne le soigné dans sa maladie, établir un contact sera parfois laborieux à cause des difficultés de concentration de la personne. Lorsqu'il s'agit de faire passer un message ou de capter l'attention de la personne, le soignant se trouvera souvent face à une impasse (Voyer, 2021).

L'oubli des visages peut aussi être une entrave pour la prise en soins et augmenter l'anxiété du patient (Voyer, 2021). L'apraxie dont va souffrir le patient, le handicap dans la réalisation des gestes de la vie quotidienne. Cette dépendance pour effectuer des activités va donc complexifier la prise en soins (Khosravi, 2011). La déambulation, engendrée par l'ennui, le surplus d'énergie à dépenser, le stress ainsi que la quête d'un lieu familier ; est un risque significatif de chute pour la personne atteinte d'Alzheimer. Le soignant devra donc être plus attentif et avoir un regard analytique sur le comportement et les actions de son patient (Muller, 2014). En plus des troubles du langage se détériorant peu à peu, des difficultés visuelles et auditives peuvent apparaître comme symptômes en lien avec la maladie. Cela augmente la mauvaise interprétation et une compréhension déficiente de la personne et des actions qui l'entourent (Khosravi, 2011).

Cependant, la communication peut encore se faire par d'autres biais et il est important pour le soignant de toujours la stimuler afin que le patient exerce encore toutes ses fonctions verbales et non verbales (Khosravi, 2011). Au regard de tout ce que la maladie engendre, l'équipe de soins devra faire preuve de beaucoup de patience et d'empathie. Une écoute active ainsi qu'une disponibilité émotionnelle sont primordiales pour favoriser le lien communicationnel et instaurer un climat de confiance (Voyer, 2021). En supplément, la collaboration mutuelle sera nécessaire avec les proches de la personne dans l'optique de conserver ses capacités interactives et favoriser son bien-être (Voyer, 2021).

4. MODÈLE THÉORIQUE

4.1. Le modèle théorique retenu au regard de notre problématique

En lien avec ce sujet, le choix de l'ancrage théorique s'est tourné vers l'Approche de Soins Fondée sur les Forces de la personne (ASFF) de Laurie Gottlieb. Cette théorie se concentre sur ce qui fonctionne bien chez la personne, ce qu'elle réalise aisément et les ressources dont elle dispose pour affronter les événements et défis posés par la vie quotidienne. « L'ASFF ne cherche pas à ignorer les problèmes, mais plutôt à utiliser les forces pour contrebalancer, limiter ou minimiser les faiblesses, afin que ce qui marche fonctionne efficacement » (Gottlieb & Gottlieb, 2014, p. 27). C'est pourquoi, cette méthode reflète parfaitement la question de recherche de cette revue, car il s'agit de comprendre comment les difficultés de communication se manifestent chez une personne atteinte d'un TNC majeur de type Alzheimer, les impacts qu'elle provoque sur la personne et son entourage. Ainsi, à travers ces nouvelles connaissances et cette approche holistique, il sera alors possible d'identifier ce déficit et ses répercussions. Grâce à cette théorie, les soignants prêtent une attention particulière aux ressources mobilisées par la personne et par ses proches pour y faire face. Dans le cadre du TNCM de type Alzheimer, cela s'avère prépondérant pour la prise en soins étant donné que la personne n'a plus toutes ses capacités de communication. Connaître ses ressources et ses forces, notamment à l'aide de la famille, peut être un véritable outil pour améliorer l'échange entre soignant et soigné. L'exploration des ressources de la personne permettront de se focaliser sur ce qui fonctionne efficacement et donc adopter des nouvelles stratégies et approches ; une prise en soins centrée sur la personne qui soit adaptée et favorisant le bien-être et la qualité de vie. Malgré ses troubles cognitifs, le patient a un rôle à jouer dans sa prise en soins. En comprenant son déficit et ses obstacles, l'infirmier sera plus apte à travailler en collaboration avec l'individu soigné. Inversement, le patient se sentant écouté, sa faculté à exprimer ses besoins sera alors facilitée. Cela peut apaiser la frustration que le TCNM de type Alzheimer peut engendrer, en lien avec la difficulté à s'exprimer et à se faire comprendre. De plus, cette théorie met en avant les forces et ressources du patient. Lors de ce diagnostic, l'une de celle-ci peut être le proche aidant. Celui-ci connaissant mieux que quiconque la personne atteinte pourra devenir un véritable allié et une source d'inspiration dans la prise en charge infirmière. Avec l'aide des proches, les habitudes, besoins, bagages et ressources pourront être identifiés pour le patient et compris afin que la personne atteinte se sente dans un environnement sain et apaisant.

4.2. École de pensée et niveau d'abstraction

Chaque théorie infirmière possède un certain niveau d'abstraction. Ici, la théorie de Gottlieb, se basant sur une philosophie, se trouve être davantage dans une direction qui est plus abstraite dans ses méta paradigmes. C'est-à-dire que la représentation de cette théorie est plus abstraite que concrète (Gottlieb, 2014).

L'école de pensée de l'ASFF se définit par l'école de l'apprentissage de la santé, car « la collaboration entre la personne/ famille et l'infirmière est centrale à l'apprentissage de la santé » (Pepin, Kerouac, Ducharme, 2017, p.64). Celle-ci amène vers des postulats et méta concepts évidents qui découlent de l'expérience, qui sous-tendent les soins infirmiers fondés sur les forces. Cette approche permettra de guider l'infirmière dans sa pratique selon les postulats de la santé, de la personne, de l'environnement et des soins infirmiers (Gottlieb, 2014).

4.3. La méthodologie de la pratique

Concernant la méthodologie de la pratique, Gottlieb fait part d'un processus en spirale permettant la démarche de soins selon quatre phases à travers l'ASFF. Cette méthode s'effectue grâce au partenariat et à la collaboration (Gottlieb, 2014).

La première phase permet d'explorer et de faire connaissance avec la personne en identifiant les forces et en établissant un lien de confiance. Poser des questions directes sur ses facultés et ses entraves, en créant un génogramme et une éco carte. Grâce à ses outils, la personne pourra se remémorer les défis relevés dans son passé et quelles étaient les ressources qu'elle avait employées (Gottlieb, 2014). Ce partenariat de collaboration permettra de favoriser l'autonomisation.

La seconde phase amène à une focalisation des préoccupations, des buts et des intentions. Ceci, afin de comprendre les ressources nécessaires à l'accomplissement des buts et en peser les coûts et avantages pour la personne (Gottlieb, 2014).

Lors de la troisième phase, l'infirmier et la personne élaboreront un plan d'action conjoint qui soit adapté à la personne en fonction de ses forces et de ses ressources disponibles (Gottlieb, 2014).

Durant la quatrième phase, la révision, il s'agit de déterminer les objectifs qui sont atteints ou non, les progrès, l'apprentissage résultant de cette démarche et le chemin qu'il reste à parcourir. De ce fait, l'infirmier consolide avec la personne ce qui lui a permis et ce qui lui permettra d'atteindre ses objectifs (Gottlieb, 2014).

4.4. Les méta concepts

Comme cela a été illustré ci-dessus, l'ASFF est une approche qui permet au personnel soignant et plus particulièrement aux infirmiers d'évoluer dans leur pratique. Cette théorie se base sur un ensemble de postulats tels que la Santé, la Personne, l'Environnement et les Soins Infirmiers (Gottlieb, 2014). Ces quatre éléments forment les méta concepts.

4.4.1. La personne

Le concept de la personne met en avant l'unicité, l'authenticité et l'individualité de chacun (Gottlieb, 2014). Tous les points positifs qui constituent l'individu vont être considérés et renforcés afin de contrebalancer les problèmes connus. Chaque personne ayant des forces et des faiblesses qui lui sont propres, elle doit donc être consciente de ses atouts et de ses points faibles afin de trouver des stratégies d'adaptation qu'elle pourra mobiliser sera face aux situations problématiques (Gottlieb, 2014).

L'infirmier a comme responsabilité de travailler avec le patient et de l'aider à identifier ses forces. Ceci, dans l'optique qu'il soit acteur de sa prise en soins et puise dans ses propres ressources pour atteindre les objectifs fixés initialement (Gottlieb, 2014). Cette approche vise à renforcer l'auto-détermination (empowerment). Ainsi, le rôle infirmier réside alors dans les conseils et l'accompagnement au quotidien. Le soignant assiste la personne dans l'orientation de ses choix sans rien imposer (Gottlieb, 2014).

Concernant le sujet de ce travail, c'est justement la personne qui va communiquer à sa façon en étant freiné par les difficultés qu'apporte son trouble. L'infirmier applique une approche individuelle pour être en lien avec la personne et utilisera les forces propres à celle-ci dans sa prise en soins et le dans le suivi de sa santé.

4.4.2. La santé

La santé est une valeur importante car elle persiste et évolue constamment au cours de la maladie. Elle est définie comme l'intégralité ou le *wholeness* de l'être (Pepin et al., 2017). La santé est aussi perçue comme une aspiration pour les personnes malades ainsi que leurs familles. Leur but est d'améliorer leur santé et de promouvoir une guérison. Dans notre problématique, malheureusement la guérison n'est pas envisageable. Nonobstant, la santé peut être largement améliorée si une bonne communication est mise en place entre le soignant et le soigné et si l'infirmier reconnaît les manifestations du TCNM de son patient et sait adapter sa posture ainsi que son comportement en fonction de ces troubles.

4.4.3. L'environnement

Les différentes énergies présentes dans l'environnement du patient vont agir sur ses forces ou ses faiblesses, elles définissent sa manière de se développer dans celui-ci. Il est donc primordial que la personne soit consciente de ce qui l'entoure. Ainsi, cela pourrait constituer une force externe pour elle, telle que la famille, le réseau de soins, les associations de soutien, etc. (Gottlieb, 2014).

Le soignant doit aussi prendre en considération les diverses expériences vécues présentes ou passées dans les différents contextes qui l'entourent. La mise en avant des souhaits et préoccupations de la personne lui permettra aussi de mieux agir dans un environnement donné (Gottlieb, 2014). Dans le TNCM de type Alzheimer, l'environnement exerce une grande influence sur le patient dont la capacité cognitive est réduite. Une atmosphère rassurante et familière mise en place par les soins infirmiers en se référant aux forces de la personne, peut faciliter l'échange et les soins.

4.4.4. Les soins infirmiers

Le but principal des soins infirmiers est d'accompagner la personne et sa famille en favorisant leur santé et bien-être. L'écoute de leurs problèmes et leurs facultés permet de favoriser la guérison et ainsi, faire baisser la souffrance ou l'inconfort (Gottlieb, 2014). Dans l'optique de développer une approche centrée sur les forces, les soins infirmiers favorisent constamment l'autonomie de la personne. C'est elle qui doit reconnaître et nommer ses points forts qui vont l'aider dans la réalisation de ses objectifs qu'elle aura aussi elle-même choisi au préalable. Les soins infirmiers mettent en avant le pouvoir d'agir et la confiance en soi de l'individu contribuant à sa santé (Gottlieb, 2014). Ce pouvoir d'action permettra à la personne soignée de se sentir en confiance et de faire face à sa situation de soins ou à une problématique sous-jacente. Concernant le sujet traité, l'infirmier travaille en partenariat avec le patient et le met au centre de la prise en soins. Les décisions prises par les professionnels de la santé seront influencées par les besoins du patient et de sa famille.

4.5. Les concepts et postulats

Selon Gottlieb (2017), les concepts fondamentaux de l'ASFF se définissent par :

- Une construction faite sur quatre piliers fondamentaux.
- Une approche axée sur la philosophie et les valeurs qui guident l'action.
- Les huit valeurs universelles qui appuient les soins infirmiers fondés sur les forces.
- Découvrir, apprendre, évoluer et travailler avec les forces (Gottlieb, 2017).

4.5.1. Une construction sur les 4 piliers fondamentaux :

Cette approche est structurée sur quatre piliers : *l'empowerment* (que l'on peut traduire comme la responsabilisation) ; la santé innée et la guérison ; les soins axés sur le patient / la famille et enfin les soins relationnels. Ils permettent le partenariat d'une collaboration fondée sur les forces de la personne et ses proches. Ce partenariat se faisant toujours dans une atmosphère de non-jugement, de respect et de bienveillance (Gottlieb, 2017).

L'ASFF peut fonctionner si les quatre piliers agissent en communion les uns avec les autres. Le rôle de ces piliers est non seulement de renforcer les liens établis entre les soignants et les patients, mais aussi de renforcer leurs propres ressources (Gottlieb, 2014).

4.5.2. Une Approche axée sur la philosophie et les valeurs qui guident l'action :

Ce deuxième concept est basé sur deux axes : la philosophie et les valeurs. La philosophie est un ensemble de croyances qui influencent la pensée, l'agir d'une discipline. Selon la définition de Laurie N. Gottlieb, elle représente un but, une description du rôle ainsi qu'une justification de l'approche adoptée (2017). Elle oriente la personne vers ce qu'elle aimerait être et devenir.

Les valeurs se basent sur la façon de penser de la personne. Elles amènent à celle-ci une structure pour guider ses actions et questionnements et permet de déterminer davantage l'importance et la pertinence de ces actions. (Gottlieb, 2014).

4.5.3. Les huit valeurs universelles primordiales qui appuient les soins infirmiers fondés sur les forces :

Ces valeurs étroitement liées constituent les postulats qui sont la source des méta concepts de l'ASFF. Ils sont en corrélation les uns avec les autres. Ils agissent ensemble pour être cohérents et efficaces.

En détail voici les huit valeurs :

1) La santé et la guérison sont des notions essentielles car la santé persiste constamment malgré la maladie. La santé encourage la faculté du patient à s'adapter aux différentes étapes de sa vie (Gottlieb, 2017). Quant à la guérison, elle est observée comme un processus de réparation.

2) L'unicité des individus, Gottlieb la définit par l'ensemble des forces et des faiblesses de la personne et par la façon dont celles-ci affectent leurs réactions physiques, comportementales et interpersonnelles et créent ainsi des identités propres (Gottlieb, 2017). Chaque patient est unique et possède des forces propres à sa personne et à son vécu. Celles-ci vont être façonnées par l'histoire de vie de la personne, sa culture et sa famille (Gottlieb, 2017).

3) L'holisme et l'individualité selon Gottlieb, est : « l'interdépendance des différents concepts qui s'influencent les uns les autres et le fonctionnement de toute la personne dans son intégralité » (Gottlieb, 2014, p.29). La personne est décrite comme un tout, l'indivisibilité qui englobe le corps et l'esprit créant un seul et même concept. La mise en lien de ces deux notions tend au bon fonctionnement et au bien-être de la personne (Gottlieb, 2017).

4) La réalité objective et subjective. La réalité objective correspond à des résultats, des faits concrets, alors que la réalité subjective (pensées et croyances de la personne sur ce qu'elle est en train de vivre) est unique à chacun. Cependant, Gottlieb suggère d'utiliser les données, qu'elles soient objectives ou subjectives car elles permettent d'avoir une vision plus complète de la personne (Gottlieb, 2017).

5) L'autodétermination est aussi un concept propre à l'ASFF, définie comme le droit de chaque être humain de gouverner sa vie sans être influencé et dans la mesure de ses capacités (Gottlieb, 2017). La théoricienne affirme que toute personne est en droit de choisir et d'agir conformément à ses pensées, besoins et sentiments.

6) Le partenariat de collaboration entre l'infirmière et la personne est une valeur qui explique qu'il n'y a pas hiérarchie. Selon Gottlieb, « le patiente et l'infirmière entretiennent une relation collaborative. Chacun apporte ses propres expériences, connaissances et ses compétences au sein de la relation » (Gottlieb, 2014, p.30). L'idée d'un partenariat est avant tout de soutenir les propos de la personne, pas de les remplacer. La personne doit trouver une solution par elle-même et qui lui convient (Gottlieb, 2014).

7) L'apprentissage, les dispositions et les moments opportuns. Gottlieb définit ces trois branches comme :

Sans apprentissage, les humains ne peuvent pas naviguer dans leur environnement. Mais les dispositions pour s'engager dans une activité propice au changement est une condition préalable pour apprendre. Les choix du moment, dans le contexte des soins de santé, exigent de synchroniser le résultat souhaité avec les capacités du corps et la volonté de l'esprit (Gottlieb, 2014, p.30).

8) La personne et son environnement ne font qu'un. Pour Gottlieb (2017), il y a différents modèles de l'environnement qui englobent la personne : l'environnement interne, interpersonnel, social et culturel. Ils permettent à l'individu d'évoluer, de construire et d'identifier des ressources qu'il utilisera au cours de sa vie (Gottlieb, 2017).

Ainsi, lorsque les patients ont conscience leurs forces et peuvent les mobiliser afin de mieux les organiser et favoriser un rétablissement avec évolution optimum (Gottlieb, 2014). Le personnel soignant doit alors connaître ses ressources et les intégrer dans la prise en soins. De ce fait, il lui sera possible d'aider la personne à puiser dans ses ressources si besoin.

4.5.4. Découvrir, apprendre, évoluer et travailler avec les forces :

Le quatrième concept fondamental est la découverte, l'apprentissage, l'évolution et le travail autour des forces retenues. Le but étant de se demander quelles sont les forces à la disposition du patient, quelles sont celles qui fonctionnent afin qu'elles puissent être un appui face à une situation difficile et comment seront-elles utilisées (Gottlieb, 2017). L'objectif ici est de puiser dans ses ressources afin d'affronter les obstacles rencontrés de la meilleure des manières. L'important est de souligner qu'il s'agit d'un travail en continu. Il faut toujours essayer de découvrir et évaluer des nouvelles forces. Ces ressources peuvent être les proches aidants, les différentes activités qui procurent de la joie à ou simplement les interventions de soins qui aident la personne à faire face à sa maladie (Gottlieb, 2017).

5. PROBLÉMATIQUE

Comme vu précédemment, les cas de TNCM de type Alzheimer augmentant chaque année (OMS, 2021), les soignants y sont confrontés plus régulièrement. La prise en soins des personnes atteintes du TNCM de type Alzheimer comporte de nombreuses particularités. Elle demande des connaissances, de la patience, de l'observation et de nombreuses autres qualités, permettant une prise en charge correcte et adaptée. La difficulté de compréhension et de communication de la personne malade avec son environnement est une des principales causes qui rendent la prise en soins complexe (Voyer,2021).

Cela peut donc occasionner des problèmes d'interaction entre la personne soignée et ceux qui l'entourent. La difficulté à tisser un lien de confiance, à comprendre les besoins des patients ou encore de permettre à ceux-ci de vivre en toute sécurité, sont des obstacles pour les soignants. L'approche de Laurie Gottlieb souligne l'importance de se concentrer sur les forces, les ressources et de potentialiser celles-ci (Gottlieb,2014). Il est donc pertinent de comprendre la manière dont les infirmiers pourront comprendre les besoins de ces personnes et ainsi répondre adéquatement à ceux-ci (Grisé, 2014). Ce travail va donc porter sur la compréhension des manifestations et les autres causes qui engendrent des difficultés communicationnelles chez les patients diagnostiqués d'un TNCM de type Alzheimer.

5.1. Question de recherche

« Quelles sont les difficultés de communication observées et décrites auprès des personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs de type Alzheimer ? Comment se manifestent-elles ? »

6. METHODE

L'objectif de ce travail est d'établir une revue de littérature et de détailler le cheminement effectué au sein de la recherche. Plusieurs articles en lien avec la problématique ont été lus et analysés afin que la démarche soit claire et précise.

Cette méthode permettra par la suite de mettre en évidence les difficultés communicationnelles chez les personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs de type Alzheimer (TNCM) et donc d'entrevoir des réponses à la question de recherche.

6.1. Source d'information et stratégie de recherche

Tout d'abord, afin de construire le questionnement, la méthode PICO, permettant d'évaluer la pertinence et les fondements de la question de recherche a été mobilisée. Il identifie la population cible (P), l'intervention à étudier (I), le comparateur (C) et l'*outcome* ou la conséquence (O).

