

A. JACQUEMIN<sup>1</sup>, M. VAN DER LINDEN & P. FEYEREISEN<sup>2</sup>

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

INTRODUCTION

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

<sup>1</sup> Centre de Revalidation Neuropsychologique, Cliniques Universitaires St Luc, Groupe Vieillessement, Louvain-en-Woluwe.

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

## LE PATIENT

JD est un homme de 63 ans, droitier, d'origine néerlandophone mais parfait bilingue, retraité depuis 3 ans. Un examen neurologique effectué à sa demande en février 1990 met en évidence des troubles mnésiques, attentionnels et langagiers, une légère désorientation spatio-temporelle, et des signes d'apraxie constructive. Le MMSE fournit un score de 23/30, légèrement inférieur au seuil critique. Les résultats à un test de dénomination sont de 31/36 (sous-épreuve de la batterie de N. Bachy-Langedock réussie à 100% par des sujets âgés normaux); les erreurs sont de type visuel et visuo-sémantique. Les critères de McKhann et al. (1984) conduisent à un diagnostic de maladie d'Alzheimer probable. Des examens de contrôle en décembre 1990 et novembre 1991 confirment l'hypothèse d'une détérioration : à titre d'exemple, les résultats du MMSE sont respectivement de 24/30 et de 21/30, tandis qu'en dénomination, les scores sont de 26/36, puis de 13/36. Les autres données de l'examen neuropsychologique (mémoire, calcul, fluences, autres fonctions intellectuelles) signalent également un déclin des performances.

## PROCEDURE

1. Evaluation pré-thérapeutique (pré-tests 1, 2 et 3) : les premières séances, réalisées en avril 1991, sont consacrées à l'administration, trois fois de suite, d'une batterie de dénomination de 80 items (Metz-Lutz et al., 1989). Cette évaluation permet d'extraire les items qui seront travaillés en thérapie, à savoir les 31 items pour lesquels sont notés trois échecs consécutifs.

2. La thérapie proprement dite (9 séances) commence en mai 1991 et adopte une technique "d'expanded rehearsal". Le principe général de cette technique est d'augmenter progressivement l'intervalle de temps entre des dénominations successives d'une même image. La procédure utilisée par Moffat (1989) a été modifiée de la façon suivante. Au premier échec, la réponse correcte est fournie au sujet qui est invité à répéter le mot-cible. On passe ensuite à un autre item, puis on représente l'image précédente. Si la réponse correcte est donnée, on continue de la même manière en augmentant progressivement le nombre d'items intermédiaires. En cas d'échec à un moment donné de la procédure, on donne à nouveau le mot-cible et on revient à un intervalle de temps minimal que l'on augmente

régulièrement au fur et à mesure des succès. En outre, une séance sur deux est en partie consacrée à un contrôle (ligne de base), c'est-à-dire une épreuve de dénomination des 31 items à travailler.

3. Evaluation post-thérapeutique : la batterie complète (80 items) est à nouveau présentée pour un premier post-test, trois mois et demi après l'arrêt de la thérapie et pour un deuxième post-test, sept mois et demi après cet arrêt.

## RESULTATS

Les performances réalisées par le patient ont été notées de manière à pouvoir répondre à trois questions :

1) Y a-t-il eu effectivement apprentissage ?

Avant la thérapie, 31 items entraînant des échecs systématiques ont été sélectionnés pour le traitement. Les 49 items non traités étaient ceux qui étaient au moins une fois correctement dénommés. Qu'en est-il après la thérapie ? Une première analyse compare la proportion des réussites et des échecs pour les items traités et les items non traités aux post-tests 1 et 2. Les résultats du premier post-test montrent que les items traités ne diffèrent plus des items non traités (respectivement 55 et 65% de réussite: test chi-carré= 0.94, N.S.). Il y a donc eu apprentissage. Néanmoins, lors du second post-test, les performances tombent à 29% de réussite pour les items traités et à 55% pour les non traités. Ces proportions sont significativement différentes (chi-carré= 2.28, p 0.02). Ce résultat montre que les items traités continuent à présenter une plus grande difficulté pour JD.

2) Y a-t-il une différence dans l'évolution post-thérapeutique des items traités et non traités ?

Le tableau évolutif du patient JD est celui d'une lente détérioration. Cette évolution est-elle comparable pour les items traités et non traités ? Pour examiner cette question, une seconde analyse a comparé les proportions de réussites et d'échecs à différents moments, et cela séparément pour les items traités et non traités.

a) Evolution entre le pré-test et le post-test 1.

Les performances concernant les items non traités se maintiennent (75% et 65% de réussites,  $\chi^2 = 1.22$ , N.S.) tandis que celles qui concernent les items traités s'améliorent (de 0 à 55% de réussites,  $\chi^2 = 23.42$ ,  $p < 0.001$ ).

b) Evolution entre le pré-test 3 et le post-test 2.

