



INFO

2026 N°2

LA REVUE DESTINÉE AUX LOGOPÈDES MEMBRES DE L'UPLF

Union
Professionnelle des
Logopèdes
Francophones

DÉFENSE • PROMOTION • INFORMATION • FORMATION CONTINUE

Présentation du Conseil d'Administration

PAGE
7

Résultats de la convention

PAGE
10

L'accompagnement logopédique auprès des personnes âgées
avec trouble neurocognitif léger ou majeur évolutif

PAGE
22

Préparer un bilan logopédique orienté CAA

PAGE
36



L'accompagnement logopédique auprès des personnes âgées avec trouble neurocognitif léger ou majeur évolutif : une revue du modèle proposé par Lanzi et al. (2021)



par

Guillaume Duboisdindien,

Maître de conférences en sciences de la réadaptation et logopède, Université Marie et Louis Pasteur, Besançon, Laboratoire INSERM UMR 1322, LINC, France.

Collaborateur scientifique, Département de Psychologie > Neuropsychologie de l'adulte - Université de Liège, Belgique.



&

Alyssa M., Lanzi,

Professeure assistante de recherche, orthophoniste, Department of Communication Sciences and Disorders; University of Delaware; Newark, DE, États-Unis d'Amérique.

Membre du comité exécutif, Delaware Center for Cognitive Aging Research, University of Delaware; Newark, DE, États-Unis d'Amérique.

Introduction

Le vieillissement de la population constitue l'un des défis majeurs du XXI^e siècle. À l'échelle mondiale, on comptait environ 1 milliard de personnes de 60 ans et plus en 2019, un nombre qui devrait atteindre 1,4 milliard en 2030, puis 2,1 milliards en 2050, tandis que la population des plus de 80 ans triplera sur la même période (Organisation Mondiale de la Santé, 2025).

Dans ce contexte, le nombre de personnes vivant avec un trouble neurocognitif (TNC), qu'il soit léger (TNCL) ou majeur (TNCM), augmente constamment. En 2021, environ 57 millions de personnes dans le monde vivaient avec un TNCM évolutif, dont près de 10 millions de nouveaux cas par an. Le vieillissement et l'allongement de l'espérance de vie expliquent largement cette croissance.

Les TNC ne se limitent pas à une atteinte cognitive : ils affectent aussi la communication, l'autonomie, la participation sociale et la qualité de vie (Hussenoder et al., 2020 ; Bárrrios et al., 2013). Une évaluation ponctuelle ou une rééducation cognitive ciblée ne suffit donc pas à répondre aux besoins des personnes concernées ni à soutenir leur identité et leurs liens sociaux.

Dans cette perspective, Lanzi et al. (2021) proposent de structurer les interventions logopédiques sous la notion de « *counseling logopédique* », c'est-à-dire un accompagnement global, incluant information sur le trouble, soutien communicationnel, guidance pour les aidants et orientation au fil de l'évolution. Ce cadre élargit la mission du logopède au-delà de la seule rééducation, en intégrant le soutien aux interactions, la prévention du retrait social et l'adaptation aux transitions de vie.

Toutefois, il semblerait que cette approche soit encore relativement peu répandue dans les pratiques francophones. La logopédie y est souvent mobilisée en priorité pour des interventions centrées sur la rééducation des fonctions altérées, dans un cadre clinique structuré par l'évaluation et les critères diagnostiques. Une meilleure valorisation de ce cadre pourrait constituer une piste pour renforcer la contribution des logopèdes au sein du continuum de soins auprès des personnes âgées.

L'objectif de cet article est de présenter le modèle proposé par Dr Alyssa M., Lanzi et ses collaborateurs, James M. Ellison et Matthew L. Cohen. (2021) du *Department of Communication Sciences & Disorders*, à l'Université du Delaware (États-Unis d'Amérique),

Newark, comme une réponse fondée sur des données probantes aux besoins croissants d'accompagnement des personnes âgées présentant un TNC et de souligner la place centrale de la logopédie dans le maintien de la communication, de l'autonomie et du lien social.

Trouble neurocognitif léger, trouble neurocognitif majeur : repères cliniques

Les TNC sont définis par un déclin acquis du fonctionnement cognitif par rapport au niveau antérieur, attesté par une évaluation clinique et/ou par des tests neuropsychologiques (American Psychiatric Association, 2015). Ils constituent un continuum allant des plaintes subjectives sur l'état ressenti par une personne au sujet de ses habiletés cognitives, aux formes modérées puis sévères, caractérisées principalement par l'impact fonctionnel du trouble (e.g. difficultés de mémorisation, perte d'autonomie progressive dans les tâches quotidiennes).