Les éléments pertinents du PICO sont identifiables dans la question de recherches : « Quelles sont les difficultés de communication observées et décrites auprès des personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs de type Alzheimer ? »

Le tableau 1 ci-dessous permet de visualiser le PICO adapté à la stratégie de recherche

Tableau 1 : PICO

Population	Personne âgées atteintes de troubles neurocognitifs majeurs type maladie d'Alzheimer
Intervention	La communication et ses troubles
Comparateur	Ne s'applique pas
Outcome	Manifestations des différents troubles de la communication relevés parmi les personnes atteintes d'un TNCM de type Alzheimer

Dans l'optique d'avoir une équation de recherche qui puisse englober tous les sujets en lien avec la problématique, les mots clés de cette question de recherche ont été identifiés. Ainsi que les possibles synonymes et leur traduction en anglais grâce à la plateforme de terminologie médicale *HeTOP*. Le tableau 2 ci-dessous illustre les mots clés ainsi que les résultats obtenus.

Tableau 2 : Mots-clés. MeSH Terms synonymes et traductions :

Mots en Français	Mots-clés HeTOP (Termes MeSH)	Mots en anglais libres/synonymes HeTOP
Personnes âgées	Aged Aged, 80 and over	Elderly Aged Oldest old
Trouble neurocognitif	Neurocognitive disorders	Neurocognitive disorders Neurocognitive disorder
Maladie Alzheimer	Alzheimer disease	Alzheimer dementia Alzheimer diseases Alzheimer dementias Alzheimer disease Alzheimer's disease Alzheimer's diseases Alzheimer sclerosis Alzheimer syndrome Alzheimer's type dementia Primary senile Senile dementia Degenerative dementia
Démence	Dementia	Dementia
Troubles de la communication	Communication disorders	Communication disorder Communicative disorder Communicative disorders

Les bases de données choisies et utilisées pour la recherche documentaire ont été :

US National Library of Medicine National Institutes of Health (PubMed), car le sujet concerne une maladie. De ce fait, l'intérêt de cette recherche se focalise sur les études scientifiques. Ce logiciel se base sur des données scientifiques qui traitent plusieurs sujets dont la médecine, la biologie, la santé, la pharmacologie et les sciences infirmières.

Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINHAL). Ayant un regard de futurs soignants, le logiciel se focalise sur une base de données centrée sur les sciences de la santé, paramédicales et infirmières. Cette base de données nous a paru pertinente au regard de l'objectif de cette recherche était d'améliorer la prise en soins des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en se basant sur des actes infirmiers étudiés. A l'issue de cette recherche documentaire, plusieurs combinaisons ont été testées et finalement, six articles ont été sélectionnés depuis le logiciel PubMed qui nous apparaît comme plus adapté et plus en lien avec notre question de recherche. La recherche sur CINHAL a tout de même été effectuée mais aucun article n'a été retenu de cette base de données. Par ailleurs, des filtres ont été utilisés afin d'affiner un maximum la recherche.

Comme premier filtre, une sélection de textes entiers gratuits a été utilisée, car certains articles étaient payants et ne pouvaient être consultés que partiellement. En deuxième filtre le choix s'est tourné sur des textes publiés ces dix dernières années, comme le monde médical est en constante évolution, il est paru pertinent de mettre une limite de dix ans afin que les chiffres soient un minimum en lien avec la situation actuelle. Pour la compréhension et une traduction simple de ceux-ci, nous avons aussi réduit la recherche. Celle-ci s'est limitée à des articles en anglais, en français et en espagnol, langues comprises ou couramment parlées. Le dernier filtre s'est porté sur l'âge des patients, 65 ans et plus, dont il était question dans les études. Le travail était ciblé sur une population gériatrique, nous avons voulu écarter tout article ne traitant pas de cette population.

Dans le tableau 3 et 4, les bases de données consultées, les équations de recherche retenues à la suite de plusieurs essais, les filtres utilisés ainsi que la sélection des articles, y sont illustrés. L'entièreté des essais et combinaisons est consultable dans l'annexe 7 et 8.

Tableau 3 : Equation de recherche PubMed

Ordre et date de recherche	Équations de recherche	Filtres	Total d'articles correspondants	Total d'articles sélectionnés pour la lecture de l'abstract	Total d'articles choisis
Équation n°18 20/04/22	("Aged"[MeSH Terms] OR "aged, 80 and over"[MeSH Terms] OR "Aged"[Title/Abstract] OR "Elderly"[Title/Abstract] OR "Oldest old"[Title/Abstract]) AND ("Neurocognitive Disorders"[MeSH Terms] OR "Alzheimer Disease"[MeSH Terms] OR "Dementia"[MeSH Terms] OR ("Neurocognitive Disorder"[Title/Abstract] OR "Neurocognitive Disorders"[Title/Abstract] OR "Dementia"[Title/Abstract] OR "Alzheimer"[Title/Abstract])) AND ("Communication Disorders"[MeSH Terms] OR "communication disorder"[Title/Abstract])	Free full text; last 10 years; English; French; Spanish; 80 and over; 80+ years; Aged: 65+ years	518	142	6

Tableau 4 : Equation de recherche CINAHL

Ordre et date de recherche	Équations de recherche	Filtres	Total d'articles correspondants	Total d'articles sélectionnés pour la lecture de l'abstract	Total d'articles choisis
Équation n°8 17/02/22	((MM" Alzheimer disease) OR (TI Alzheimer OR AB Alzheimer OR TI neurocognitive disorder OR AB Neurocognitive disorder)) AND ((MM" Communication) OR (TI Communication OR AB Communication OR TI Communication disorders OR AB Communication disorders))	Full text; In the last 10 years; Aged : 65+ years ; English	79	25	0

Des critères d'inclusion et d'exclusion ont été ajoutés dans le but de choisir des articles de recherche qui soient plus en lien avec la problématique (illustré dans le tableau 5 ci-dessous). Tout d'abord, le travail s'intéresse à une population âgée. Ainsi, les articles portant sur des personnes ayant moins de 65 ans ont été exclus. Il a été également choisi de restreindre l'ancienneté des articles au plus tard à 2011 ; sachant que la médecine évolue rapidement, l'objectif était d'avoir des résultats et données actuelles et pertinentes. Pour des soucis de compréhension éventuels de l'interprétation du texte, il a été préférable de choisir des articles de langue Française, Anglaise et Espagnole. Lors de la recherche d'articles, il a été remarqué que de nombreux articles n'étaient pas en lien avec la question de recherche. C'est ainsi qu'il a été décidé d'exclure les sujets traitants de la démence en générale ou même d'autres démences que la maladie d'Alzheimer. Aussi, de nombreuses études traitaient du dépistage de la maladie, d'aspects cliniques de la MA (biomarqueurs) ou de neuroimagerie/neuroanatomie ; n'étant pas dans les objectifs de recherches ces critères ont été exclus.

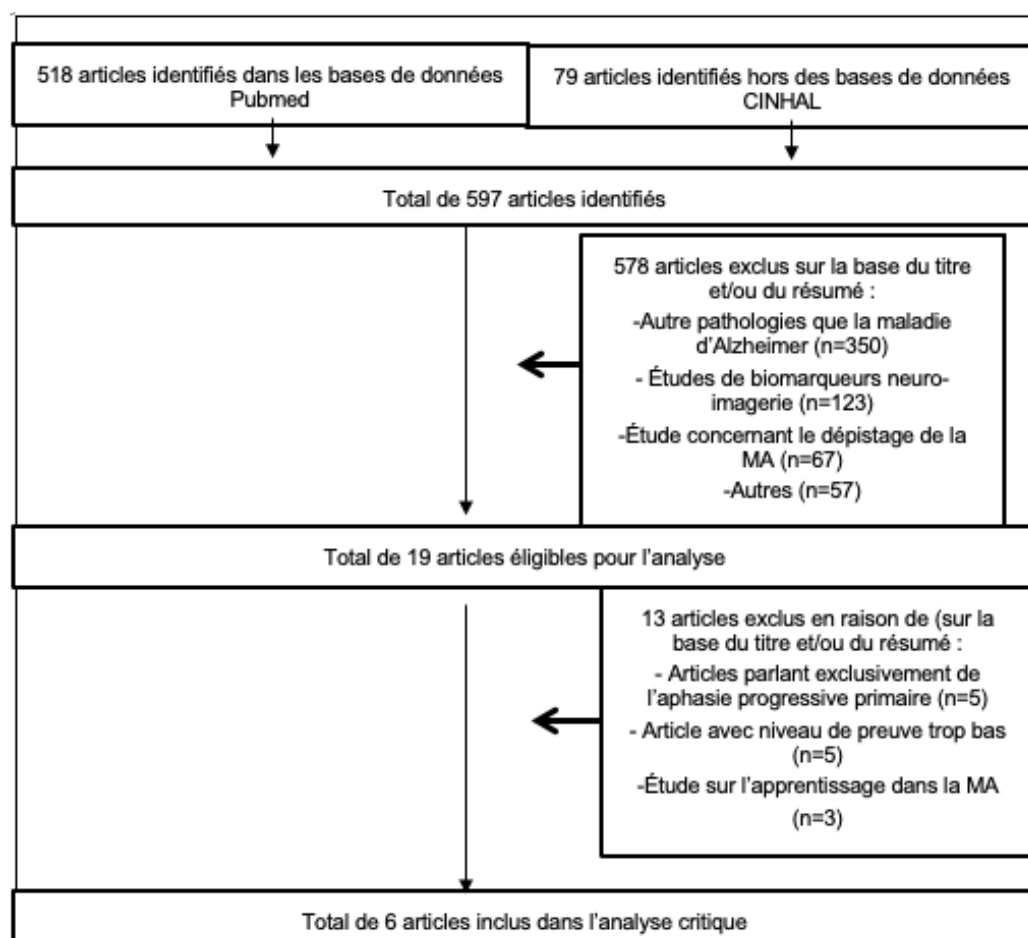
Tableau 5 : critères d'inclusion et d'exclusion :

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none"> • Personne âgée de 65 ans et plus • Articles entre 2011-2022 • Articles en Anglais et Français • Troubles neurocognitifs de type Alzheimer contenu dans le titre ou abstract • Données comportementales de la maladie d'Alzheimer et des déficiences cognitives • Contenant des informations sur l'aphasie progressive 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfants, adolescents et moins de 65 ans • Articles antérieurs à 2011 • Articles dans d'autres langues que l'anglais et le Français • Autres démences que la maladie d'Alzheimer • Sujet traitant la démence en général • Étude concernant le dépistage de la maladie d'Alzheimer • Article parlant de l'aspect clinique de la Maladie d'Alzheimer (ex. : biomarqueurs) • Articles traitant la neuroimagerie et neuroanatomie

6.2. Diagramme de Flux

A l'issue de la démarche de recherche, 518 articles ont été identifiés sur PubMed et 79 articles sur CINAHL. Finalement, 6 ont été retenus pour l'analyse critique (cf. figure 2 ci-après). Le diagramme de flux observé ci-dessous, schématise le cheminement effectué et les critères d'exclusion. Cela a permis d'obtenir un nombre d'articles restreints se focalisant sur le sujet. Six articles ont été retenus pour l'analyse critique. Lors de la recherche documentaire, 132 articles ont été observés dans les bases données CiNHAl et PubMed. Ce travail a été réalisé à partir de six revues de littérature de type observationnelle et randomisée contrôlée. En effet, ces types d'études sont les plus pertinentes par rapport à la question de recherche qui a été établie. Ils permettent d'observer un phénomène sur un temps donné, et donc d'établir des liens entre des changements dans la population (Psychomédia, 2021). Ici, l'objectif était de comprendre les modes de communications et les manifestations observées auprès avec des personnes atteintes de TNCMA. Il y a donc un besoin d'études où les chercheurs observent ces phénomènes sans intervenir pour répondre au mieux à l'interrogation posée (Psychomédia, 2021).

Figure 1 : Le diagramme de flux



7. RESULTATS

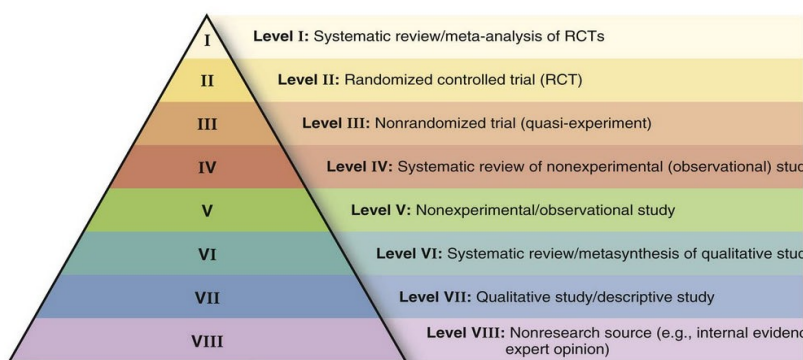
Un total de 6 articles retenus a été évalué et analysé à l'aide des grilles spécifiques : La grille STROBE (cf. annexes 1, 3, 4, 5, 6) permet une analyse détaillée des études observationnelles et la grille CONSORT concerne l'analyse d'études randomisées contrôlées (cf. annexes 2) (Gedda, 2015).

Enfin, une synthèse des contenus de chaque article a été effectuée (cf. Tableau comparatif ci-après) permettant de faciliter la compréhension de leur contenu, visant à mettre en évidence les points pertinents pour cette recherche et enfin, d'évaluer leur niveau de preuve et de les comparer.

7.1. Niveau de preuve

Dans un souci d'une recherche précise et rigoureuse, des études qualitatives ont été choisies pour répondre à la question. Une attention particulière a été prêté au niveau de preuve. Les meilleures preuves font référence aux résultats de la recherche qui sont méthodologiquement appropriés, rigoureux et cliniquement pertinents pour répondre à des questions persistantes (Polit & Beck, 2020, p.29). A l'aide de la pyramide de Polit et Beck (2020), les articles retenus ont été classifiés. Celle-ci hiérarchise les types d'études selon leur niveau de preuve.

Figure 2 : la pyramide de Polit & Beck



(Polit & Beck, 2020, p.29)

Du plus élevé au plus faible :

1. Les revues systématiques /méta-analyses d'essais randomisés contrôlés
2. Les essais randomisés contrôlés
3. Les essais non randomisés (quasi-expérimentales)
4. Les revues systématiques d'études non expérimentales (observationnelles)
5. Les études non expérimentales et les études observationnelles
6. Les revues systématiques et les méta synthèses d'études qualitatives
7. Les études qualitatives et descriptives
8. Les sources non scientifiques

Parmi la sélection d'articles, cinq d'entre eux se trouvent dans le niveau de preuve numéro cinq puisqu'il s'agit d'études observationnelles. Un des articles fait partie du niveau de preuve deux, étant un essai randomisé contrôlé.

Les six articles retenus :

Article 1 : Cera, M. L., Ortiz, K. Z., Bertolucci, P. H. F., & Minett, T. S. C. (2013). Speech and orofacial apraxias in Alzheimer's disease. *International Psychogeriatrics*, 25(10), 1679–1685.

<https://doi.org/10.1017/s1041610213000781>

Article 2: Williams, K. N., Perkhounkova, Y., Herman, R., & Bossen, A. (2016). A Communication Intervention to Reduce Resistiveness in Dementia Care: A Cluster Randomized Controlled Trial. *The Gerontologist*, gnw047.

<https://doi.org/10.1093/geront/gnw047>

Article 3: Martínez-Sánchez, F., Meilán, J., García-Sevilla, J., Carro, J., & Arana, J. (2013). Análisis de la fluencia lectora en pacientes con la enfermedad de Alzheimer y controles asintomáticos. *Neurología*, 28(6), 325–331.

<https://doi.org/10.1016/j.nrl.2012.07.012>

Article 4: Silagi, M., Bertolucci, P., & Ortiz, K. (2015). Naming ability in patients with mild to moderate Alzheimer's disease: what changes occur with the evolution of the disease? *Clinics*, 70(6), 423–428.

[https://doi.org/10.6061/clinics/2015\(06\)07](https://doi.org/10.6061/clinics/2015(06)07)

Article 5: Rogalski, E., Sridhar, J., Rader, B., Martersteck, A., Chen, K., Cobia, D., Thompson, C. K., Weintraub, S., Bigio, E. H., & Mesulam, M. M. (2016). Aphasic variant of Alzheimer disease. *Neurology*, 87(13), 1337–1343.

<https://doi.org/10.1212/wnl.0000000000003165>

Article 6: Van Lancker Sidtis, D., Choi, J., Alken, A., & Sidtis, J. J. (2015). Formulaic Language in Parkinson's Disease and Alzheimer's Disease: Complementary Effects of Subcortical and Cortical Dysfunction. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 58(5), 1493–1507.

https://doi.org/10.1044/2015_jslhr-l-14-0341

7.2. Analyse critique des articles retenus

Le choix s'est penché préférentiellement sur l'analyse d'études observationnelles. Cette décision est purement délibérée étant donné que la question de recherche se base essentiellement sur l'observation des troubles de la communication chez les personnes atteintes d'un TNCM de type Alzheimer. L'objectif n'était donc pas d'évaluer des actions mais de simplement expliquer des manifestations de la maladie pour une meilleure compréhension de cette population cible.

Au-delà de l'intérêt pour les études observationnelles, Les contenus des articles et leur corrélation avec la question de recherche ont été privilégiés. C'est pourquoi, une étude randomisée contrôlée contenant une matière enrichissante a été sélectionnée pour le questionnement. Par conséquent, permis d'avoir un niveau de preuve plus élevé.

7.3. Tableau comparatif

Les six articles sélectionnés ont été synthétisés dans les tableaux ci-dessous. Ils visent à mettre en évidence les objectifs, le type de population, la méthodologie utilisée, les résultats et enfin les limites, les recommandations faites par les auteurs. Comme énoncé précédemment, la grille CONSORT (Gedda, 2015) a été utilisée pour l'article randomisé contrôlé et la grille STROBE (Gedda, 2015) pour les études observationnelles.