Les performances concernant les items non traités se dégradent (de 75% à 55% de réussites,  $\chi^2 = 4.5$ ,  $p < 0.03$ ) alors que, comparativement, celles qui concernent les items traités s'améliorent (de 0 à 29% de réussites,  $\chi^2 = 10.53$ ,  $p < 0.001$ ).

c) Evolution entre le post-test 1 et le post-test 2.

Les performances concernant les items non traités se maintiennent relativement mieux (de 65 à 55% de réussites,  $\chi^2 = 1.06$ , N.S.) que celles concernant les items traités (de 55 à 29% de réussites,  $\chi^2 = 4.24$ ,  $p < 0.04$ ).

En résumé, les résultats montrent que même s'il y a eu apprentissage, les items traités restent fragiles, le traitement ayant porté sur les zones de difficulté du patient.

3) Au cours de la thérapie, y a-t-il eu un transfert d'apprentissage des items déjà traités aux items encore à traiter ?

La procédure utilisée est telle que de nouveaux items sont progressivement introduits dans le traitement. Quand les deux contrôles ont été effectués (lignes de base 1 et 2), certains items avaient déjà été présentés tandis que d'autres restaient à travailler. Les performances sont-elles comparables pour ces deux ensembles d'items? L'analyse statistique montre que ce n'est pas le cas. Au cours du premier contrôle, les items traités donnent lieu à 56% de réussite, contre seulement 20% pour les autres ( $\chi^2 = 4.29$ ,  $p < 0.04$ ). De même, au cours du second contrôle, ces pourcentages sont respectivement de 82 et 22% ( $\chi^2 = 9.91$ ,  $p < 0.002$ ). Il n'y a donc pas eu d'effet de généralisation au cours de la thérapie des items traités aux items non encore présentés.

## CONCLUSIONS

Un certain apprentissage reste possible en cas de démence d'Alzheimer.

Cet apprentissage est spécifique : il n'y a pas de transfert pour des items non travaillés.

Les effets du traitement sont transitoires : on observe une dégradation plus rapide des performances pour les items traités (qui sont par choix plus difficiles) que pour les items non traités. La préservation des acquis demande vraisemblablement un prolongement à domicile du travail commencé au cours de la thérapie.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- BACHY-LANGEDOCK N., (1989), "Batterie d'examen des troubles en dénomination", Bruxelles, Editest.
- McKAHNN G., DRACHMAN D., FOLSTEIN M., KATZMAN R., PRICE D. & STADLAN E.M., (1984), "Clinical diagnosis of Alzheimer's disease : report of the Nincds-Adrda Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease", *Neurology*, 34, p. 939-944.
- METZ-LUTZ M.N., KREMIN H., DELOCHE G., HANNEQUIN D., FERRAND I., PERRIER D., QUINT S., DORDAIN M., BUNEL G., CARDEBAT D., LARROQUE C., LOTA A.M., PICHARD B. & BLAVIER A., (1991), "Standardisation d'un test de dénomination orale : contrôle des effets de l'âge, du sexe et du niveau de scolarité chez les adultes normaux", *Revue de Neuropsychologie*, 1, p. 73-95.
- MOFFAT N.J., (1989), "Home-based cognitive rehabilitation with the elderly", in L.W. Poon, D.C. Rubin, & B. Wilson (Eds), "Everyday cognition in adulthood and late life", Cambridge, Cambridge University Press.

M. DE PLAEN<sup>1</sup>

### La Ligue Alzheimer : une tentative de réponse face au bouleversement vécu par les familles

La Belgique compte actuellement près de 100.000 malades de type Alzheimer. La progressive métamorphose vécue par ces individus plongent 100.000 familles dans le désarroi. Au cours des consultations, lorsque les médecins posent un diagnostic à pronostic réservé, ils s'adaptent généralement à la personnalité de leur patient, les informent progressivement des problèmes auxquels ils devront faire face et de l'impuissance actuelle de la médecine. Dans ces cas, les praticiens aident leur patient à gérer le mieux possible l'épreuve à laquelle ils sont confrontés. Dans le cas de démence, la problématique change complètement. Le patient sent petit à petit ses facultés lui échapper mais n'arrive ni à qualifier cet état de perte, ni à le gérer car les outils intellectuels de gestion lui font eux-même progressivement défaut. Très vite, l'autonomie se restreint, la vie quotidienne devient impossible sans suppléance. Familles et proches se trouvent alors confrontés à un bouleversement de la vie quotidienne.

Les demandes adressées au thérapeute se heurtent à l'impasse actuelle des moyens thérapeutiques et concernent bien souvent la gestion de la vie

<sup>1</sup> Psychologue au Centre William Lennox, Présidente de la section francophone de la Ligue Alzheimer.