Distinction du DSM-5, entre le Trouble neurocognitif léger (TNCL) versus le Trouble neurocognitif majeur (TNCM)

Le DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) distingue deux niveaux de sévérité du TNC (American Psychiatric Association, 2015) :

1. le TNCL se caractérise par un déclin modeste dans une ou plusieurs fonctions cognitives, sans perte d'autonomie significative (Petersen, 2016) ;
2. le TNCM se distingue par un déclin marqué, entraînant une altération de l'autonomie dans les activités quotidiennes. Les domaines concernés peuvent inclure : l'attention, les fonctions exécutives, les apprentissages et la mémoire, le langage, les capacités perceptivo-motrices, et la cognition sociale.

Le critère clé : le retentissement fonctionnel

Au-delà du niveau de déficit mesuré par les tests, c'est le degré d'impact sur le fonctionnement adaptatif quotidien qui distingue ces deux entités diagnostiques. Un TNCL n'est pas une « *démence débutante* » mais un état cognitif à *risque*, avec une participation sociale bien préservée et un maintien caractérisé de l'identité de la personne.

Le retentissement fonctionnel peut être défini comme la présence de difficultés significatives dans la réalisation des activités habituelles et la participation sociale, du fait d'un déficit cognitif ou communicationnel. Il ne s'agit donc pas uniquement d'une baisse de performance objectivée mais d'une modification concrète des capacités à agir, à interagir et à maintenir son rôle au quotidien (CIF, 2001 ; Stucki et al., 2009 ; Michailakis 2003). En d'autres termes, le retentissement fonctionnel appliqué à notre thématique correspond à la traduction du déficit cognitif dans la vie réelle, dans les habitudes de vie, les interactions et l'autonomie de la personne.

Une lecture biopsychosociale du continuum cognitif

Pour comprendre pleinement le retentissement fonctionnel, il est pertinent de le replacer dans une vision biopsychosociale de la santé. Le Modèle de développement humain – Processus de production du handicap, élaboré à Montréal (Fougeyrollas & Boucher, 2019), fournit un cadre particulièrement adapté.

Ce modèle distingue :

- les capacités intrinsèques de la personne (déficits ou altérations mais également ressources compensatoires) ;
- les habitudes de vie (activités, rôles sociaux) ;
- les facteurs environnementaux (facilitateurs ou obstacles).

Le handicap (au sens de restriction des activités et de la participation) n'est donc pas causé uniquement par le trouble cognitif : il résulte de l'interaction entre la personne et son environnement.

Dans le TNCL, le retentissement fonctionnel peut être minime ou absent si l'environnement est facilitateur et que des stratégies de compensation sont mises en place. Toutefois, le risque de progression vers un TNCM reste notable, estimé entre 10 et 15 % par an (Bruscoli & Lovestone, 2004 ; Farias et al., 2009 ; Mitchell & Shiri-Feshki, 2009 ; Lanzi & Bourgeois, 2020), selon le profil initial et les comorbidités (Petersen, 2004) (voir le Tableau 1).

Au stade de TNCM, la baisse d'autonomie devient mesurable, les stratégies spontanées ne suffisent plus, et les restrictions de participation se multiplient, pouvant mener au retrait social, à une perte de rôle et à une atteinte identitaire.

Ce modèle biopsychosocial entraîne des conséquences directes pour la pratique :

- dans le TNCL, l'objectif n'est pas de « normaliser » les performances, mais de préserver la participation, de soutenir l'estime de soi et de maintenir le lien social ;
- dans le TNCM, l'intervention vise à adapter les modalités d'échange, à prévenir les ruptures relationnelles, et à accompagner les décisions avec les proches et les équipes soignantes.

Ainsi, le retentissement fonctionnel constitue à la fois :

1. un **critère diagnostique** (délimitation TNCL/TNCM),
2. un **indicateur clinique** de qualité de vie,
3. un **levier d'action logopédique** pour organiser les soins en fonction des besoins réels.

ÉLÉMENT	TROUBLE NEUROCOGNITIF LÉGER	TROUBLE NEUROCOGNITIF MAJEUR
Déclin cognitif	Modeste et objectif	Marqué et objectif
Retentissement fonctionnel	Autonomie préservée	Autonomie altérée
Manifestations en communication	Oublis conversationnels mineurs, stratégies compensatoires efficaces	Désorganisation du discours, altérations pragmatiques, perte d'initiatives
Diagnostic différentiel	Vieillessement cognitif typique, anxiété, épisodes médicaux transitoires	Maladies neurodégénératives (p. ex. Alzheimer, DFT, APP)
Enjeu thérapeutique	Prévention de la progression, soutien de l'identité et de la participation	Adaptation , préservation du lien social, qualité de vie

Tableau 1. Principales caractéristiques cliniques des troubles neurocognitifs légers et majeurs

Légende. Synthèse des définitions issues du DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022), adaptée à la pratique logopédique. APP : Aphasies Primaires Progressives ; DFT : Démences Fronto-Temporales.