Tableau 6 : Comparatif des études retenues pour l'analyse critique

Auteur, année, pays, titre		Cera, M. L., Ortiz, K. Z., Bertolucci, P. H. F., & Minett, T. S. C. (2013). Speech and orofacial apraxias in Alzheimer's disease. <i>International Psychogeriatrics</i> , Brésil		
Devis et objectif	Population	Méthode/ intervention (si présent)	Résultats	Commentaires
<p>Étude observationnelle.</p> <p>Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (MA) présentent des difficultés en termes de praxie du langage et orofaciale entravant leur communication.</p> <p>L'objectif de cette étude était d'investiguer la présence d'apraxie orofaciale ou du langage chez les patients atteints de la MA et d'émettre l'hypothèse que la sévérité de l'apraxie est en lien avec la sévérité de la maladie.</p>	<p>90 participants (dont 66 femmes), dont 30 a un stade léger de la MA, 30 a un stade modéré de la maladie, 30 a un stade sévère.</p>	<p>Afin de vérifier si la démence et la sévérité de l'apraxie étaient significativement liées, l'étude a effectué une étude de régression linéaire multivariée avec la sévérité de l'apraxie comme variable dépendante et la sévérité de la démence comme variable indépendante.</p> <p>Cette analyse a été contrôlée par le sexe, l'âge et les années d'études. Le groupe de référence pour la comparaison était le groupe de patients atteints de démence légère et les scores obtenus ont été analysés.</p>	<p>La principale découverte de cette étude était que les apraxies de la parole et orofaciales sont presque toujours présentes dans la démence de type MA, quel que soit le stade de la maladie, même chez les patients présentant des manifestations non précoces de la maladie. De plus, la praxie orofaciale et de langage chez les patients atteints de MA s'aggravent selon le stade de la maladie (sévere et modérée < légère).</p>	<p>L'étude a trouvé des apraxies de la parole et orofaciale dans les premiers stades de la maladie. En résumé, les apraxies de la parole et orofaciales qui peuvent être focales ou généralisées sont fréquemment présentes dans la MA, indépendamment du stade de la maladie. La reconnaissance des premiers signes d'apraxie chez les patients atteints de démence de type MA pourrait aider à l'évaluation des difficultés de communication et potentiellement à l'élaboration de stratégies de réadaptation.</p> <p>Aucun conflit d'intérêt relevé.</p>

Auteur, année, pays, titre		Williams, K. N., Perkhounkova, Y., Herman, R., & Bossen, A. (2016). A Communication Intervention to Reduce Resistiveness in Dementia Care: A Cluster Randomized Controlled Trial. <i>The Gerontologist</i> , USA		
Devis et objectif	Population	Méthode/ intervention (si présent)	Résultats	Commentaires
<p>Étude randomisée contrôlée.</p> <p>Les résidents atteints de démence dans les maisons de retraite développent des comportements inadéquats et une opposition à se faire soigner (RTC) ce qui augmente le temps de travail des employés, le stress et les coûts dans ces maisons. Des cours de communication (avec la méthode Changing Talk ou CHAT Mots simple, phrases courtes) ont été proposées aux soignants afin de réduire l'utilisation de l'elderspeak, langage habituellement utilisé par les jeunes adultes pour communiquer avec les personnes âgées. L'étude donne l'hypothèse que la méthode CHAT améliorerait</p>	<p>C'est une étude randomisée qui a basé ses résultats sur un groupe d'interventions et un groupe de contrôle. 20 maisons de retraite approuvées par le comité de révision de l'université d'Oxford. 7 établissements n'ont pas été retenues pour des raisons de géolocalisation.</p> <p>Deux groupes d'interventions ont été élaboré avec un</p>	<p>Deux groupes d'interventions ont été composé avec un groupe de contrôle composé de soignants et de résidents, et un groupe d'intervention dont les soignants ont été sensibilisé au préalable avec l'intervention CHAT.</p> <p>Le CHAT vise à diminuer l'utilisation de l'elderspeak lors des échanges avec les résidents pour améliorer la communication et baisser les effets négatifs engendrés par l'utilisation de l'elderspeak.</p> <p>Le groupe d'intervention a reçu 3 sessions de CHAT données par des doctorants en recherche.</p>	<p>Le succès de l'intervention CHAT dans la réduction de l'utilisation du langage des aînés par le personnel, entraînant des réductions parallèles du comportement du RTC, présente une approche non pharmacologique efficace pour gérer les comportements liés à la démence afin d'améliorer les soins aux personnes atteintes de démence. De plus, une meilleure communication avec le personnel peut entraîner des résultats supplémentaires au-delà de la portée de cette étude, tels que l'engagement et la qualité de vie. Les recherches futures se concentreront sur la diffusion du programme de formation CHAT et l'évaluation des résultats du système et de la population.</p>	<p>Au-delà de la signification statistique et de la modélisation prédictive, la réduction de la proportion de temps en RTC de plus de 10 % est cliniquement significative. Si un résident est RTC 30 % du temps lors d'une interaction avec le personnel, et que ce RTC est réduit à 20 % (d'un tiers), moins de temps et de stress pour le personnel en raison de la gestion des comportements difficiles seraient anticipés. Il y a de grands avantages pour les établissements type EMS à bénéficier une formation CHAT pour le personnel.</p>

<p>la communication et réduirait les comportements d'agitation et d'opposition (augmenté avec l'utilisation de l'elderspeak) des résidents atteints de démences.</p> <p>L'objectif était de voir si la méthode CHAT remplaçant l'elderspeak avait un impact positif sur le comportement et la communication des personnes atteintes de la MA.</p>	<p>groupe de contrôle composé de soignants et de résidents, et un groupe d'intervention dont les soignants ont été sensibilisés au préalable avec l'intervention CHAT.</p> <p>Au total, 29 membres du personnel et 27 résidents atteints de démence dans 42 dyades ont été inclus dans les analyses.</p>			<p>Peu de facteurs covariables étaient significatifs dans les analyses. Cela peut être dû à la petite taille de l'échantillon et/ou à un manque de sensibilité dans les mesures.</p>
---	--	--	--	--

Auteur, année, pays, titre		Martínez-Sánchez, F., Meilán, J., García-Sevilla, J., Carro, J., & Arana, J. (2013). Análisis de la fluencia lectora en pacientes con la enfermedad de Alzheimer y controles asintomáticos. <i>Neurología</i> , Espagne		
Devis et objectif	Population	Méthode/ intervention (si présent)	Résultats	Commentaires
<p>Étude observationnelle.</p> <p>De nombreuses études soulignent qu'une altération de la capacité à communiquer est l'une des principales caractéristiques cliniques de la MA.</p> <p>L'objectif recherché de cette étude est d'étudier l'organisation temporelle de la parole dans une tâche de lecture orale chez des patients atteints de MA et chez des témoins sains appariés à l'aide d'une méthode semi-automatique, et évaluer</p>	<p>70 participants dont 35 patients atteints de la MA et 35 patients contrôle.</p>	<p>L'intervention a été de calculer la sensibilité et la spécificité des variables de fluidité de lecture à capacité prédictive sur les résultats des tests neuropsychologiques (vitesse d'élocution et d'articulation) versus le diagnostic clinique, une analyse de la courbe ROC (Receiver Operating Characteristic) a été réalisée.</p> <p>La tâche consistait à demander aux sujets de lire, sur un écran d'une taille de 48 pouces pour faciliter la lecture, le premier paragraphe d'<i>El Ingenioso hidalgo don Quichotte de la Mancha</i> de M. de Cervantes.</p>	<p>L'analyse des paramètres temporels de la fluidité de lecture, notamment de la vitesse d'élocution et d'articulation, permet d'identifier les sujets asymptomatiques et ceux atteints de MA en phase légère, tout en offrant des informations sur le statut langagier de ces patients.</p> <p>Deux paramètres temporels apparaissent avec un plus grand pouvoir discriminant : la vitesse d'élocution et la vitesse d'articulation.</p> <p>Les sujets atteints de MA sont capables de lire des mots sans activer aucune des zones cérébrales auxquelles l'association sémantique est attribuée, ce qui implique qu'ils peuvent lire sans connaître le sens des mots.</p>	<p>Les résultats ont montré une corrélation positive du niveau d'étude sur les résultats de la fluidité de la lecture.</p> <p>Aucun conflit d'intérêt relevé.</p>

la capacité de cette méthode à discriminer entre les 2 groupes.				
---	--	--	--	--

Auteur, année, pays, titre		Silagi, M., Bertolucci, P., & Ortiz, K. (2015). Naming ability in patients with mild to moderate Alzheimer's disease: what changes occur with the evolution of the disease? <i>Clinics</i> , Brésil		
Devis et objectif	Population	Méthode/ intervention (si présent)	Résultats	Commentaires
<p>Étude observationnelle.</p> <p>Analyser la performance des patients atteints de la MA dans des tâches de dénomination pendant les phases légères et modérées de la maladie afin de vérifier comment cette compétence linguistique se détériore au cours de la maladie.</p>	<p>90 personnes ont été réparties en un groupe de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et un groupe témoin. 60 patients étaient atteints de la maladie d'Alzheimer (30 au stade léger et 30 au stade modéré).</p> <p>Et 30 volontaires âgés en bonne santé, ne présentant aucun changement neurologique ou psychiatrique. Leur cognition générale a été évaluée par le Mini-Mental State</p>	<p>Une version réduite du test de dénomination de Boston, Revised Boston Naming Test, (RBNT) a été administrée à la population cible. Celui-ci contient 20 cartes d'images de l'instrument original. Le test a été administré selon les instructions du manuel original.</p> <p>Les réponses obtenues sur RBNT ont été classées selon deux groupes : correctes ou incorrectes. Les erreurs ont été classées dans les groupes suivants : paraphasie sémantique verbale, paraphasie phonémique verbale, absence de réponse, circonlocution, paraphasie verbale sans rapport, visuel, intrusion.</p>	<p>L'analyse de la performance de tous les groupes sur le RBNT a montré que le nombre d'erreurs et le schéma d'erreur de dénomination observés chez les patients atteints de la MA augmentait avec l'évolution de la maladie.</p>	<p>La limite de cette étude serait sa nature descriptive et corrélationnelle.</p>

	<p>Examination (MMSE) ainsi qu'un bref historique médical/neurologique afin d'identifier les troubles cognitifs qui empêcheraient la participation à cette étude.</p>			
--	---	--	--	--

Auteur, année, pays, titre		Rogalski, E., Sridhar, J., Rader, B., Martersteck, A., Chen, K., Cobia, D., Thompson, C. K., Weintraub, S., Bigio, E. H., & Mesulam, M. M. (2016). Aphasic variant of Alzheimer disease. <i>Neurology</i> , USA		
Devis et objectif	Population	Méthode/ intervention (si présent)	Résultats	Commentaires
<p>Étude observationnelle longitudinale.</p> <p>L'étude se penche sur l'analyse de l'aphasie progressive primaire (APP) en lien avec la maladie d'Alzheimer (MA), le but étant de déterminer si l'APP est un marqueur clinique de la MA. L'objectif de cette étude était de caractériser les différentes manifestations de l'APP associée à la MA, en particulier dans le domaine de la grammaire.</p>	<p>139 participants atteints d'APP à des stades différents de la MA.</p> <p>Finalement 19 ont été inclus dans l'analyse. Les autres ne remplissaient pas les critères demandés.</p>	<p>L'étude tente de trouver un lien avec les personnes atteintes de APP et la MA en effectuant des autopsies ou des imageries afin de détecter des biomarqueurs compatibles avec la MA. L'APP a été évaluée qualitativement durant une évaluation clinique détaillée.</p> <p>Freesurfer : fournit des estimations de l'épaisseur corticale en mesurant la distance entre chaque point de la surface corticale.</p>	<p>Cette étude s'est basée sur 19 participants ayant un diagnostic d'aphasie progressive primaire avec des preuves autopsiques ou des biomarqueurs de la maladie d'Alzheimer. Les résultats sont donc pertinents pour la prise de décision clinique. Il existe des preuves que l'APP associée à la MA est plus susceptible de se présenter sous la forme d'une aphasie logopénique. Cependant l'APP logopénique n'est pas nécessairement associée à la MA. Il n'y a donc pas de correspondance univoque. Les résultats ont montré que la difficulté à trouver ses mots était la plainte principale chez les patients atteints d'APP dont le sous type s'est avéré agrammatique et logopénique. La compréhension des mots était cependant conservée chez tous les participants. 8 des</p>	<p>Il existe une relation étroite entre ces deux pathologies sans pour autant que celles-ci soient universelle pour tous les patients. Hormis la compréhension des mots, rien ne permet d'affirmer qu'il y a présence d'un diagnostic de MA en présence d'APP. Seuls les biomarqueurs permettront de donner une vraie réponse. Cette étude permettrait une meilleure reconnaissance des personnes atteintes d'APP en lien avec la Maladie d'Alzheimer.</p>

			15 patients ne démontraient pas d'atrophie corticale.	
--	--	--	---	--

Auteur, année, pays, titre		Van Lancker Sidtis, D., Choi, J., Alken, A., & Sidtis, J. J. (2015). Formulaic Language in Parkinson's Disease and Alzheimer's Disease: Complementary Effects of Subcortical and Cortical Dysfunction. <i>Journal of Speech, Language, and Hearing Research</i> , USA		
Devis et objectif	Population	Méthode/ intervention (si présent)	Résultats	Commentaires
<p>Cette étude observationnelle a examiné deux hypothèses. Premièrement, il a été supposé que les personnes présentant des dommages aux structures sous-corticales auraient des proportions réduites d'expressions de formule (tournure de phrases) dans leur discours spontané par rapport aux locuteurs sains. Cette hypothèse a été testée en examinant des échantillons de discours</p>	<p>16 personnes diagnostiquées de la maladie de Parkinson, 12 personnes diagnostiquées de la maladie d'Alzheimer et 18 personnes ont servi de groupe témoin sain.</p>	<p>Considérant qu'une caractéristique clé des expressions stéréotypées est la familiarité sous forme de pertinence personnelle, un protocole de recherche spécialisé a été conçu pour sonder la reconnaissance de la familiarité personnelle pour un autre type de stimuli : le test des noms et visages célèbres (FaNFaT ; Van Lancker, 1995), qui a été remis à tous les participants (forme visuelle).</p> <p>De plus, afin d'évaluer l'état cognitif des participants à l'étude, des sous-tests de l'Arizona Battery for Communication Disorders of Dementia (ABCD-2 ; Bayless &</p>	<p>Les tests de la fonction cognitive dans le groupe MA ont indiqué une capacité réduite à reconnaître les visages célèbres lorsqu'on leur a donné les noms des personnes représentées, mais les performances étaient nettement meilleures que le hasard (25%). Une performance réduite chez les participants atteints de MA reflète probablement une reconnaissance faciale déficiente (Roudier et al., 1998), une diminution des ressources cognitives et/ou une diminution du sentiment de familiarité (Mendez et al., 1992). Cette difficulté se présente souvent lorsque la personne atteinte de la MA perd la capacité de reconnaître les membres de sa famille et d'autres connaissances. Les résultats de l'ABCD-2, un test de démence, ont révélé des troubles cognitifs compatibles avec le</p>	<p>Les implications de ce modèle pour l'évaluation et le traitement des troubles de la parole et du langage, consécutifs à des lésions cérébrales ou à des troubles du développement sont considérables (Van Lancker Sidtis, 2012).</p> <p>Les limites de cette étude comprennent le champ d'application sélectif des expressions formulées et le défi que représentent les tests formels pour sonder la fonction pragmatique. Dans le cadre d'une évaluation clinique, on peut constater que la production vocale est constituée de trop ou de peu d'expressions formulées ou de distorsions des expressions formulées. Dans le cadre d'un</p>

<p>naturels obtenus de personnes ayant reçu un diagnostic de maladie de parkinson (MP), qui se caractérise par un dysfonctionnement des ganglions de la base. Une prédiction corollaire liée à cette hypothèse était que l'incapacité sous-corticale affecte la production et non la compréhension ou la connaissance des expressions formulées. La deuxième hypothèse affirmait que les personnes atteintes de dysfonctionnement cortical, suite à un diagnostic de maladie d'Alzheimer probable (MA) révéleraient le tableau inverse : une production abondante d'expressions de formule couplée à une compréhension</p>	<p>Tomoeda, 1993). Uniquement sur les groupes MP et MA.</p> <p>Sous-tests : The story retelling (raconter immédiatement une nouvelle lue par l'examineur) + questions comparatives (réponses oui/non) + répétition (répéter des phrases) + Generative naming semantic category (produire un maximum de nom dans un catégorie sémantique spécifique).</p> <p>L'examineur procède également par une conversation structurée pour chaque participant qui ont été enregistrées, puis ils ont été analysés.</p> <p>Achèvement de l'énoncé de la formule : l'examineur demande aux participants de « se souvenir de vieux dictons » qui aboutit à des critères de notations.</p> <p>Evaluation Northridge des formules, des idiomes, et des proverbes dans des situations sociales : évalue la reconnaissance et la</p>	<p>diagnostic de démence dans le groupe MA mais pas dans le groupe MP.</p> <p>Pour la parole spontanée, les deux hypothèses ont été confirmées par nos résultats. Le groupe MP a produit une proportion significativement plus faible d'énoncés formulés que les groupes MA ou le groupe sain (GS), et le groupe MA a produit une proportion significativement plus élevée d'énoncés formulés que les groupes MP et le GS.</p> <p>Les résultats comparant l'achèvement d'une formule d'énonciation et l'éllicitation spontanée ont indiqué une mauvaise performance du groupe MA dans les deux tâches. De même, un déficit spécifique de compréhension dans la MA peut être déduit de la performance du groupe MA dans les deux protocoles NEFIPSS (complétion de phrases et choix multiples).</p> <p>Pour le groupe atteint de la maladie d'Alzheimer, les déficits de compréhension ont été observés dans la performance à la FANL-C, qui demande aux participants d'associer une image à une formule ou à une expression nouvelle. Le groupe MA a obtenu</p>	<p>traitement, l'utilisation d'une compétence linguistique formelle préservée peut constituer une aide majeure à la réadaptation (Stahl, 2014) ; la pauvreté de ces expressions devrait être réhabilitée pour restaurer ou améliorer la compétence communicative. Lorsqu'ils sont correctement examinés et décrits, la préservation, l'utilisation excessive ou les proportions déficientes du langage formel peuvent être considérées comme contribuant à un diagnostic médical. L'évaluation des troubles du langage est mieux informée lorsque la distinction entre la compétence dans les expressions formulées et la compétence dans les expressions nouvelles est prise en compte. Le traitement de réadaptation se déroulera différemment selon l'abord des types disparates de compétences linguistiques.</p>
--	---	---	---

<p>déficiente du sens. C'est-à-dire que la deuxième hypothèse prédisait que les personnes ayant des lésions corticales auraient des proportions élevées d'expressions de formules dans leur discours spontané par rapport aux locuteurs sains, mais que des échecs relatifs de reconnaissance et de compréhension émergeraient. Cette hypothèse était basée sur le fait que les noyaux gris centraux sont intacts loin dans la progression de la MA aux côtés de structures corticales détériorées.</p>		<p>compréhension des expressions de formules dans un contexte social spécifique en utilisant deux versions différentes.</p> <p>Un test de compréhension des formules et des langues nouvelles a été fait afin d'évaluer la compréhension des formules et des nouveaux langages.</p>	<p>des résultats significativement plus mauvais dans les subtests de la formule et de l'énoncé nouveau, ce qui reflète l'état de déficience cognitive de ce groupe</p>	
---	--	---	--	--

7.4. Synthèse des résultats

L'étude observationnelle de Luchesi et al. (2013), s'est penchée sur le langage et l'apraxie orofaciale dans le cadre de la démence de type d'Alzheimer. Elle a émis l'hypothèse que la sévérité de l'apraxie serait en lien avec la sévérité de la maladie (Luchesi et al., 2013). Les résultats de l'article ont montré que l'apraxie de langage et orofaciale sont souvent présents dans la démence de type Alzheimer, quel que soit l'avancée de la maladie. Ces symptômes peuvent être focaux ou généralisés (Luchesi et al., 2013). De plus, il est décrit que la praxie orofaciale et de langage chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer s'aggrave selon le stade de la maladie (Luchesi et al., 2013). La reconnaissance des premiers signes d'apraxie chez les patients atteints de démence de type Alzheimer pourrait aider à l'évaluation des difficultés communicationnelles et potentiellement à l'élaboration de stratégies de réadaptation (Luchesi et al., 2013).

L'étude randomisée contrôlée de Williams et al, (2015), se penche sur la communication des soignants face à des personnes atteintes de TNCM ayant des troubles de la communication. Il propose une formation au personnel soignant, avec la méthode CHAT (une formation de sensibilisation à l'adaptation de la communication en présence de personnes atteintes de TNCM de type Alzheimer) permettant de faire évoluer la manière de communiquer des soignants avec les personnes atteintes. L'objectif étant de réduire l'utilisation de *l'elderspeak*, un style d'élocution similaire au langage infantilisant (Williams et al, 2015). L'hypothèse de l'étude est que la formation permettrait d'améliorer la communication et de réduire la résistance aux soins des résidents (Williams et al, 2015). Le résultat se traduit par un succès de l'intervention CHAT. Cette méthode a démontré une réduction de la résistance aux soins et une meilleure gestion des comportements. C'est également une approche non médicamenteuse qui permet l'amélioration des soins et de la qualité de vie des personnes atteintes de troubles cognitifs (Williams et al, 2015).

L'étude observationnelle écrite par Martinez-Sanchez et al. (2012), avait pour objectif d'analyser la fluidité de la parole au moyen d'une lecture orale chez des patients atteints de TNCM de type Alzheimer en comparaison avec des personnes dites en bonne santé (Martinez-Sanchez et al., 2012). En guise de résultats, l'analyse de la fluidité de lecture, comme la vitesse d'élocution ou l'articulation, permet de dépister des sujets asymptomatiques ayant un TNCM de type Alzheimer ou d'évaluer le statut langagier des personnes avec un diagnostic préalablement posé (Martinez-Sanchez et al., 2012). Les résultats ont montré que la capacité de lecture pouvait être relativement préservée mais

que la compréhension du texte était détériorée (Martinez-Sanchez et al., 2012). Cependant, l'analyse de la fluidité de lecture ne peut pas être considérée comme une méthode de haute précision diagnostique. L'étude a mis en exergue que le niveau scolaire peut avoir une corrélation positive sur les résultats de la fluidité de la lecture quel que soit le stade de la maladie (Martinez-Sanchez et al., 2012).

L'étude observationnelle de Silagi et al, (2015), s'intéresse à la performance de personnes atteintes d'un TNCM de type Alzheimer dans des tâches de dénomination (action de nommer des objets ou des images) à différentes phases de la maladie (légère et modérée) (Silagi et al, 2015). Le but étant de vérifier la manière dont cette compétence linguistique va se détériorer au cours de la maladie. Un test nommé Revised Boston Naming Test (RBNT) a été administré à la population cible (Silagi et al, 2015). Ce test contient vingt cartes avec des images représentant des mots simples ou des mots plus complexes et peu fréquents. Il était demandé à la personne de nommer l'objet. L'analyse de ce test montre que les schémas d'erreurs de dénomination observés chez les personnes malades ont changé à mesure que la maladie évoluait. Il a aussi été observé que l'anomie et les erreurs de nature visuelle (erreur dans l'interprétation de l'image) ont augmenté à mesure que la maladie progressait ; ainsi qu'une paraphasie verbale (par exemple : échange d'un mot pour un autre qui n'a pas la même signification) non liée et significative chez les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer de stade modéré (Silagi et al, 2015). Les résultats de cette étude démontrent une déficience à différents niveaux de traitements linguistiques chez les personnes atteintes de démence de type Alzheimer à des stades légers et modérés (Silagi et al, 2015). Ces différentes formes d'erreurs sont l'anomie qui est une absence totale de réponse, la paraphasie verbale sémantique qui est une substitution d'un mot qui est relié sémantiquement au mot initialement adéquat ; la paraphasie verbale phonétique qui est la substitution, omission ou addition d'un son ou d'une syllabe (Silagi et al, 2015).

L'étude observationnelle de Rogalski et al., (2016), concerne l'aphasie progressive primaire (APP) en lien avec le TNCM de type Alzheimer et ses manifestations. Le but étant de déterminer si l'APP est un marqueur clinique de cette maladie. Ces résultats se sont basés sur 19 participants diagnostiqués avec de l'APP ayant des preuves autopsiques ou des biomarqueurs de la maladie d'Alzheimer (Rogalski et al., 2016). Il existe donc une étroite relation entre ces deux pathologies sans pour autant que ce lien soit universel pour tous les patients. De même, il souligne l'impossibilité d'affirmer que la présence d'APP peut encourager un diagnostic de TNCM de type Alzheimer (Rogalski et al., 2016). Cette étude exercerait une influence sur l'interprétation et la prise en soins

de l'APP spécifiques aux personnes atteintes de TNCM de type Alzheimer (Rogalski et al., 2016).

L'article de Van Lancker Sidtis et al., (2015), est une étude observationnelle qui a examiné deux hypothèses : la première prédit que les personnes ayant des dommages aux structures sous-corticales auraient des déficits d'expressions de langage en comparaison avec les personnes dites saines. Cette hypothèse a été testée en évaluant des patients avec un diagnostic de Maladie de Parkinson (MP) à l'aide de différents tests. En effet, cette pathologie endommage les structures sous corticales (Van Lancker Sidtis et al., 2015). La deuxième hypothèse établie dans cette étude affirmait que les personnes atteintes de TNCM de type Alzheimer (MA), engendrant une atteinte corticale, auraient alors une production abondante d'expressions de formules du langage couplée à une compréhension déficiente du sens (flux de parole abondant sans pour autant que le contenu du message qui veut être transmit soit compréhensible). La personne atteinte de TNCM de type Alzheimer pourra s'exprimer mais sa réponse n'aura pas de réel lien avec la question qui lui est posée car elle n'en n'aura pas saisi le sens. Cette deuxième hypothèse se basait sur le fait que les noyaux gris centraux sont intacts quel que soit l'avancée de la maladie (Van Lancker Sidtis et al., 2015). Résultant de ces deux hypothèses, l'étude a conclu que celles-ci sont les deux avérées grâce aux résultats obtenus. Pour la première hypothèse, le groupe MP a produit une proportion d'énoncés plus faibles que le groupe contrôle et le groupe MA. Alors que le groupe MA a produit une proportion plus élevée que le groupe contrôle. L'hypothèse d'utilisation excessive d'expression de formules de discours chez les personnes atteintes de la démence de type Alzheimer est donc confirmée (Van Lancker Sidtis et al., 2015). Pour le groupe MA, des déficits de compréhension ont été observés grâce à différents tests tandis le groupe MP a obtenu de meilleurs résultats. De plus, des tests pour évaluer les fonctions cognitives des patients atteints de MA ont relevé une reconnaissance des visages déficiente et une diminution des ressources cognitives (Van Lancker Sidtis et al., 2015).

7.5. Les thématiques relevées dans la revue de littérature

L'analyse des articles a permis de dégager des thématiques récurrentes, qui sont illustrées dans le tableau 7 ci-dessous. L'objectif de ce tableau est de rassembler les études qui abordent les mêmes sujets afin de construire par la suite des chapitres d'analyse et de discussion. Les thèmes ont été déterminés afin de répondre à la question de recherche à travers la discussion : « Quelles sont les difficultés de communication observées et décrites auprès des personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs de type Alzheimer ? Comment se manifestent-elles ? ».

Tableau 7 : synoptique des dimensions et thèmes abordés dans chaque article retenu :



Thèmes par articles	Étude observationnelle	Étude randomisée contrôlée	Étude observationnelle	Étude observationnelle	Étude observationnelle	Étude observationnelle
	Article 1 : Luchesi Cera M. et al, 2013	Article 2 : Williams K. et al, 2015	Article 3 : F. Martinez-Sanchez et al., 2012	Article 4 : Silagi M-L., et al, 2015	Article 5 : Rogalski E. et al., 2016	Article 6 : Van Lancker Sidtis D. et al, 2015
Aphasie	X			X	X	X
Apraxie oro-faciale	X		X		X	
Mode de communication		X	X	X		
Éducation des professionnels de santé		X				
Évolution de la maladie	X	X		X	X	
Physiopathologie				X	X	X

8. DISCUSSION

En reprenant les thématiques relevées et l'analyse des articles associés, cette discussion permettra de répondre à la question de recherche et de mettre en perspective ces résultats avec le modèle théorique basé sur l'Approche de Soin Fondé sur les Forces de la personne (ASFF) de Laurie Gottlieb.

8.1. Analyse de thèmes

Dans ce chapitre, six thèmes communs sont abordés : l'aphasie, l'apraxie oro-faciale, les modes de communication utilisés par les personnes diagnostiquées du TNCM de type Alzheimer ainsi que par les professionnels, l'éducation des professionnels de santé et enfin la physiopathologie qui concerne plus spécifiquement la maladie et ses impacts. Ceux-ci sont explicités grâce à la théorie choisie ultérieurement et détaillés de manière rigoureuse.

8.1.1. L'aphasie

Selon l'article de Luchesi et al., (2013) l'aphasie se définit par une déficience acquise de la capacité à parler provoquant une difficulté de réception et compréhension d'un message oral ou écrit. Il s'agit du symptôme le plus connu en termes de difficulté communicationnelle chez les personnes atteintes d'un TNCM de type Alzheimer (Luchesi et al., 2013). L'aphasie progressive primaire (APP) est abordée dans la revue de Rogalski et al., (2016). Dans les résultats obtenus par l'étude, l'APP est en lien avec la maladie mais ne peut pas être confirmée comme un marqueur clinique. La majorité des participants ont été classifiés dans la rubrique d'APP logopénique. Les tests ont montré que la fluidité des mots, les répétitions ou encore les capacités grammaticales pouvaient aller de préservées à largement détériorées selon les différents participants. En lien avec notre question, l'aphasie peut donc dégrader la capacité communicationnelle des personnes. Comme le souligne l'étude de Silagi et al. (2015), l'aphasie peut prendre diverses aspects: *la paraphasie verbale sémantique* qui est une substitution d'un mot qui est relié sémantiquement au mot initialement adéquat (par ex : coussin/ draps); *la paraphasie verbale phonétique* qui est la substitution, omission ou addition d'un son ou d'une syllabe (boire/ croire) ; *l'anomie* qui est l'absence totale de la parole ; *la périphrase* qui est la substitution d'un mot pour une phrase et enfin la *paraphasie verbale sans rapport* qui représente la substitution de deux mots qui n'ont pas de lien entre eux (Silagi et al, 2015).

En guise de résultats, cette étude a mis en avant les erreurs de dénomination chez les participants atteints du TNCM de type Alzheimer. Ces erreurs, augmentent en parallèle avec la progression de la maladie. L'anomie et les erreurs visuelles sont aussi en accentuation en lien avec l'avancement des troubles cognitifs. Même à des stades légers et modérés, il a pu être observé que des déficiences linguistiques sont déjà présentes. Les troubles de la communication se manifestent alors avec de l'aphasie, présente à tous les stades de la maladie et sous plusieurs formes. Ces différentes manifestations de l'aphasie sont importantes à identifier pour mieux comprendre les difficultés de langage de la personne. L'article de Van Lancker Sidtis et al., (2015), a comparé la maladie d'Alzheimer et la maladie de Parkinson afin de mieux comprendre quelle partie du langage allaient être détériorée en fonction de la physiopathologie des deux maladies. Résultant de la recherche de cette étude, il est dit que les personnes atteintes de TNCM de type Alzheimer auront une utilisation excessive d'expression de formule dans leur discours. En effet, l'article affirme que les personnes atteintes d'aphasie ont une meilleure gestion de la parole lors de discours automatisés, (par ex : phrases d'usage : Bonjour, comment allez-vous ?) ou avec une structure simple (par exemple : phrase courte avec sujet verbe et complément) (Van Lancker Sidtis et al., 2015). Les capacités de compréhension sont malheureusement touchées chez ces patients. Ainsi, il est à relever que ces résultats mettent en avant l'importance de communiquer avec des phrases qui peuvent être aisément comprises par ces personnes. Grâce à la réponse verbale ou non verbale de la personne, il sera alors possible d'évaluer la compréhension du message. De plus, si la personne parvient à élaborer un échange grâce à des phrases automatisées ou structurées, il serait alors pertinent de favoriser cette méthode pour établir un lien relationnel solide.

Pour faire un parallèle avec la théorie de Gottlieb (2014), l'un de méta concepts qu'elle prône est l'unicité et l'authenticité de la personne. Concernant ce thème, il est congruent de différencier chaque individu, les diverses manifestations de la maladie et les répercussions en lien avec celle-ci. Ceci, afin de créer un climat de confiance et apprendre à connaître le vécu de ces personnes. En effet, comme l'ont souligné certains articles, les stades de la maladie influencent les symptômes et l'atteinte en termes d'aphasie du langage. Les patients doivent donc adopter une approche qui leur est propre et qui correspond à leurs forces et leurs faiblesses comme le souligne la théorie. Les idées choisies font aussi apparaître la santé comme pilier fondamental dans l'approche centrée sur les forces de la personne (Gottlieb, 2014). En effet, l'aphasie étant un des symptômes de la maladie, celle-ci va impacter la santé de l'individu. L'objectif est donc d'adapter notre communication en fonction des symptômes de la personne pour

ainsi mieux la comprendre et avoir un impact positif sur son bien-être et stabiliser voire améliorer son état et prévenir les symptômes psychologiques et comportementaux. De plus, la personne ne se résume pas à ses symptômes, elle a un vécu et une histoire qui peuvent être utilisés pour identifier ses forces.

8.1.2. L'apraxie oro-faciale

Selon Luchesi et al. (2013), l'apraxie est une altération de la capacité à effectuer des mouvements délibérés. En ce qui concerne l'apraxie de la parole, il s'agit d'une perturbation qui entrave la capacité de programmer le positionnement et l'enchaînement des mouvements musculaires pour produire des sons (Luchesi et al., 2013). L'apraxie orofaciale est un type spécifique d'apraxie idéomotrice qui se manifeste par une altération des mouvements non verbaux du visage, des lèvres, de la langue et du pharynx à la suite d'une commande ou une imitation verbale (Luchesi et al., 2013). De nombreux troubles aphasiques, apraxiques et dysarthriques surviennent à la suite d'altérations de plusieurs systèmes cognitifs. Cela a pour conséquence des troubles mixtes tels qu'une aphasie avec apraxie de la parole ou une apraxie de la parole avec dysarthrie (Luchesi et al., 2013). Les résultats de cette étude ont mis en corrélation l'avancement de la maladie avec la sévérité des symptômes d'apraxie de langage et orofaciale (Luchesi et al., 2013).

En réponse à la question de recherche préalablement identifiée, il est alors pertinent d'adapter sa communication en fonction du stade de la maladie dans lequel l'interlocuteur se trouve. De ce fait, il paraît primordial d'identifier les difficultés de praxie de celui-ci afin de trouver des stratégies de communication permettant à la personne de se faire comprendre malgré ses symptômes limitants.

L'article rédigé par Martinez-Sanchez et al. (2012), évalue la vitesse d'élocution et d'articulation. Les résultats démontrent que ces deux aspects vont se détériorer, ce qui peut engendrer une difficulté à se faire comprendre pour les personnes atteintes de TNCM de type Alzheimer lors d'échanges (Martinez-Sanchez et al., 2012). Selon l'étude de Rogalski et al., (2016), l'aphasie progressive primaire logopénique (APP-L), autrement dit aphasie avec apraxie de la parole, est en corrélation avec la maladie d'Alzheimer. La fluidité des mots, la répétition, la dénomination et la grammaticalité étaient altérées ou préservées selon les patients et leurs atteintes cognitives. Les difficultés communicationnelles peuvent prendre différentes formes, il est donc important de les objectiver afin d'établir un meilleur contact avec la personne atteinte de TNCM de type Alzheimer.

En lien avec la théorie de Laurie Gottlieb (2014), l'apraxie est, tout comme l'aphasie, un symptôme de la maladie d'Alzheimer. C'est pourquoi le méta concept de la santé peut aussi être mis en lien. En accompagnant la personne, il sera plus simple pour l'équipe soignante de savoir quels sont ses modes de communications et ses forces pour pouvoir se faire comprendre. Cela contribuera donc à une meilleure santé. L'authenticité et l'unicité de la personne doit être intégrée dans la prise en soins car chaque symptôme peut être vécu et se manifeste différemment en fonction de la personne, de son vécu, du stade de la maladie, de son âge ou de son degré d'éducation.

8.1.3. Les modes de communication

Les modes ou moyens de communication des personnes atteintes de TNCM de type Alzheimer sont des éléments centraux à la compréhension de ce travail. Il existe quatre types de communication distincts : visuelle, écrite, verbale et non-verbale (Amado et al., 2017). En effet, il a été remarqué dans ces recherches que les problèmes de communication rendent difficile la prise en soins de personnes atteintes de TNCM (Williams et al., 2015). Afin de détecter ces difficultés communicationnelles, l'étude de Martinez- Sanchez et al., (2012), permet de mettre en évidence une altération de la fluidité de la parole, de l'élocution et de l'articulation qui sont les principaux symptômes cités et sont donc des moyens de communication verbale. La capacité de lecture et de compréhension sont deux concepts différents, en effet, la capacité de lecture serait préservée pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ; cependant il a été prouvé que même si ces personnes sont capables de lire, elles ne sont pas forcément capables de le comprendre ce qu'elles lisent (gnosie) (Martinez- Sanchez et al., 2012). Cela confirme que le langage et la gnosie sont deux concepts différents, ils fonctionnent ensemble mais dans la maladie d'Alzheimer ils sont dissociés. Une personne atteinte de cette maladie peut donc utiliser un mode de communication sans forcément comprendre le sens des mots, ou s'exprimer avec des mots qui ne traduisent pas ce qu'elle désire réellement nous transmettre. Selon Silagi et al., (2015), plusieurs difficultés de communication ont été identifiées. Celles-ci sont causées par des problèmes de dénominations tels que : la paraphasie sémantique verbale ; paraphasie phonémique verbale ; l'anomie pure ; circonlocution ; paraphasie verbale sans rapport ; erreurs visuelles ; l'intrusion (Silagi et al., 2015). L'altération de ces performances aura donc un impact négatif sur les moyens de communication des personnes atteintes de TNCM de type Alzheimer. On remarque alors que plusieurs de ces moyens sont altérés dans le TNMC de type Alzheimer, mettant ces personnes en difficulté dans leurs interactions avec les individus et leur environnement. Il existe une approche non-médicamenteuse

et des formations pour les soignants (ex : CHAT), qui influent sur le mode de communication et permet une réduction des troubles comportementaux et une amélioration de la communication des personnes soignées (Williams et al, 2015).

Ce thème portant sur les modes de communication fait écho à la théorie de l'ASFF de Laurie Gottlieb (2014). En effet, ces études impliquent une prise en charge de la santé d'une personne, en la mettant au centre des soins. Le fait de se concentrer sur la répercussion des déficits de communication, permet d'identifier les forces et ressources de la personne. Suite à nos recherches, nous avons pu comprendre les troubles de communication chez les personnes atteintes de TNCM type Alzheimer afin de promouvoir et créer un plan d'action conjoint pour aider ces personnes à exprimer leurs besoins et améliorer leur qualité de vie (Gottlieb, 2014).

8.1.4. L'éducation des professionnels de santé

Tout le long de ce travail, il a été remarqué une détérioration des habiletés de communication dès le commencement de la maladie. Les troubles cognitifs évoluent et compliquent le langage de l'individu, de même que ses relations avec ses proches et avec les soignants. Selon Williams et al., (2015), l'agressivité, l'agitation et l'errance, sont des comportements fréquents et qui s'amplifient avec l'évolution de la maladie. Ceux-ci vont précipiter le placement en institution et l'utilisation de psychotropes. Williams et al., (2015), ont identifié un langage nommé elderspeak (langage des aînés – traduction libre) comme étant plus susceptible d'amener à une résistance aux soins de la personne soignée. Celle-ci propose l'intervention Changing Talk (CHAT) auprès des soignants ; ce qui leur a permis d'être guidés dans la pratique par des stratégies de communication faciles à mettre en place (Williams et al., 2015). L'étude démontre donc une grande efficacité de cette méthode auprès des personnes atteintes de TNCM de type Alzheimer et autres troubles cognitifs. Elle a permis de réduire la résistance aux soins ainsi que les difficultés de communication (Williams et al., 2015). Les avantages pour les patients et les soignants sont alors significatifs. En effet, une meilleure communication permet une diminution du stress de chacun et la création d'une relation de confiance ; permettant à long terme d'enrichir l'engagement et la qualité de vie.

Établir un mode de communication adapté à ses capacités permet d'engager le lien de confiance entre soignant-soigné et donc de mieux interagir avec la personne afin de comprendre ses besoins. Selon Gottlieb (2014), quatre méta concepts sont en lien avec ce thème afin d'interpréter les forces et ressources qu'utilise la personne pour communiquer. Une personne est unique et l'empowerment lui est nécessaire pour

s'investir pleinement dans sa vie et ses choix (Gottlieb, 2014). Le méta concept des Soins Infirmiers à une importance particulière ici, le soignant apprend à accompagner et communiquer de manière adéquate avec une personne atteinte d'un TNCM. Selon l'interlocuteur, il faudrait adapter notre communication dans le but d'accompagner, de favoriser la santé et le bien-être, ainsi que d'améliorer l'autonomie et le pouvoir d'agir (Gottlieb, 2014). Cela nous permettra de comprendre les stratégies mises en place par le patient du patient et la manière la plus efficace pour communiquer avec lui. Ces interventions permettent finalement de favoriser la santé en général en diminuant le stress, la résistance aux soins, l'agressivité et la dépression. D'après Gottlieb (2014), un des piliers fondamentaux est le partenariat, or il ne peut se faire si l'on ne discerne pas les besoins d'une personne et afin de comprendre celle-ci, il est impératif de passer par une forme de communication adaptée.

8.1.5. L'évolution de la maladie

La maladie d'Alzheimer est une pathologie chronique évolutive (HAS, 2011), ce qui implique qu'elle évolue dans le temps. Elle se divise en trois stades : léger, modéré, avancé (Alzheimer Association, 2021). Comme discuté plus tôt, l'aphasie ou l'apraxie orofaciale sont des freins à un échange d'informations et se dégradent avec l'avancement de la maladie. Selon Silagi et al. (2015), le nombre d'erreurs de dénomination augmentent avec l'évolution de la maladie, ce qui va donc affecter la communication et diminuer leurs capacités à interagir avec l'entourage. Luchesi et al., (2013), ajoutent que la praxie orofaciale et de langage chez les patients atteints de TNCM de type Alzheimer s'aggrave selon le stade de la maladie. Nous pouvons ainsi affirmer que les troubles de la communication se détériorent au fil des années. Nous observons lors de cette analyse et à travers plusieurs articles, les bénéfices d'une communication adaptée avec les personnes atteintes de TNCM de type Alzheimer à des stades différents de leur maladie. Cependant, la plupart des articles se penchent davantage sur des personnes à des stades légers ou modérés de la maladie. Il est possible qu'il existe peu d'articles étudiant les stades sévères car les personnes atteintes seraient trop diminuées physiquement et psychologiquement (Williams et al., 2015). En effet, les auteurs Williams et al., (2015), ont conclu que la formation proposée permettrait d'améliorer l'échange et de réduire la résistance aux soins des résidents dans l'avancement de la maladie (Williams et al., 2015). Ceci amène à des questionnements, tels que : si l'on communique de la bonne manière avec des personnes atteintes de TCNM de type Alzheimer dès le stade précoce, est-ce possible de ralentir l'avancement des troubles de la communication ? Dans quelle mesure cela pourrait diminuer le risque

de symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) ? Après avoir observé les difficultés de communication et comment elles se manifestent, il serait donc intéressant, de se pencher davantage sur l'impact des interventions proposées à des stades différents de la maladie.

En lien avec la théorie de l'ASFF de Gottlieb (2014) et la notion d'unicité, la personne est unique, elle est à un stade de la maladie qui lui est propre, elle connaît mieux que quiconque ses stratégies d'adaptation et ses faiblesses. Même s'il existe plusieurs stades, l'avancement de la maladie dépend de chaque personne, il faut donc adapter sa prise en soins en fonction du stade mais également selon les ressources que possède chaque individu. Ce qui amène à l'autodétermination, qui est le droit de diriger sa vie, d'agir conformément à ses valeurs, croyances, besoins et sentiments. En effet, les besoins ne seront pas les mêmes en fonction de l'avancement de la maladie et la capacité d'être autonome sera péjorée. D'où l'importance d'accompagner la personne afin de respecter son droit de choisir et de préserver son autonomie, même à un stade avancé. Lors de sa prise en soins, le soignant peut se baser sur les 4 piliers fondamentaux de Gottlieb (2014), étant : la découverte, l'apprentissage, l'évolution et le travail avec les forces. En utilisant ses piliers, la prise en soins favorisera un travail continu en fonction des forces communicationnelles spécifiques de la personne soignée. Le fait d'apprendre à connaître réellement le patient est une notion souvent oubliée même si cela paraît évident. Malgré la maladie, la personne que l'on soigne est un être digne et unique ; elle a une histoire qui lui est propre. Songer à s'attarder sur ces éléments facilitera la collaboration et renforcera la confiance.

8.1.6. Physiopathologie

Comme le précise l'article de Silagi et al., (2015), le trouble neurocognitif majeur (TNCM) de type Alzheimer est une maladie dégénérative qui se caractérise par une dégradation du système nerveux et par conséquent, une détérioration des fonctions cognitives. La représentation la plus commune de cette maladie est les troubles mnésiques (Voyer, 2021). Les premiers symptômes détectés sont la perte de mémoire à court terme et la capacité à apprendre de nouvelles notions (Silagi et al., 2015). Par la suite, d'autres fonctions cognitives seront endommagées comme celles du langage. C'est là que les différentes formes de paraphasies peuvent faire leur apparition. Ces manifestations engendreront alors divers obstacles à la communication. Pour répondre plus précisément à l'interrogation concernant les difficultés communicationnelles, la personne ayant des troubles mnésiques peinera à entretenir une conversation qui implique des notions de temps et d'espace. Cette entrave est aussi alimentée par l'aphasie qui

découle de la maladie. Dans le but de mieux comprendre l'enjeu de la question de recherche, le choix s'est tourné sur l'article de Van Lancker Sidsis et al., (2015), qui se base essentiellement sur la physiopathologie du langage et de la formulation. Celui-ci permet donc de comprendre quelles sont les zones lésées du cerveau afin de visualiser l'impact du TNCM de type Alzheimer sur la communication. L'article avait deux objectifs distincts : évaluer si une atteinte sous-corticale réduirait la proportion d'expression de formule, étudier si l'incapacité sous-corticale affecte la production et l'incompréhension de formule du langage. Les résultats obtenus pour les personnes atteintes d'un TNCM de type Alzheimer ont montré que celles-ci avaient des déficits de compréhension lors des différents tests effectués (Van Lancker Sidsis et al., 2015). Concernant la première hypothèse, l'utilisation excessive d'expressions de formules de discours chez les personnes atteintes du TNCM de type Alzheimer a été confirmée. L'article conclut que ces personnes auront un flux de parole désordonné ainsi que des déficits de compréhension. Toujours en corrélation avec la physiopathologie de la maladie, l'atrophie corticale dont souffrent les patients atteints de la maladie d'Alzheimer (MA) entraîne des déficiences de langage, tels que l'aphasie primaire progressive (Rogalski E. et al., 2016). L'objectif sera alors d'aider le sujet à ordonner ses pensées et s'assurer de la compréhension du message véhiculé. De plus, des tests pour évaluer les fonctions cognitives des patients atteints de la MA ont relevé une reconnaissance défectueuse des visages et une diminution des ressources cognitives (Van Lancker Sidsis D. et al., 2015). En rapport avec la question de recherche, cette prosopagnosie peut provoquer de l'incompréhension lors des échanges entre le patient et les professionnels de santé ou avec les proches. Cette manifestation aggrave donc les difficultés communicationnelles. Incontestablement, les réponses incohérentes et le manque de compréhension causeront une communication défailante.

Pour faire un lien avec la théorie de l'ASFF de Gottlieb, le premier méta concept qui concerne très largement cette partie, est la santé. Étant le *wholeness* ou l'intégralité de la personne (Pepin et al., 2017), l'approche consistera à améliorer les problématiques de santé qu'identifie la personne afin que la maladie puisse être vécue de la meilleure manière. C'est pourquoi, connaître la physiopathologie de la maladie permettrait de comprendre quelles sont les manifestations du TNCM pour adapter sa posture en tant que soignant ou en tant que proche aidant. A propos du méta concept de l'environnement de la personne, il est pertinent d'y englober la famille et les proches. Connaître les particularités physiopathologiques de la personne permettraient à l'entourage d'être informé et de comprendre la cause des manifestations de la maladie. Par la suite, ces connaissances emmagasinées permettront de mieux reconnaître et

interpréter ces manifestations qui entraveraient la communication ; et par conséquent, concevoir des stratégies dans l'optique d'améliorer l'échange.

8.2. Recommandations

8.2.1. Pour la pratique

La recherche fournie pour ce travail a permis d'élaborer des pistes d'amélioration concernant la prise en charge globale de la maladie dans les soins. Il est pertinent de créer une prise en soins spécifique à la maladie d'Alzheimer selon les stades d'avancement de la maladie et non aux démences en général. De ce fait, il s'agirait de trouver des stratégies afin d'améliorer l'échange.

Il serait envisageable d'élaborer un document ou flyer à distribuer dans les unités, afin d'avoir davantage de connaissances sur le TCNM de type Alzheimer. Le projet serait mis en place par des spécialistes des troubles neurocognitifs. Le document se composerait des différentes manifestations (paraphasies, aphasies, apraxies, anomie) en lien avec la maladie ainsi que les impacts que celles-ci peuvent avoir sur la communication. L'objectif de ce projet permettrait aux soignants de reconnaître les symptômes ; savoir agir et communiquer de manière adéquate. Cette posture encouragerait la diminution des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD).

Malheureusement à l'heure actuelle, il n'y a pas encore de traitements permettant de guérir la maladie d'Alzheimer. Cependant, à l'issue des recherches documentaires, il a été relevé qu'une communication adaptée peut avoir un impact positif sur la qualité de vie des personnes atteintes. Le constat étant que des approches non médicamenteuses peuvent influencer positivement le quotidien des personnes atteintes de TNCM de type Alzheimer. Mettre la communication au centre des préoccupations dans cette maladie peut être une forme de prévention.

Le TNCM de type Alzheimer peut avoir de lourdes conséquences sur les patients, proches ainsi que les soignants.

- Le patient est le principal concerné par les conséquences directes de la maladie. Il subit des changements au niveau cognitif et comportemental. Il est donc primordial que la personne puisse se sentir entourée, écoutée et ait la possibilité d'exposer ses besoins et ses difficultés.

- Les proches ont des responsabilités augmentées lorsque la personne malade dépend de leur soutien. Ils peuvent alors ressentir un sentiment d'impuissance ou de culpabilité face à la maladie. Des espaces de paroles sont mis en place. Des aides à domicile peuvent être prodiguées pour alléger les responsabilités de la personne aidante. Des associations de soutien social ou financier peuvent être proposées. Des informations spécifiques aux manifestations qu'engendrent la maladie, peuvent leur être apportées. Ces stratégies pourraient être amenées plus fréquemment à ces personnes.
- La difficulté de prise en soins de personnes atteintes d'un TNCM de type Alzheimer peut peser lourd sur le quotidien du personnel soignant. Il est probable que la maladie engendre des comportements agressifs et violents. Les soignants peuvent y être confrontés régulièrement, malgré une prise en soins adaptée. Il serait envisageable d'organiser un groupe de soutien entre les professionnels de santé, dans l'optique de discuter des moments vécus et d'échanger sur des expériences similaires.

Ces recommandations concernent la réalité de la pratique, la cohabitation entre le patient et ce qui l'entoure dans le domaine de soins. Cependant, il est possible d'agir en amont sur la formation du personnel.

8.2.2. Pour la formation

Un manque de connaissance de la maladie et de ses conséquences amène possiblement à une prise en soins inadaptée. Différentes possibilités pour favoriser la formation en lien avec le sujet sont concevables. La première peut être celle de la formation des futurs praticiens. En effet, des cours englobant le TNCM de type Alzheimer et ses particularités physiopathologiques pourraient être dispensés aux élèves en soins infirmiers. Des témoignages recueillis auprès des proches aidants ou des soignants ayant été confrontés à la maladie pourraient les sensibiliser davantage. Mettre l'accent sur les difficultés communicationnelles et les actions proposées pourrait faire office de prévention.

Afin d'améliorer la prise en soins des personnes atteintes d'un TNCM de type Alzheimer, des séminaires éducatifs (pratiques simulées, vignettes cliniques) concernant les manifestations que provoque la maladie serait une idée à exploiter. Ces leçons seraient enseignées par un expert du sujet. Elles auraient pour but de comprendre les difficultés communicationnelles dont souffre la patientèle concernée.

L'utilisation de bons termes pour décrire la maladie a également son importance. Il serait pertinent d'éviter le terme de « démence ». Cette expression a une connotation péjorative puisqu'elle est associée à une notion de folie. De plus, c'est un terme excessivement générique qui ne précise pas suffisamment le trouble. La prise en soins diffère selon la maladie ou le trouble diagnostiqué, c'est pourquoi il est préférable de faire preuve de précision.

C'est en agissant sur la formation des professionnels de santé et futurs soignants, qu'il sera possible d'améliorer la prise en soins des personnes atteintes d'un TNCM de type Alzheimer. Pour que ces interventions aient lieu, il est nécessaire de se baser sur des recherches significativement utiles.

8.2.3. *Pour la recherche*

Afin de favoriser la prise en soins des personnes atteintes de TNCM de type Alzheimer, des recherches pourraient être mises en place. En regroupant un certain nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer à différents stades et en étudiant leur mode de communication. Le but de ces études serait alors de comprendre davantage la communication en fonction des stades de la maladie. De ce fait, la prise en soins sera la plus adéquate possible.

La recherche pourrait aussi se pencher sur les témoignages des familles étant en contact étroit avec la personne malade (études qualitatives). Effectivement, ces proches aidants peuvent être une source de solution pour la prise en soins et le développement de stratégies communicationnelles.

9. CONCLUSION

Au terme de ce travail, il a été retenu que la communication a un impact non négligeable et va donc grandement influencer la qualité de la prise en soins. Elle est donc primordiale pour que la personne soignée se sente écoutée et accompagnée. La maladie d'Alzheimer se caractérise par des troubles cognitifs ayant un impact sur le langage, la gnose, la praxie. Ceux-ci retentissent fortement sur l'autonomie et le comportement de la personne (HAS, 2011). De ce fait, l'objectif était d'investiguer les difficultés communicationnelles que la personne rencontre dans son quotidien et rechercher des alternatives pouvant l'aider.

Au travers de l'analyse des études, il a été relevé que les principales manifestations des troubles de la communication chez ces personnes sont l'aphasie (Rogalski et al., 2016) et l'apraxie oro-faciale (Luchesi et al., 2013). Au-delà de la symptomatologie, d'autres moyens ont été utilisés pour répondre à la question de recherche. La physiopathologie a permis de faire des liens logiques entre les zones du cerveau touchées et l'influence sur la communication verbale et non verbale (Van Lancker Sidtis et al., 2015). De surcroît, l'avancement de la maladie va altérer la capacité communicationnelle de la personne. Plusieurs études proposent une évolution de la pratique afin de diminuer les troubles. Le mode de communication à son importance. Il permet d'améliorer l'échange et de diminuer les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) (Williams et al., 2016).

D'après Gottlieb (2014), la personne est au centre de sa prise en soins, c'est elle qui dirigera et sera la principale actrice de sa prise en soin. Elle identifiera ses difficultés et ses forces en étant épaulée par le personnel soignant et ses proches. C'est pourquoi il est primordial de mettre en avant une communication efficace et adaptée aux aptitudes et difficultés propres à la personne. On parle d'un véritable défi pour le personnel soignant, afin de favoriser l'autonomie du soigné, dans l'optique que celui-ci garde son authenticité malgré son vécu en lien avec la maladie.

9.1. Apports du travail

Cette recherche documentaire nous a permis de regrouper les éléments qui concernent les manifestations de la maladie et d'en faire ressortir les notions fondamentales. Au sein de la recherche, il a pu être explicité de manière synthétique le fonctionnement de la physiopathologie en lien avec le TNCM de type Alzheimer. De plus, les SCPD ont été définis et mis en lien avec les difficultés communicationnelles. Les modes de communications exploités par les soignants pour s'adresser aux personnes malades ont

été remis en question. Tout au long de ce travail, l'influence et la pertinence de la communication a été prouvée. Celles-ci impliquent non seulement les personnes atteintes mais aussi les proches et les soignants qui font face aux obstacles engendrés par la maladie.

Enfin, durant l'intégralité de ce travail l'objectif clé était de se concentrer sur une prise en soins propre au patient vivant avec la maladie d'Alzheimer dans l'optique de se distinguer des autres troubles cognitifs auxquels elle est souvent associée.

9.2. Limites du travail

Voici les limites auxquels nous avons été confrontés durant ce travail :

- Une difficulté pour trouver des articles en lien avec le sujet a été relevée. Lors de nos recherches, il a été constaté que peu d'articles sont consacrés aux manifestations des troubles de la communication chez les personnes atteintes de TNCM de type Alzheimer. Ainsi les choix d'articles se sont restreints tout comme leurs niveaux de preuve.
- La maladie d'Alzheimer est souvent définie comme une démence. De ce fait, de nombreux articles portent sur la démence en général, ce qui limitait les articles comprenant exclusivement la maladie d'Alzheimer.
- Afin que la recherche soit actuelle, l'ancienneté des articles a été limitée à la dernière décennie. Il est possible que des articles congruents à la recherche, rédigés il y a plus de dix ans, aient été écartés de notre recherche.
- Beaucoup d'articles complets et en lien avec le sujet, n'ont pu être exploités car ils nécessitent d'être achetés. Ainsi les recherches se sont limitées à des articles gratuits.
- La majorité des articles a dû être traduit pour une meilleure compréhension, il est probable que des interprétations erronées du texte aient été effectuées et que ceux-ci perdent de leur authenticité.
- Étant apprenant et novice dans la rédaction de ce travail de recherche, il est plausible que des erreurs d'analyse ou de méthodologie aient pu être effectuées.

Finalement, la construction de ce travail de Bachelor s'est faite progressivement et nos connaissances sur le sujet sont récentes. Tout au long de la rédaction, nous nous sommes enrichis dans les connaissances d'écriture et d'expertise du sujet.

10. REFERENCES

Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médicaux. (2009). *L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social*.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_accompagnement_maladie_alzheimer_etablissement_medico_social.pdf

Amado, G., Guittet A. (2017) *Dynamique des communications dans les groupes*. Armand Colin.

Alzheimer Suisse. (2021). *Les démences en Suisse 2020 : Canton de Genève*.

https://www.alzheimer-schweiz.ch/fileadmin/dam/Alzheimer_Schweiz/Dokumente/Publikationen-Produkte/Factsheets_Sektionen/Factsheet_MmDSuisse2020_GE-neu.pdf

France Alzheimer. (s.d.). La maladie d'Alzheimer. Les traitements : construire le parcours de soin. Consulté le 22 Avril 2021, à l'adresse

<https://www.francealzheimer.org/comprendre-la-maladie/la-maladie-dalzheimer/traitements-construire-parcours-de-soin/>

Gedda, M. (2015). Traduction française des lignes directrices CONSORT pour l'écriture et la lecture des essais contrôlés randomisés. *Kinésithérapie, La Revue*, 15(157), 28–33. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.002>

Gedda, M (2015). Traduction française des lignes directrices STROBE pour l'écriture et la lecture des études observationnelles. *Kinésithérapie, la Revue*, 15(157), 50-54. <http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.003>

C., & Gottlieb, B. (2014). Les soins infirmiers fondés sur les forces : La santé et la guérison de la personne et de la famille (1^{re} éd.). DE BOECK SUP.

Gottlieb, L. N. (2014). CE. *AJN, American Journal of Nursing*, 114(8), 24-32. <https://doi.org/10.1097/01.naj.0000453039.70629.e2>

Gottlieb, L. N., & Gottlieb, B. (2017). Strengths-Based Nursing: A Process for Implementing a Philosophy Into Practice. *Journal of Family Nursing*, 23(3), 319-340. <https://doi.org/10.1177/1074840717717731>

Grisé, J. (2014). Accompagner la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer : communication et gestion des troubles du comportement. Chronique sociale – SARL.

Haute autorité de santé. (2010, Février). *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-10/reco2clics_alzheimer_suivi_medical.pdf

Haute autorité de santé. (2011, décembre). *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_maladie_d_alzheimer_et_maladies_apparentees_diagnostic_et_prsie_en_charge.pdf

Haute autorité de la santé. (2012, Janvier). *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-01/reco2clics_maladie_d_alzheimer_et_maladies_apparentees_diagnostic_et_prise_e_n_charge_2012-01-16_14-17-37_906.pdf

Khosravi, M. (2011) *La communication lors de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés*. Edition Doin.

Monfort, E. (2019). Comment évoluent les relations entre patients déments et proches aidants. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 19(112), 227-232. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2019.03.004>

Muller, C., Gillet, M. (Mars 2015). *Maladie d'Alzheimer : stratégies de communications et d'interventions. Une approche sans mots*. Kinésithérapie la revue. 15(159), 65-69. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2014.09.043>

Organisation mondiale de la santé. (2021, 2 Septembre). *Démence*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

Office cantonal de la statistique de Genève. (Juillet 2016). *Projections démographiques pour le canton de Genève - Population résidente de 2016 à 2040*. <https://www.ge.ch/statistique/tel/publications/2016/analyses/communications/an-cs-2016-53.pdf>

Organisation mondiale de la santé. (2021, 4 Octobre). *Vieillesse et santé*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Pepin, J., Ducharme, F., & K  rouac, S. (2017). *La pensée infirmière*. (4e   d). Montréal: Chenelière education.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2020). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed). Philadelphia [etc.]: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Psychomédia, (2021, 15 septembre). *Définition :   tude observationnelle*.
<http://www.psychomedia.qc.ca/lexique/definition/etude-observationnelle>

Renaud, J., Nour, M., Houssin, R., Gardoni, M. *Rôle de l'aidant d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou apparent  e, à l'ère du numérique*. (Avril 2019). *Revue Gériatrie*. 44(4).
https://www.researchgate.net/profile/R-Houssin/publication/338112883_Role_de_l%27aidant_d%27une_personne_atteinte_de_la_maladie_d%27Alzheimer_ou_apparentee_a_l%27ere_du_numerique_Role_of_a_n_Alzheimer%27s_patient_caregiver_in_the_digital_era/links/5e60d0c9299bf1bdb85446ff/Role-de-laidant-dune-personne-atteinte-de-la-maladie-dAlzheimer-ou-apparentee-a-lere-du-numerique-Role-of-an-Alzheimers-patient-caregiver-in-the-digital-era.pdf

Rousseau, T., Loyau, M. (Février, 2006). *Influence du lieu de vie sur la communication des malades Alzheimer*. *NPG Neurologie – Psychiatrie – Gériatrie*. 6(31), 43-49.
[https://doi.org/10.1016/S1627-4830\(06\)75221-7](https://doi.org/10.1016/S1627-4830(06)75221-7)

Rousseau, T. (Octobre, 2011). *Communication et émotion dans la maladie d'Alzheimer*. *NPG Neurologie Psychiatrie Gériatrie*. 11(65), 221-228.
<https://doi.org/10.1016/j.npg.2011.04.006>

Rousseau, T. (2018). *Troubles de la communication dans la maladie d'Alzheimer*. Elsevier Masson.

Voyer, P. (2021). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie 3e + MonLab*. ERPI.

11. ANNEXES

11.1. Tableaux articles

11.1.1. Tableau Article 1 Grille STROBE :

Speech and orofacial apraxias in Alzheimer's disease: parle d'apraxie, conséquence méconnue de la maladie d'Alzheimer chez les personnes âgées. Structure claire, étude observationnelle.

	Item n°	Article numéro 1	Page n°
Titre et résumé	1	" Speech and orofacial apraxia's in Alzheimer's disease". Langage et apraxie orofaciale dans le cadre de la maladie d'Alzheimer.	1679
Introduction			
Contexte/ justification	2	Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer présentent des difficultés en termes de praxie du langage et du visage ce qui va entraver leur communication.	1679- 1680
Objectifs	3	L'objectif de cette étude était d'investiguer la présence d'apraxie orofaciale ou du langage chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer et d'émettre l'hypothèse que la sévérité de l'apraxie est en lien avec la sévérité de la maladie.	1680
Méthodes			
Conception de l'étude	4	Cette étude est une étude observationnelle systématique	1680
Contexte	5	Elle permet de mesurer l'apraxie du langage et orofaciale dont souffrent les patients avec la MA.	1680
Population	6	90 participants (dont 66 femmes), dont 30 a un stade léger de la MA, 30 a un stade modéré de la maladie, 30 a un stade sévère.	1680
Variables	7	Les indicateurs de résultats de cette étude sont :	1680

		<p>Critères d'inclusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Des personnes étant diagnostiquées d'un probable trouble neurocognitif majeur de type Alzheimer à un stade plus ou moins sévère recevant un traitement inhibiteur du cholinestérase -Avec un âge supérieur ou égal à 60 ans -Une dépendance dans les actes de la vie quotidienne. <p>Critères d'exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Indépendance lors des AVQ -Historique d'alcoolisme ou tout autre type de drogue -Diagnostic d'une sévère maladie neurologique ou psychiatrique (autre que la démence de type Alzheimer) Troubles visuels ou auditifs qui pourrait compromettre la compréhension des tâches Présence de difficulté à la parole connu avant le diagnostic de la DA 	
Sources de données/ mesures	8	<ul style="list-style-type: none"> - CDR : utilisée pour classifier la sévérité de la démence - Le MMSE : mini mental state : évaluation des fonctions cognitives globale -Martins et Ortis protocole pour le langage et la praxie orofaciale 	1681
Biais	9	<p>L'étude a comparé les scores de pratique avec des moyennes de participants en bonne santé (Radanovic et al., 2004). Le but étant d'analyser la différence entre ces deux moyennes en utilisant des t test.</p> <p>Afin de vérifier si la démence et la sévérité de l'apraxie étaient significativement liées, nous avons effectué une régression linéaire multivariée avec la sévérité de l'apraxie comme variable dépendante et la sévérité de la démence comme variable indépendante.</p> <p>Cette analyse a été contrôlée par le sexe, l'âge et les années d'études. Le groupe de référence pour la comparaison était le groupe de patients atteints de démence légère et les scores obtenus ont été analysés.</p>	1681

		Une valeur $p < 0,05$ a été considérée comme statistiquement significative.	
Taille de l'étude	10	Selon les critères d'inclusion et d'exclusion choisis, 90 personnes ont été retenue puis évaluées à l'aides des différentes échelles	1681
Variable quantitatives	11	Le discours du patient a été enregistré numériquement avec un lecteur MP3 SONY et retranscrit simultanément. Les mots ont été transcrits pour classer de manière appropriée les différents types d'erreur.	1681
Analyse statistiques	12	Absence d'information.	
Résultats			
Population	13	90 personnes atteints de la maladie d'Alzheimer à des stade diverses ont participés à l'étude	1682
Données descriptives	14	Toutes ces données proviennent de personnes vivant au Brésil, plus précisément à Sao Paulo. La période de recueil de données se situe entre 2012 et 2013	1679
Données obtenues	15	<p>Grâce aux différentes échelles les données obtenues sont une analyse descriptive des scores de praxie des différents patients. 2 tableaux nous permettent d'évaluer ces scores.</p> <p>Le tableau 1 : ce tableau avait pour but de montrer les déficits de praxie de langage et orofaciale des patients. 79 patients ont montré de l'apraxie orofaciale et 81 de l'apraxie de langage. Seulement 4 patients n'avaient pas de déficit de la praxie orofaciale ou de langage.</p> <p>Le tableau 2 : Le tableau 2 montre les différences dans les moyennes d'agilité orofaciale et d'élocution orale pour les patients atteints de DA (légère, modérée et sévère) et les scores estimés pour la population brésilienne publiés par Radanovic et al. (2004). Les moyennes des patients DA pour la tâche d'agilité orale étaient significativement inférieures aux scores estimés pour la population en bonne santé</p>	1682
Résultats principaux	16	En conclusion, le langage et l'apraxie orofaciale qui peuvent être focales ou généralisées sont souvent présentes chez les personnes atteintes	1684

		de la maladie d'Alzheimer, indépendamment du stade de celle-ci. La reconnaissance précoce de ses signes d'apraxie chez ces patients pourrait aider dans l'évaluation des difficultés communicationnelles et potentiellement développer des stratégies de réhabilitation.	
Autres analyses	17	Le lien entre la sévérité de la démence de type Alzheimer et le score de praxie en regard du sexe, de l'âge et des années d'éducation.	1682-1683
Discussion			
Résultats clés	18	La principale découverte de cette étude était que les apraxies de la parole et orofaciales sont presque toujours présentes dans la démence de type Alzheimer, quel que soit le stade de la maladie, même chez les patients présentant une présentation non focale de la maladie. De plus, la praxie orofaciale et de langage chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer s'aggrave selon le stade de la maladie (sévère et modérée < légère).	1683
Limitations	19	Aucun conflit d'intérêt relevé.	1684
Interprétation	20	L'étude a trouvé des apraxies de la parole et orofaciale dans les premiers stades de la maladie. En résumé, les apraxies de la parole et orofaciales qui peuvent être focales ou généralisées sont fréquemment présentes dans la maladie d'Alzheimer, indépendamment du stade de la maladie. La reconnaissance des premiers signes d'apraxie chez les patients atteints de démence de type Alzheimer pourrait aider à l'évaluation des difficultés de communication et potentiellement à l'élaboration de stratégies de réadaptation.	1684
Généralisabilité	21	Absence d'information.	
Autres informations			
Financement	22	Absence d'information.	

11.1.2. Tableau article 2 Grille CONSORT :

	Item n°	Article numéro 2	Page n°
Titre	1a	<p>“A communication intervention to reduce resistiveness in dementia Care: A cluster Randomized controlled trial “</p> <p>Une intervention de communication afin de réduire la résistance aux soins chez les personnes atteintes de démence : une étude randomisée contrôlée par grappes.</p>	707
Résumé	1b	<p>Les résidents atteints de démence dans les maisons de retraite développent des comportements inadéquats et une opposition à se faire soigner ce qui augmente le temps de travail des employés, le stress et les coûts dans ces maisons. Des cours de communication (avec la méthode CHAT : Mots simple, phrases courtes) ont été proposées aux soignants afin de réduire l'utilisation de l'elderspeak, langages habituellement utilisés par les jeunes adultes pour communiquer avec les personnes âgées. L'étude donne l'hypothèse que la méthode CHAT améliorerait la communication et réduirait les comportements d'agitation et d'opposition (augmenté avec l'utilisation de l'elderspeak) des résidents atteints de démences.</p>	707
Introduction			
Contexte et objectifs	2a	<p>Le contexte étant que les personnes atteintes de démences ont des troubles de la communication en lien avec leur diagnostic, le but étant donc d'améliorer la communication entre soignant-soigné.</p>	707
Objectifs	2b	<p>L'objectif était de voir si la méthode CHAT remplaçant l'elderspeak avait un impact positif sur le comportement et la communication des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer</p>	707
Méthodes			
Plan de l'essai	3a	<p>C'est une étude randomisée qui a basé ses résultats sur un groupe d'interventions et un groupe de contrôle. 20 maisons de retraite approuvées par le comité de révision de l'université</p>	708

		d'Oxford. 7 établissements n'ont pas été retenues pour des raisons de géolocalisation.	
Changements de méthodes	3b	Critère d'éligibilité ?	
Participants	4a	<p>Les critères d'inclusions pour les résidents des maisons de retraite étaient qu'ils devaient avoir le diagnostic de la maladie d'Alzheimer ou une autre démence, avec un statut de résidents à long terme, une capacité à établir un lien de communication avec les soignants et capacité à donner son consentement.</p> <p>Concernant les critères d'inclusion du personnel soignant, ils devaient être tous majeurs pour le consentement légal, parler l'anglais, être employé permanent dans une des maisons de retraite choisies et ayant prodigué des soins à un résident participant à l'étude deux fois par semaine minimum durant ces derniers mois.</p>	710
Variables	4b	Les données ont été recueillies par enregistrement vidéo dans les différentes maisons de retraites à la suite des sessions de CHAT.	710
Interventions	5	<p>Deux groupes d'interventions ont été composé avec un groupe de contrôle composé de soignants et de résidents, et un groupe d'intervention dont les soignants ont été sensibilisé au préalable avec l'intervention CHAT. Le CHAT vise à diminuer l'utilisation de l'elderspeak lors des échanges avec les résidents pour améliorer la communication et baisser les effets négatifs engendrer par l'utilisation de l'elderspeak.</p> <p>Le groupe d'intervention a reçu 3 Session de CHAT données par des doctorants en recherche.</p>	710
Critères de jugements	6a	<p>Les sessions de Chat ses sont fait sur une période de trois semaines. Des enregistrement vidéo ont ensuite été faites dans les maisons de retraite pour enregistrer les échanges des différents duos soignant- résidents.</p> <p>Les binômes du groupe d'intervention ont été filmé 3 fois : une fois avant le CHAT training, une fois après la session de CHAT et une fois 3 mois plus tard.</p> <p>Les binômes de groupe contrôle ont été filmé 5 fois</p>	710-711

Changements des critères au cours de l'étude	6b	Il n'y a pas eu de changement de critères au cours de l'étude	
Taille de l'échantillon	7a	Une taille d'échantillon de 80 dyades a été estimée adéquate pour détecter les différences entre les groupes d'intervention et de contrôle, sur la base des résultats de recherches antérieures d'une réduction de 22 % du elderspeak 3 mois après la formation CHAT et d'une réduction moyenne de 29 % de la résistance aux soins lorsque l'elderspeak a été minimisé.	709
Applicabilité	7b		
Randomisation			
Production de la séquence	8a		
Type	8b	Étude randomisée contrôlée par grappes	708
Mécanisme d'assignation secrète	9		
Mise en œuvre	10	Les groupes de contrôles et d'interventions se sont fait au sein des maisons de retraites. Les statisticiens ont utilisé un générateur de nombre aléatoire pour assignés les maisons de retraite à des groupes de contrôle ou d'intervention	709
Aveugle	11a	L'étude n'a pas été faite en aveugle car les participants ont reçu des instructions quant à leur mode de communication	707
Description des similitude des interventions	11b		
Méthodes statistiques	12a		
Méthodes utilisées pour analyse supp.	12b		

Résultats			
Flux des participants	13a	Au total, 29 membres du personnel et 27 résidents atteints de démence dans 42 dyades ont été inclus dans les analyses.	713
Abandons et exclusions	13b	Non présent	
Recrutement	14a	Non présent	
Fin de l'essai ?	14b	Non présent	
Données initiales	15	<p>Les caractéristiques initiales démographiques et cliniques des résidents se trouve dans le tableau 1 de l'étude : l'âge des résidents, le genre, l'ethnicité, prise de médicaments psychoactif, présence de dépression, stade de démence, les capacités cognitives et comportementales</p> <p>Les caractéristiques initiales démographiques des soignants se trouvent dans le tableau 2 : l'âge, les années de travail, le genre, l'ethnicité, les années d'études, le titre de travail</p>	713-714
Effectifs analysés	16	<p>20 maisons de retraites comprenant chacune plusieurs binômes de soignants et résidents.</p> <p>Dans le groupe d'intervention 56 soignants pour 40 résidents : 9 soignants ont été retenus pour l'analyse ainsi que 12 résidents</p> <p>Dans le groupe de contrôle, 71 soignants pour 43 résidents, 20 soignants retenus pour l'analyse avec 15 résidents</p>	709
Description			
Critères de jugement et estimation	17a		
Variables binaires	17 b	Les variables explicatives du modèle final pour le changement du langage des aînés étaient l'intervention ($b = -12,20$, $p = 0,028$) et le langage des aînés de base ($b = -0,65$, $p < 0,001$).	713

		Les variables explicatives du modèle final pour le changement du RTC étaient le changement du langage ancien ($b = 0,43$, $p < 0,001$) et le RTC de base ($b = -0,58$, $p < 0,001$).	
Analyses accessoires	18	<p>Deux covariables ont été incluses dans le modèle : incapacité de communication ($b = 6,05$, $p = 0,03$) et comorbidité ($b = 1,80$, $p = 0,002$). Autrement dit, pour une augmentation de 1 point de la comorbidité, il y avait une réduction de 1,8 % de la diminution du RTC ; et pour une augmentation de 1 point du handicap de communication, il y avait une réduction de 6% de la diminution du RTC.</p> <p>Les estimations des paramètres de covariance pour les effets aléatoires des résidents et de l'établissement n'étaient pas statistiquement significatives dans le modèle pour le langage des aînés ($p = 0,271$ pour le personnel et 0,225 pour l'établissement) et n'ont pas pu être estimées dans le modèle pour le RTC. Cependant, lorsque les covariables (comorbidité et incapacité de communication) n'étaient pas incluses dans le modèle pour le RTC, les effets aléatoires du résident et de l'établissement ont été estimés et n'étaient pas significatifs ($p = 0,102$ et 0,400, respectivement).</p>	713
Risques	19	Pas de risque cité	
Discussion			
Limitations	20	Peu de facteurs covariables étaient significatifs dans nos analyses (Figure 3). Cela peut être dû à la petite taille de l'échantillon et/ou à un manque de sensibilité dans nos mesures.	714
Généralisabilité	21	Au-delà de la signification statistique et de la modélisation prédictive, la réduction de la proportion de temps en RTC de plus de 10 % est cliniquement significative. Si un résident est RTC 30 % du temps lors d'une interaction avec le personnel, et que ce RTC est réduit à 20 % (d'un tiers), moins de temps et de stress pour le personnel en raison de la gestion des comportements difficiles seraient anticipés. Grands avantages pour les établissements type EMS à bénéficier une formation CHAT pour le personnel.	714
Interprétation	22	Le succès de l'intervention CHAT dans la réduction de l'utilisation du langage des aînés par le personnel, entraînant des réductions parallèles du	716

		comportement du RTC, présente une approche non pharmacologique efficace pour gérer les comportements liés à la démence afin d'améliorer les soins aux personnes atteintes de démence. De plus, une meilleure communication avec le personnel peut entraîner des résultats supplémentaires au-delà de la portée de cette étude, tels que l'engagement et la qualité de vie. Les recherches futures se concentreront sur la diffusion du programme de formation CHAT et l'évaluation des résultats du système et de la population.	
Informations supplémentaires		Bien qu'il y ait eu des réductions dans les proportions de parler ancien et de RTC, l'intervention n'a pas entièrement éliminé ces comportements. Une formation plus approfondie peut être nécessaire pour réduire davantage le langage ancien et le RTC, et des séances de rappel peuvent être nécessaires pour maintenir les effets dans le temps. De plus, une meilleure assiduité du personnel soignant aux séances apporterait plus d'amélioration dans la communication.	715
Enregistrements	23	Absence d'information.	
Protocole	24	Absence d'information.	
Financement	25	La recherche rapportée dans cette publication a été soutenue par le National Institute of Nursing Research des National Institutes of Health sous le numéro de prix R01NR011455. Le contenu relève de la seule responsabilité des auteurs et ne représente pas nécessairement les opinions officielles des National Institutes of Health. Identifiant ClinicalTrials.gov : NCT01324219. Le protocole complet est disponible auprès de l'auteur.	716

11.1.3. Tableau Article 3 Grille STROBE :

	Item n°	Article numéro 3	Page n°
Titre et résumé	1	« Análisis de la fluencia lectora en pacientes con la enfermedad de Alzheimer y controles asintomáticos » Analyse de la fluidité de lecture orale chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer ainsi qu'avec un groupe contrôle	325
Introduction			
Contexte/ justification	2	De nombreuses études soulignent qu'une altération de la capacité à communiquer est l'une des principales caractéristiques cliniques de la maladie d'Alzheimer.	325
Objectifs	3	L'objectif recherché de cette étude est d'étudier l'organisation temporelle de la parole dans une tâche de lecture orale chez des patients atteints de MA et chez des témoins sains appariés à l'aide d'une méthode semi-automatique, et évaluer la capacité de cette méthode à discriminer entre les 2 groupes.	325
Méthodes			
Conception de l'étude	4	Cette étude est une étude observationnelle, transversale, analytique et rétrospective	326
Contexte	5	Une lecture orale pouvant analyser la capacité orale des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en les comparant à un groupe contrôle.	326
Population	6	70 participants dont 35 patients atteints de la maladie d'Alzheimer et 35 patients contrôle	326
Variables	7	Les indicateurs de résultats de cette étude sont : Critères d'inclusions : Des personnes étant diagnostiquées d'un probable trouble neurocognitif majeur de type Alzheimer ou d'une autre démence. Critères d'exclusion :	326-327

		<p>Historique d'alcoolisme ou tout autre type de drogue</p> <p>Présence de difficulté à la parole connu avant le diagnostic de la DA</p> <p>Pour le groupe contrôle :</p> <p>Tous devaient parler l'espagnol</p> <p>Étaient des personnes assistants aux cours du programme interuniversitaire pour les aînés de plus de 55 ans</p> <p>Aucun antécédant de problèmes cérébraux, neurologique ou psychotique, troubles de la mémoire</p>	
Sources de données/ mesures	8	<p>- CDR : utilisée pour classifier la sévérité de la démence</p> <p>- Le MMSE : mini mental state : évaluation des fonctions cognitives globale</p> <p>- Test de Cuestos-Vega et al. (TCV) : Une preuve de haute capacité discriminante de la détérioration cognitive (test pour la détection précoce de la maladie d'Alzheimer)</p>	327
Biais	9	Pour calculer la sensibilité et la spécificité des variables de fluidité de lecture à capacité prédictive sur les résultats des tests neuropsychologiques (vitesse d'élocution et d'articulation) versus le diagnostic clinique, une analyse de la courbe ROC (Receiver Operating Characteristic) a été réalisée.	328
Taille de l'étude	10	Selon les critères d'inclusion et d'exclusion choisis, 70 personnes ont été retenues puis évaluées à l'aide des différentes échelles	326-327
Variable quantitatives	11	La tâche consiste à demander aux sujets de lire, sur un écran d'une taille de 48 points pour faciliter la lecture, le premier paragraphe d' <i>El Ingenioso hidalgo don Quichotte de la Mancha</i> de M. de Cervantes. Les enregistrements ont été réalisés par le même examinateur dans une pièce isolée du bruit, mais non isolée acoustiquement, en plaçant le microphone à 8 cm et à un angle approximatif de 45° de la bouche pour éviter les bruits aérodynamiques.	327-328
Analyse statistiques	12		
Résultats			

Population	13	35 personnes atteints de la maladie d'Alzheimer à des stades diverses ont participé à l'étude, 35 personnes du groupe contrôle ont participé à l'étude	328
Données descriptives	14	Toutes ces données proviennent de personnes vivant en Espagne plus précisément à Salamanca et Murcia durant l'année 2012	325
Données obtenues	15	Grâce aux différentes échelles les données obtenues sont une analyse descriptive des scores Le tableau 1 : ce tableau avait pour but de montrer les informations démographiques, et les variables étudiées de chaque groupe : L'âge, les années d'éducation, Le MMSE, la fluidité de lecture, les résultats détaillés du test TVC (test pour analyse de la capacité de lecture orale) Le tableau 2 : Le tableau 2 montre la corrélation entre les variables de fluidité de lecture, l'âge et les années d'éducation.	328-329
Résultats principaux	16	En conclusion, l'analyse des paramètres temporels de la fluidité de lecture, notamment de la vitesse d'élocution et d'articulation, permet d'identifier les sujets asymptomatiques et ceux atteints de MA en phase légère, tout en offrant des informations sur le statut langagier de ces patients.	330
Autres analyses	17	Il n'y a pas eu d'analyse supplémentaire lors de l'étude	328
Discussion			
Résultats clés	18	La validité concurrente du test montre des résultats acceptables de précision diagnostique, en particulier la vitesse de la parole (0,80), ainsi que les niveaux de sensibilité et de spécificité. Cependant, nos résultats ne nous permettent pas de conclure que l'analyse de la fluidité de lecture est une méthode de haute précision diagnostique, car elle n'atteint pas la valeur de 0,90 dans l'ABC ROC. Le TCV a montré être plus sensible que le MMSE en termes de prédiction des résultats en lien avec la fluidité de la parole	329
Limitations	19	Aucun conflit d'intérêt relevé	330

Interprétation	20	<p>Deux paramètres temporels apparaissent avec un plus grand pouvoir discriminant : la vitesse d'élocution et la vitesse d'articulation.</p> <p>Les sujets AD sont capables de lire des mots sans activer aucune des zones cérébrales auxquelles l'association sémantique est attribuée, ce qui implique qu'ils peuvent lire sans connaître le sens des mots.</p> <p>Une autre interprétation de l'étude est que les résultats ont montré une corrélation positive du niveau d'étude sur les résultats de la fluidité de la lecture.</p>	329
Généralisabilité	21		
Autres informations			
Financement	22	<p>Cette étude a été réalisée avec l'accord de collaboration de recherche entre l'Institut des neurosciences de Castilla y León (InCyL) et le Centre de référence de l'État pour les soins aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et d'autres démences (CRE Alzheimer, Salamanque ; IMSERSO).</p>	330

11.1.4. Tableau article 4 Grille STROBE :

	Item n°	Recommandation	Page n°
Titre et résumé	1	<p>“Naming ability in patients with mild to moderate Alzheimer’s disease: what changes occur with the evolution of the disease?”</p> <p>Capacité de dénomination des patients atteints de la maladie d’Alzheimer légère à modérée : quels changements se produisent avec l’évolution de la maladie ?</p>	423
Introduction			
Contexte/ justification	2	L’étude de la nature de la capacité de dénomination est extrêmement importante car l’anomie est corrélée à une progression plus rapide de la maladie et à une plus grande probabilité d’atrophie du cerveau entier. De plus, des études récentes ont montré des effets thérapeutiques positifs pour le traitement sémantique lexical au début de la MA. Par conséquent, fournir une description qualitative et quantitative des déficits de nommage est essentiel.	423
Objectifs	3	D’analyser la performance des patients atteints de la MA dans des tâches de dénomination pendant les phases légères et modérées de la maladie afin de vérifier comment cette compétence linguistique se détériore au cours de la maladie.	423
Méthodes			
Conception de l’étude	4	Cette étude est une étude observationnelle transversale.	424
Contexte	5	Elle permet de démontrer que l’anomie dans la MA change à la fois quantitativement et qualitativement et que les changements qualitatifs démontrent la compromission des différentes étapes du traitement linguistique de la dénomination au cours de la maladie.	424
Population	6	90 personnes ont été réparties en un groupe de personnes atteintes de la maladie d’Alzheimer et un	424

		groupe témoin. 60 patients étaient atteints de la maladie d'Alzheimer (30 au stade léger et 30 au stade modéré). Une évaluation neurologique (neuropsychiatrique et neuropsychologique) a été réalisée par un expert de la MA. Et 30 volontaires âgés en bonne santé, ne présentant aucun changement neurologique ou psychiatrique, leur cognition générale a été évaluée par le MMSE ainsi qu'un bref historique médical/neurologique afin d'identifier les troubles cognitifs qui empêcheraient la participation à cette étude.	
Variables	7	Les critères généraux d'inclusions étaient : âge > 60 ans, éducation >4 ans, pas d'antécédents d'alcoolisme ou de toxicomanie, pas de consommation de médicament psychotropes à l'exception de neuroleptiques atypiques et absence de déficience visuelle ou auditive susceptible d'affecter les résultats des tests cognitifs. Les groupes étant appariés par âge et par éducation.	424
Sources de données/ mesures	8	Une version réduite du test de dénomination de Boston (RBNT) a été administrée à la population cible. Celui-ci contient 20 cartes d'images de l'instrument original. Le test a été administré selon les instructions du manuel original.	424
Biais	9	Pas de biais cité dans l'étude	
Taille de l'étude	10	Pas d'information	
Variable quantitatives	11	Les réponses obtenues sur RBNT ont été classées selon qu'elles étaient correctes ou incorrectes. Les erreurs ont été classées dans les groupes suivants : paraphasie sémantique verbale, paraphasie phonémique verbale, absence de réponse, circonlocution, paraphasie verbale sans rapport, visuel, intrusion.	424/425
Analyse statistiques	12	Les réponses fournies par les groupes de patients atteints de MA légère ou modérée ont été comparées entre elles et avec les résultats obtenus à partir du CG. Les différences entre les moyennes des données continues ont été testées à l'aide de tests paramétriques et de tests non paramétriques correspondants. Lorsque des résultats similaires ont été obtenus avec les deux tests, les résultats paramétriques ont été utilisés ; lorsqu'il y avait un écart, cependant, les résultats non paramétriques ont été utilisés. Les tests non paramétriques sont souvent suffisamment robustes pour gérer un certain écart par rapport à la normalité, avec l'avantage de fournir des intervalles de confiance (IC) utiles, étant donné que notre préférence est	425

		<p>d'utiliser des tests paramétriques dans la mesure du possible.</p> <p>Le test t de Student (t) a été utilisé pour les échantillons appariés, et son test non paramétrique correspondant, ou le test de rang signé de Wilcoxon (Z), a été utilisé pour deux échantillons dépendants. Pour trois échantillons indépendants ou plus, nous avons utilisé une analyse de variance à un facteur (ANOVA) (F) et le test de Friedman non paramétrique correspondant. Lorsque l'ANOVA a montré que les différences étaient statistiquement significatives, le test de comparaison multiple de Bonferroni a été effectué pour identifier les différences spécifiques. Le coefficient de corrélation de Spearman (r) a également été utilisé pour évaluer la relation entre les variables continues.</p> <p>Une valeur de probabilité (P) inférieure à 0,05 était considérée comme statistiquement significative et tous les tests étaient bilatéraux. Les IC à 95 % ont été calculés pour les différences entre les moyennes et pour les rapports de cotes (RC).</p>	
Résultats			
Population	13	<p>L'âge moyen était de 74,2 ans (ET ± 6,0) dans l'ADG léger, de 74,4 ans (ET ± 5,2) dans l'ADG modéré et de 73,1 ans (ET ± 6,5) dans le CG. En moyenne, l'ADG léger avait 7,6 (ET ± 5,1) années d'études, l'ADG modéré avait 6,9</p> <p>(ET ± 4,7) ans, et le CG avait 6,6 (ET ± 5,3) ans. Aucune différence significative n'a été trouvée entre les ADG et le CG en ce qui concerne l'âge ou les années de scolarisation ; ainsi, il a été possible de comparer les performances des groupes.</p>	425
Données descriptives	14	<p>Une analyse des performances des trois groupes sur le RBNT est présentée dans le tableau 1. Nous avons observé que le nombre d'erreurs augmentait avec la progression de la maladie. La nature des erreurs différait également entre les trois groupes étudiés (tableau 1). Selon l'ANOVA, il y avait des différences significatives dans le nombre moyen de réponses correctes, de paraphasies verbales non liées et d'erreurs de non-réponse (anomie pure) entre les trois groupes de sujets. Pour déterminer où ces différences se sont produites, nous avons effectué le test de comparaison multiple de Bonferroni (tableau 2). Nous avons noté que les patients atteints de MA modérée avaient moins de réponses correctes et faisaient plus de paraphasies verbales sans rapport que les sujets atteints de MA légère et les sujets du CG. En ce qui concerne les erreurs de non-réponse (anomie pure), une différence significative n'a été trouvée qu'entre le</p>	425

		groupe de patients atteints de MA modérée et les sujets témoins.	
Données obtenues	15	Le score moyen au MMSE était de 25,4 (ET \pm 1,6) dans l'ADG léger, de 19,8 (ET \pm 2,9) dans l'ADG modéré et de 28,6 (ET \pm 1,4) dans le CG. Avec les groupes appariés selon l'âge et l'éducation, le score moyen au MMSE a considérablement diminué à mesure que la maladie progressait. Le groupe avec une AD légère avait des scores inférieurs à ceux du CG selon le score attendu pour chaque niveau d'éducation, et l'ADG modéré avait des scores inférieurs à ceux de l'ADG léger.	425
Résultats principaux	16	Les patients atteints de la maladie d'Alzheimer modérée avaient significativement moins de réponses correctes que le groupe témoin et le groupe atteint de la maladie d'Alzheimer légère. En ce qui concerne le modèle d'erreurs, les erreurs de paraphrasie sémantique verbale étaient les erreurs les plus fréquentes dans les trois groupes. De plus, à mesure que la gravité de la maladie augmentait, il y avait une augmentation du nombre d'erreurs de non-réponse (anomie pure). Le groupe atteint de la maladie d'Alzheimer modérée a démontré une plus grande incidence d'erreurs visuelles et de paraphrasies verbales non liées par rapport aux deux autres groupes et a présenté un schéma d'erreurs plus variable.	425
Autres analyses	17	Pour évaluer quels types d'erreurs étaient les plus répandus dans chaque groupe de sujets, nous avons effectué le test de rang signé de Wilcoxon ; les résultats sont présentés dans le tableau 3. Nous avons noté que dans le CG, il y avait significativement plus de paraphrasies sémantiques verbales que tous les autres types d'erreurs analysés. Dans l'ADG léger, il y avait un nombre significativement plus élevé de paraphrasies sémantiques verbales que tous les autres types d'erreurs, à l'exception des erreurs de non-réponse (anomie pure), qui se produisaient à un rythme similaire. De plus, significativement plus d'erreurs de non-réponse (anomie pure) ont été observées par rapport à l'intrusion et aux paraphrasies phonémiques verbales. Cependant, le schéma d'erreurs dans le groupe de patients atteints de MA modérée était plus varié, y compris une plus grande fréquence d'erreurs visuelles et de paraphrasies verbales non liées que dans les autres groupes.	425
Discussion			

Résultats clés	18	L'analyse de la performance de tous les groupes sur le RBNT a montré que le nombre d'erreurs et le schéma d'erreur de dénomination observés chez les patients atteints de la MA augmentait avec l'évolution de la maladie. Il a été possible de mesurer les changements quantitatifs et qualitatifs.	425-426
Limitations	19	La nature descriptive et corrélationnelle de l'étude.	339
Interprétation	20	En analysant les erreurs trouvées dans cette étude, nous avons noté une différence quantitative dans les erreurs commises par les trois groupes. De même, en plus de l'augmentation du nombre d'erreurs au fur et à mesure que la maladie progressait, nous avons noté que les types d'erreurs (qui différaient également qualitativement) pouvaient différencier les sujets sains des patients à différents stades de la MA. Ce résultat semble refléter une altération à différents niveaux du traitement linguistique et suggère que la base sous-jacente de l'anomie change à mesure que la maladie progresse.	427
Généralisabilité	21		
Autres informations			
Financement	22	CNPq (Conseil National de la Recherche et de la Technologie) pour l'accompagnement pour cette recherche.	427

11.1.5. Tableau Article 5 Grille STROBE :

	Item n°	Article numéro 5	Page n°
Titre et résumé	1	“Aphasic Variant of Alzheimer disease” Variante aphasique de la maladie d’Alzheimer	1337
Introduction			
Contexte/ justification	2	L’étude se penche sur l’analyse de l’aphasie progressive primaire en lien avec la maladie d’Alzheimer, le but étant de déterminer si l’APP est un marqueur clinique de la MA	1337
Objectifs	3	L’objectif de cette étude était de caractériser les différentes manifestations de l’aphasie progressive primaire (APP) associée à la Maladie d’Alzheimer (MA), en particulier dans le domaine de la grammaire.	1337
Méthodes			
Conception de l’étude	4	Cette étude est une étude observationnelle longitudinale	1338
Contexte	5	L’étude tente de trouver un lien avec les personnes atteints de PPA et la maladie d’Alzheimer en effectuant des autopsies ou des imageries afin de détecter des biomarqueurs compatibles avec la MA. L’APP a été évaluée qualitativement durant une évaluation clinique détaillée.	1338
Population	6	139 participants atteints de APP à des stades différents de la maladie d’Alzheimer	1338
Variables	7	Les indicateurs de résultats de cette étude sont : Critères d’inclusions : -Des personnes étant diagnostiquées d’une aphasie progressive primaire à des stades plus ou moins avancés.	1338

		<ul style="list-style-type: none"> -Consentement éclairé -Déficits moteurs ou perceptifs élémentaires -Absence d'altération consécutive de la mémoire -Aptitudes visuospatiales <p>Critères d'exclusion :</p> <p>Diagnostic connu de la MA</p>	
Sources de données/mesures	8	<p>-Northwestern Anagram Test (NAT) : Permet d'évaluer les scores de productions de phrases.</p> <p>-La fluidité des mots a été évaluée à partir d'enregistrement de phrases</p> <p>-Northwestern Assessment of verbs and sentences (NAVS-SPPT) : score de la grammaticalité productionnelle de la phrase</p> <p>-WAB-R : tester la répétition de mots</p> <p>-Boston Naming test : test de la dénomination des objets</p>	1338
Biais	9		
Taille de l'étude	10	<p>139 participants était prévu pour l'étude, 51 d'entre eux ont été exclu car ils n'avaient pas fait de scanner amyloïde, d'évaluation ou d'autopsie, 66 participants ont été exclus en lien avec leur résultat de biomarqueurs ou d'analyse post mortem ne montrant pas de valeurs en lien avec la MA et enfin 3 participants ont été exclus car leur maladie était à un stade trop avancé.</p> <p>En conclusion, 19 participants ont été retenus pour l'analyse.</p>	1338
Variable quantitatives	11	Freesurfer : fournit des estimations de l'épaisseur corticale en mesurant la distance entre chaque point de la surface corticale	1339
Analyse statistiques	12		

Résultats			
Population	13	139 personnes atteints de l'APP des stades divers ont participé à l'étude, 19 ont été retenus à la suite des critères choisis	1339
Données descriptives	14	Toutes ces données proviennent de personnes vivant aux Etats-Unis, plus précisément à Northwestern, dans le Massachussets. La période de recueil de données se situe en 2016	1337
Données obtenues	15	<p>Grâce aux différentes échelles les données obtenues sont une analyse descriptive des personnes atteintes de PPA.</p> <p>Le tableau 1 : Démographie et performance face aux tâches linguistique : l'âge des participants, les symptômes recueillis durant les examens, la fluidité de langage, la compréhension des phrases, la production des phrases, la répétition des phrases, la dénomination d'objet et la compréhension de mots.</p> <p>Le tableau 2 : exemple d'énoncés grammaticaux utilisés pour évaluer l'APP (NAT Test).</p>	1338-1339-1340
Résultats principaux	16	Cette étude s'est basée sur 19 participants ayant un diagnostic d'aphasie progressive primaire avec des preuves autopsiques ou des biomarqueurs de la maladie d'Alzheimer. Les résultats sont donc pertinents pour la prise de décision clinique. Bien qu'il existe des preuves que l'APP associée à la MA est plus susceptible de se présenter sous la forme d'une aphasie logopédique que l'APP logopédique est plus susceptible d'être associée à la MA, il n'y a pas de correspondance univoque.	1341
Autres analyses	17		
Discussion			
Résultats clés	18	Il existe une relation étroite entre ces deux pathologies sans pour autant que celles-ci soient universelle pour tous les patients. Hormis la compréhension des mots, rien ne permet d'affirmer qu'il y a présence d'un diagnostic de MA en présence d'APP. Seuls les biomarqueurs permettront de donner une vraie réponse. Cette étude permettrait une meilleure reconnaissance des personnes atteintes de PPA en lien avec la Maladie d'Alzheimer.	1341-1342

Limitations	19	La variante PPA-L pourrait être considérée comme une limitation puisqu'elle ne suit pas strictement les critères de consensus de 2011	1341
Interprétation	20	Les résultats ont montré la difficulté à trouver ses mots était la plainte principale chez les patients atteints d'APP dont le sous type s'est avéré grammatique et logopédique. La compréhension des mots était cependant conservée chez tous les participants. 8 des 15 patients ne démontraient pas d'atrophie corticale.	1341-1342
Généralisabilité	21		
Autres informations			
Financement	22	<p>Ce projet a été soutenu par le National institute on Deafness and other communication disorder, du national institute of aging, National institute of neurological disorder and Stroke, il ne s'agit pas d'une étude sponsorisée par une industrie.</p> <p>L'imagerie TEP du groupe PPA a été réalisée au Northwestern Memorial Hospital Department of nuclear medicine.</p>	1342

11.1.6. Tableau Article 6 Grille STROBE :

	Item n°	Recommandation	Page n°
Titre et résumé	1	<p>“Formulatic Language in Parkinson’s Disease and Alzheimer’s Disease: complementary effects of subcortical and cortical dysfunction”.</p> <p>Langage et formulation dans la maladie de Parkinson et la maladie d'Alzheimer : effets complémentaires des dysfonctionnements sous-corticaux et corticaux.</p>	1493
Introduction			
Contexte/ justification	2	<p>La production d'expressions stéréotypées (formules vocales conversationnelles, remplissages de pause, idiomes et autres expressions fixes) est excessive dans l'hémisphère gauche et déficiente dans l'hémisphère droit et dans les accidents vasculaires cérébraux sous-corticaux. Les locuteurs atteints de la maladie d'Alzheimer (MA), ayant des noyaux gris centraux fonctionnels, révèlent des proportions anormalement élevées de langage stéréotypé. Les personnes atteintes de la maladie de Parkinson (MP), ayant des noyaux gris centraux dysfonctionnels, ont été prédites pour montrer des expressions de formule appauvries contrairement aux locuteurs atteints de MA. Cette étude a comparé des participants atteints de MP, des participants atteints de MA et des participants témoins sains (HC) sur des protocoles sondant la production et la compréhension d'expressions formulées.</p>	1493
Objectifs	3	<p>Cette étude a examiné deux hypothèses. Premièrement, il a été prédit que les personnes présentant des dommages aux structures sous-corticales auraient des proportions réduites d'expressions de formule dans leur discours spontané par rapport aux locuteurs sains. Cette hypothèse a été testée en examinant des échantillons de discours naturalistes obtenus de personnes ayant reçu un diagnostic de MP, qui se caractérise par un dysfonctionnement des ganglions de la base. Une prédiction corollaire liée à cette hypothèse était que l'incapacité sous-corticale affecte la production et non la compréhension ou la connaissance des formules. La deuxième hypothèse affirmait que les personnes atteintes de dysfonctionnement cortical, suite à un diagnostic de maladie d'Alzheimer probable (MA)</p>	1495

		révéleraient le tableau inverse : une production abondante d'expressions de formule couplée à une compréhension déficiente du sens. C'est-à-dire que la deuxième hypothèse prédisait que les personnes ayant des lésions corticales auraient des proportions élevées d'expressions de formules dans leur discours spontané par rapport aux locuteurs sains, mais que des échecs relatifs de reconnaissance et de compréhension émergeraient. Cette hypothèse était basée sur le fait que les noyaux gris centraux sont intacts loin dans la progression de la MA aux côtés de structures corticales détériorées.	
Méthodes			
Conception de l'étude	4	Cette étude est une étude observationnelle.	1494
Contexte	5	Les personnes qui ont créé cette étude ce sont toujours intéressé à vérifier ces observations cliniques anecdotiques sur la préservation des expressions stéréotypées dans l'aphasie avec des études quantitatives chez des locuteurs sains et des locuteurs souffrant de troubles du langage, conduisant à un modèle crédible du fonctionnement du langage de formule dans le cerveau. Nous avons examiné la parole spontanée de personnes présentant des lésions de l'hémisphère gauche ou droit à la suite d'un AVC pour examiner le résultat de plusieurs études indiquant une proportion significativement plus élevée de discours stéréotypé chez les locuteurs présentant des lésions de l'hémisphère gauche que chez les locuteurs sains, alors que les personnes présentant des lésions de l'hémisphère droit produisaient beaucoup moins de formules d'expression que les deux groupes de comparaison.	1494
Population	6	16 personnes diagnostiquées de la maladie de Parkinson, 12 personnes diagnostiquées de la maladie d'Alzheimer et 18 personnes ont servi de groupe témoin sain.	1495/1496
Variables	7	La population choisie doit : -Être locuteur natif d'anglais américain -Avoir une audition et une vision dans la limite du normal par auto-évaluation	1495/1496

		<p>-Avoir subi une évaluation de la mémoire et de l'état cognitif.</p> <p>Variables :</p> <p>-Âges</p> <p>-Années d'éductions</p>	
Sources de données/ mesures	8	<p>Considérant qu'une caractéristique clé des expressions stéréotypées est la familiarité sous forme de pertinence personnelle, un protocole de recherche spécialisé a été conçu pour sonder la reconnaissance de la familiarité personnelle pour un autre type de stimuli : le test des noms et visages célèbres (FaNFaT ; Van Lancker, 1995), qui a été remis à tous les participants (forme visuelle).</p> <p>De plus, afin d'évaluer l'état cognitif des participants à l'étude, des sous-tests de l'Arizona Battery for Communication Disorders of Dementia (ABCD-2 ; Bayless & Tomoeda, 1993). Uniquement sur les groupes PD et AD.</p> <p>Sous-tests : The story retelling (raconter immédiatement une nouvelle lue par l'examineur) + questions comparatives (réponses oui/non) + répétition (répéter des phrases) + Generative naming semantic category (produire un maximum de nom dans un catégorie sémantique spécifiques).</p> <p>L'examineur procède également par une conversation structurée pour chaque participant qui ont été enregistrées, puis ils ont été analysés.</p> <p>Achèvement de l'énoncé de la formule : l'examineur demande aux participants de « se souvenir de vieux dictons » qui aboutit à des critères de notations.</p> <p>Evaluation Northridge des formules, des idiomes, et des proverbes dans des situations sociales évalue la reconnaissance et la compréhension des expressions de formules dans un contexte social spécifiques en utilisant deux versions différentes.</p> <p>Test de compréhension des formules et des langues nouvelles a été fait afin d'évaluer la compréhension des formules et des nouveaux langages.</p>	1496/1497
Biais	9	<p>Les comparaisons d'âge et d'éducation pour les trois groupes ont révélé une différence d'âge significative entre les groupes HC et AD et entre les groupes PD et AD, mais pas entre les groupes PD et HC (voir tableau 1). Pour l'éducation, les groupes PD et AD différaient significativement, le groupe PD ayant une éducation</p>	1498

		moyenne plus élevée. Comme l'étude a utilisé des données conversationnelles et la reconnaissance d'expressions formelles bien connues, ces différences d'âge et d'éducation n'ont pas été considérées comme des menaces à la validité de la conception de l'étude.	
Taille de l'étude	10		
Variable quantitatives	11	Toutes les sessions ont été réalisées en une ou deux visites et ont été enregistrées à l'aide d'un microphone ou enregistreur. Les réponses ont également été enregistrées sur un enregistreur de CD professionnel Marantz (et un enregistreur numérique Marantz pour s'assurer que les enregistrements principaux et de sauvegarde ont été obtenus. Le langage formel a été identifié et classé en six catégories : les formules vocales conversationnelles, les expressions conventionnelles, les pauses, les éléments de discours, les tiges de la phrase, et les idiomes et les proverbes. Pour cette étude, les catégories ont été regroupées. La proportion de mots dans les expressions de formule a été obtenue en divisant le nombre total de mots dans les expressions de formule par le nombre de mots dans l'échantillon de discours pour chaque participant.	1496
Analyse statistiques	12		
Résultats			
Population	13		
Données descriptives	14	<p>ABCD-2 : À l'aide de ces résultats, les personnes évaluées atteintes de la maladie de Parkinson appartenaient à la catégorie « non déments » sur la base des normes fournies, tandis que tous les participants du groupe d'étude sur la maladie d'Alzheimer ont été classés comme ayant une maladie d'Alzheimer légère.</p> <p>FaNFaT : Des performances plus faibles dans le groupe AD pourraient être dues à une capacité spatiale visuelle réduite, à des ressources cognitives réduites et/ou à une diminution du sens de la familiarité (Mendez, Martin, Smyth et Whitehouse, 1992). Les déficits de mémoire peuvent également contribuer à</p>	1499/1500

		<p>une baisse des performances, mais cela est moins probable car les visages célèbres avaient une importance culturelle à long terme, et les problèmes de mémoire dans la MA légère ont tendance à impliquer une mémoire plus récente.</p> <p>Conversation structurée : Pour cette mesure, les locuteurs du groupe AD avaient une proportion significativement plus élevée de mots dans des formules (que les locuteurs du groupe HC et ceux du groupe PD).</p> <p>Complétion d'énoncés de formule et élicitation d'expressions de formule : Sur la tâche d'achèvement de l'énoncé, HC a obtenu des scores de 91 % corrects, les participants atteints de MP ont obtenu 95 % de réponses correctes et les participants atteints de MA ont obtenu 62 % de réponses correctes (Figure 4). Pour la tâche d'élicitation, HC a obtenu des scores de 76 % de réponses correctes, les participants atteints de MP ont obtenu 63 % de réponses correctes et les participants atteints de MA ont obtenu 62 % de réponses correctes. Les tests t pour échantillons indépendants ont comparé les performances des groupes (voir la figure 4). Sur la tâche d'achèvement, les groupes HC et PD ne différaient pas, mais le groupe AD différait significativement des groupes PD et HC. Un profil différent a émergé pour la tâche d'élicitation : pour le groupe PD différaient significativement des scores du groupe HC, mais les scores du groupe AD n'étaient significatifs pour aucun des autres groupes.</p> <p>NEFIPSS : Les participants atteints de MP ne différaient pas significativement des participants HC dans l'achèvement de la phrase ou les tâches à choix multiples. En revanche, les participants atteints de MA différaient significativement des deux autres groupes sur les deux tâches (voir Figure 5).</p> <p>FANL-C : le groupe PD ne différait pas du groupe HC sur les sous-tests de formule ou les nouveaux sous-tests. Le groupe HC différait significativement du groupe AD sur les deux sous-tests de formule et les nouveaux sous-tests. Les groupes PD et AD différaient également l'un de l'autre dans les deux sous-tests. Dans l'ensemble, le groupe AD a fait plus d'erreurs que les deux autres groupes.</p>	
Données obtenues	15	<p>ABCD-2 : les scores bruts obtenus des personnes atteintes de MP étaient de 13,4 (sur 17 points) pour la narration d'histoires, de 5,8 (sur 6 points) pour les questions comparatives et de 67,1 (sur 75 points) pour la répétition. Et une moyenne de 10,5 mots ont été produits sur le sous-test Generative Naming Semantic Category.</p>	1499/1500

		<p>FaNFaT : Le FaNFaT a révélé des différences significatives entre le groupe AD et les deux autres groupes - AD versus HC : reconnaissance, $t(25) = 4,882$, $p < 0,001$, cotes de confiance, $t(24) = 3,085$, $p = 0,005$; AD versus PD : reconnaissance, $t(24) = 4,305$, $p < 0,001$, cotes de confiance, $t(23) = 2,945$, $p = 0,007$ — mais aucune différence n'a été trouvée entre les groupes PD et HC sur les deux mesures. Conformément au diagnostic de démence, les participants atteints de la maladie d'Alzheimer avaient des performances réduites sur la reconnaissance des visages célèbres (61 % correct) et des scores de confiance inférieurs (2,5) par rapport aux deux autres groupes (HC : 90 % correct, confiance = 3,4 ; PD : 88% correct, confiance = 3,3)</p> <p>Conversation structurée : Groupe AD (31,4 %) ; groupe HC (23,9 %) ; groupe PD (15,7 % ; voir Figure 3).</p> <p>Complétion d'énoncés de formule et élicitation d'expressions de formule : Une analyse de variance à plan mixte comparant la tâche (achèvement vs. obtenu) et le groupe (HC, PD, AD) a révélé un effet principal significatif de la tâche ($F = 25,934$, $df = 1$, $p = 0,001$) et un groupe significatif par interaction avec la tâche ($F = 7,964$, $df = 2$, $p = 0,001$).</p>	
Résultats principaux	16	<p>Le groupe AD était significativement plus âgé et avait plus d'années d'études que les autres groupes d'étude. Cela n'a pas été compris comme tenant la possibilité d'un effet significatif sur les résultats. Les tests de la fonction cognitive dans le groupe AD ont indiqué une capacité réduite à reconnaître les visages célèbres lorsqu'on leur a donné les noms des personnes représentées, mais les performances étaient nettement meilleures que le hasard (25%). Une performance réduite chez les participants atteints de MA reflète probablement une reconnaissance faciale déficiente (Roudier et al., 1998), une diminution des ressources cognitives et/ou une diminution du sentiment de familiarité (Mendez et al., 1992). Cette difficulté se présente souvent lorsque la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer perd la capacité de reconnaître les membres de sa famille et d'autres connaissances. Les résultats de l'ABCD-2, un test de démence, ont révélé des troubles cognitifs compatibles avec le diagnostic de démence dans le groupe AD mais pas dans le groupe PD.</p>	1500
Autres analyses	17		425
Discussion			

Résultats clés	18	<p>Pour la parole spontanée, les deux hypothèses ont été soutenues par nos résultats. Le groupe PD a produit une proportion significativement plus faible d'énoncés formulés que les groupes AD ou HC, et le groupe AD a produit une proportion significativement plus élevée d'énoncés formulés que les groupes PD et HC. L'utilisation excessive d'expressions de formule, en particulier de formules de discours conversationnel, peut contribuer à la description du discours vide chez les locuteurs AD.</p> <p>Les résultats comparant l'achèvement de l'énoncé formulé et l'élicitation spontanée ont indiqué de mauvaises performances sur les deux tâches par le groupe AD. De même, un déficit de compréhension spécifique dans AD peut être déduit de la performance du groupe AD sur les deux protocoles NEFIPSS (Sentence Completion et Multiple Choice). Les participants atteints de MP ont obtenu des résultats presque aussi bons que les participants HC sur les deux tâches. Pour le groupe AD, des déficits de compréhension ont été observés dans la performance sur le FANL-C, qui exige des participants qu'ils associent une image à une formule ou une nouvelle expression. Le groupe AD a obtenu des résultats significativement moins bons aux sous-tests de formulation et aux nouveaux sous-tests d'énoncé, reflétant le statut de déficience cognitive de ce groupe. Intervenants</p> <p>Avec PD effectué ainsi que les participants HC sur cette tâche de compréhension. Ces résultats sont compatibles avec une vision du stockage et de la compréhension défectueux des expressions de formule en association avec la démence corticale mais pas avec une déficience sous-corticale. Les participants atteints de MP ont obtenu de moins bons résultats que les participants HC sur la tâche d'élicitation spontanée, mais pas sur la tâche d'achèvement de l'énoncé ou d'autres tâches de reconnaissance ou de compréhension du langage formulé. L'élicitation spontanée nécessite l'initiation et la planification complète d'un geste moteur de la parole, tandis que la tâche d'achèvement de l'énoncé fournit un modèle de la réponse attendue.</p>	1501
Limitations	19	<p>Les limites de cette étude comprennent le champ d'application sélectif des expressions formulées et le défi que représentent les tests formels pour sonder la fonction la fonction pragmatique. Dans le cadre d'une évaluation clinique, on peut constater que la production vocale est constituée de trop ou de trop peu d'expressions formulées ou de distorsions des expressions formulées. Dans le cadre d'un traitement, l'utilisation d'une compétence linguistique formelle préservée peut constituer une aide majeure à la réadaptation (Stahl, 2014) ; la pauvreté de ces</p>	1501

		expressions devrait être réhabilitée pour restaurer ou améliorer la compétence communicative.	
Interprétation	20	<p>Cette étude fournit des preuves supplémentaires qui sont cohérentes avec un modèle de traitement du langage formulé et nouveau dans le cerveau. Le modèle propose que le langage formel, ayant des caractéristiques qui le distinguent du langage grammatical, est modulé de manière importante par les systèmes de l'hémisphère droit et sous-corticaux.</p> <p>Les implications de ce modèle pour l'évaluation et le traitement des troubles de la parole et du langage consécutifs à des lésions cérébrales ou à des troubles du développement sont considérables (Van Lancker Sidtis, 2012).</p>	1502
Généralisabilité	21	<p>Comme les formules sont connues du locuteur natif (et que les nouvelles expressions, par définition, ne le sont pas), elles peuvent être utilisées pour faciliter la récupération du langage. Une étude récente a démontré l'efficacité des expressions stéréotypées dans la réhabilitation des personnes atteintes d'aphasie sévère (Stahl, Kotz, Henseler, Turner, & Geyer, 2011). Il est utile pour le clinicien et les autres personnes importantes de savoir si la récupération du langage à la suite d'une lésion cérébrale consiste principalement en des expressions stéréotypées.</p> <p>Ou inclut également le retour d'un nouveau langage grammatical.</p>	1501
Autres informations			
Financement	22	Ce travail a été soutenu par l'Institut national sur la surdité et autres troubles de la communication Grant RO1 DC007658.	1502

11.1.7. Tableau Pubmed :

Ordre et date de recherche	Équation de recherche	Filtre(s)	Total articles correspondants	Total d'articles sélectionnés pour la lecture de l'abstract	Total d'articles choisis
1 16.02.22	"Neurocognitive Disorders"[MeSH Terms] OR "Alzheimer Disease"[MeSH Terms] OR "Dementia"[MeSH Terms]		285,672		
2 16.02.22	"neurocognitive disorder"[Title/Abstract] OR "neurocognitive disorders"[Title/Abstract] OR "alzheimer"[Title/Abstract] OR "alzheimer disease"[Title/Abstract] OR "dementia"[Title/Abstract]		248,317		
3 16.02.22	"Neurocognitive Disorders"[MeSH Terms] OR "Alzheimer Disease"[MeSH Terms] OR "Dementia"[MeSH Terms] OR "neurocognitive disorder"[Title/Abstract] OR "Neurocognitive Disorders"[Title/Abstract] OR "alzheimer"[Title/Abstract] OR "Alzheimer Disease"[Title/Abstract] OR "Dementia"[Title/Abstract]		378,035		
4 16.02.22	"Communication"[MeSH Terms] OR "Communication Disorders"[MeSH Terms]		392,365		
5 16.02.22	"communication"[Title/Abstract] OR "communication disorder"[Title/Abstract] OR "communicative disorder"[Title/Abstract]		275,275		

11 16.02.22	"Communication"[MeSH Terms] OR "Communication Disorders"[MeSH Terms] OR "Communication"[Title/Abstract] OR "communication disorder"[Title/Abstract] OR "communicative disorder"[Title/Abstract]		602,597		
12 16.02.22	("Neurocognitive Disorders"[MeSH Terms] OR "Alzheimer Disease"[MeSH Terms] OR "Dementia"[MeSH Terms] OR ("neurocognitive disorder"[Title/Abstract] OR "Neurocognitive Disorders"[Title/Abstract] OR "alzheimer"[Title/Abstract] OR "Alzheimer Disease"[Title/Abstract] OR "Dementia"[Title/Abstract])) AND ("Communication"[MeSH Terms] OR "Communication Disorders"[MeSH Terms] OR ("Communication"[Title/Abstract] OR "communication disorder"[Title/Abstract] OR "communicative disorder"[Title/Abstract]))		18,384		
13 16.02.22	"Aged"[MeSH Terms] OR "Aged"[Title/Abstract] OR "elderly"[Title/Abstract] OR "oldest"[Title/Abstract] OR "old"[Title/Abstract]		4,765,089		
14 16.02.22	("Neurocognitive Disorders"[MeSH Terms] OR "Alzheimer Disease"[MeSH Terms] OR "Dementia"[MeSH Terms] OR ("neurocognitive disorder"[Title/Abstract] OR "Neurocognitive Disorders"[Title/Abstract] OR "alzheimer"[Title/Abstract] OR		8,617		

	"Alzheimer Disease"[Title/Abstract] OR "Dementia"[Title/Abstract])) AND ("Communication"[MeSH Terms] OR "Communication Disorders"[MeSH Terms] OR ("Communication"[Title/Abstract] OR "communication disorder"[Title/Abstract] OR "communicative disorder"[Title/Abstract])) AND ("Aged"[MeSH Terms] OR "Aged"[Title/Abstract] OR "elderly"[Title/Abstract] OR "oldest"[Title/Abstract] OR "old"[Title/Abstract]))				
15 16.02.22	EQUATION N°14	<i>Filters applied: Full text, in the last 10 years, Humans , English, French, Aged: 65+ years, 80 and over: 80+ years.</i>	1,406	243	10
16 18.02.22	EQUATION N°14	<i>same filter + observat ional study</i>	4	4	
17 18.02.22	("Neurocognitive Disorders"[MeSH Terms] OR "Alzheimer Disease"[MeSH	same filters	33	33	

	Terms] OR "Dementia"[MeSH Terms] OR ("neurocognitive disorder"[Title/Abstract] OR "Neurocognitive Disorders"[Title/Abstract] OR "alzheimer"[Title/Abstract] OR "Alzheimer Disease"[Title/Abstract] OR "Dementia"[Title/Abstract])) AND ("Communication"[MeSH Terms] OR "Communication Disorders"[MeSH Terms] OR ("Communication"[Title/Abstract] OR "communication disorder"[Title/Abstract] OR "communicative disorder"[Title/Abstract])) AND ("Aged"[MeSH Terms] OR "Aged"[Title/Abstract] OR "elderly"[Title/Abstract] OR "oldest"[Title/Abstract] OR "old"[Title/Abstract]) AND ("2012/01/29 00:00":"3000/01/01 05:00"[Date - Publication] AND "loattrfull text"[Filter] AND "humans"[MeSH Terms] AND ("english"[Language] OR "french"[Language]) AND ("Aged"[MeSH Terms] OR "aged, 80 and over"[MeSH Terms])) AND ("Observational Study"[Publication Type] OR "Longitudinal Studies"[MeSH Terms] OR "Cohort Studies"[MeSH Terms] OR ("Observational Study"[Title/Abstract] OR "longitudinal study"[Title/Abstract] OR "cohort study"[Title/Abstract] OR "observational studies"[Title/Abstract] OR "Longitudinal Studies"[Title/Abstract] OR "Cohort Studies"[Title/Abstract]))				
18 20.04.22	("Aged"[MeSH Terms] OR "aged, 80 and over"[MeSH Terms] OR "Aged"[Title/Abstract] OR	<i>Filters applied: Free full</i>	518	518	6

	"Elderly"[Title/Abstract] OR "Oldest old"[Title/Abstract]) AND ("Neurocognitive Disorders"[MeSH Terms] OR "Alzheimer Disease"[MeSH Terms] OR "Dementia"[MeSH Terms] OR ("Neurocognitive Disorder"[Title/Abstract] OR "Neurocognitive Disorders"[Title/Abstract] OR "Dementia"[Title/Abstract] OR "Alzheimer"[Title/Abstract])) AND ("Communication Disorders"[MeSH Terms] OR "communication disorder"[Title/Abstract] OR "communicative disorder"[Title/Abstract] OR "communicative disorders"[Title/Abstract]	<i>text, in the last 10 years, English, French, Spanish, 80 and over: 80+ years, Aged: 65+ years</i>			
--	--	--	--	--	--

11.1.8. Tableau Cinhal :

Ordre de recherche	Equation de recherche	Filtre(s)	Total articles correspondants	Total d'articles sélectionnés pour la lecture de l'abstract	Total d'articles choisis
1 17.02.22	(MM" Alzheimer disease)		26,738		
2 17.02.22	TI Alzheimer OR AB Alzheimer OR TI neurocognitive disorder OR AB Neurocognitive disorder		42,096		
3 17.02.22	(S1 OR S2)		45,943		
4 17.02.22	(MM" Communication)		35,533		

5 17.02.22	TI Communication OR AB Communication OR TI Communication disorders OR AB Communication disorders		118,770		
6 17.02.22	(S4 OR S5)		135,441		
7 17.02.22	(S3 AND S6) = ((MM" Alzheimer disease) OR (TI Alzheimer OR AB Alzheimer OR TI neurocognitive disorder OR AB Neurocognitive disorder)) AND ((MM" Communication) OR (TI Communication OR AB Communication OR TI Communication disorders OR AB Communication disorders))		729		
8 17.02.22	idem	Full text; In the last 10 years; Aged : 65+ years ; English	79		