Implications cliniques pour la logopédie

Parce que les TNC touchent directement la mémoire, la capacité à initier et/ou à maintenir une conversation, l'organisation du discours mais aussi la participation sociale et l'estime de soi, l'intervention logopédique doit s'adapter au stade d'évolution du trouble (Lanzi et al., 2021 ; Bayles et al., 2005 ; Swan et al., 2018). Dans le TNCL, la personne demeure autonome dans ses activités quotidiennes grâce à des mécanismes de compensation spontanée soutenue par sa réserve cognitive (Corbo et al., 2023), mais elle peut éprouver des difficultés à maintenir une interaction fluide, notamment dans des situations sollicitant fortement l'attention et la mémoire.

Dans cette phase, le travail logopédique vise prioritairement à préserver l'efficacité communicationnelle et à retarder l'apparition des répercussions sociales du trouble. Il peut inclure :

- l'entraînement ou l'optimisation de stratégies de compensation (par ex., prise de notes, indices visuels, structuration du discours) ;
- le maintien de l'engagement social, crucial pour la qualité de vie et le ralentissement du déclin fonctionnel ;
- l'adaptation de l'environnement communicatif (par ex., l'organisation spatiale, la réduction des distracteurs, des supports mnésiques accessibles).

Ces actions s'inscrivent pleinement dans une logique de prévention, cohérente avec la littérature sur la conversion du TNCL vers un TNCM (Mitchell & Shiri-Feshki, 2009 ; Petersen, 2004).

À mesure que le déclin cognitif progresse et que l'autonomie se voit compromise, les objectifs évoluent. Dans le TNCM, le rôle du logopède se concentre davantage sur l'adaptation des modalités d'échange (gestualité, routines, communication alternative), la sauvegarde du lien relationnel essentiel au bien-être, à l'identité et au sentiment d'appartenance, et l'accompagnement des proches afin de soutenir les interactions et de prévenir l'épuisement des aidants.

Selon Lanzi et al. (2021), la logopédie n'a donc pas seulement un rôle de rééducation ou de remédiation mais constitue un levier central d'ajustement, permettant de maintenir les capacités communicationnelles et le pouvoir d'agir, même lorsque la récupération cognitive n'est plus l'objectif premier.

En d'autres termes, et très schématiquement : le TNCL est le temps de la prévention, le TNCM, le temps de l'adaptation, et, à tous les stades, la logopédie est le temps du lien.

Le modèle d'accompagnement logopédique proposé par Lanzi et al. (2021)

Pourtant, de nombreux cliniciens rapportent encore un manque de formation concernant ces dimensions d'accompagnement, ainsi qu'un sentiment d'illégitimité lorsqu'il s'agit d'aborder les aspects émotionnels, décisionnels ou identitaires du trouble (Lanzi et al., 2021). Ces perceptions convergent avec les résultats récents de l'étude internationale de Gallée et al. (2023) consacrée à l'accompagnement des personnes vivant avec une Aphasie Primaire Progressive (APP). Cette dernière met en évidence que les logopèdes sont pleinement reconnus comme professionnels clés du suivi et du traitement en APP, mais que subsistent d'importantes lacunes de formation impactant leurs compétences, leur confiance et leurs prises de décision cliniques. D'où la nécessité de mieux valoriser et outiller ces compétences d'ajustement relationnel et de counseling, notamment dans les systèmes de santé francophones, où l'accompagnement logopédique reste encore peu identifié et faiblement structuré dans les pratiques professionnelles.

Les auteurs proposent d'articuler ces interventions autour de trois missions complémentaires (Figure 1 à la page suivante).

1) Soutenir la compréhension et le vécu du trouble

Dès la première consultation, l'accompagnement logopédique vise à clarifier les changements cognitifs et communicationnels observés, afin de réduire l'incertitude et l'anxiété associées au diagnostic. Les logopèdes contribuent à :

- distinguer les manifestations attendues du vieillissement typique de celles suggérant un TNC ;
- expliciter les conséquences possibles sur la communication et l'autonomie ;
- aider la personne à reformuler ses difficultés et à donner sens à ce qu'elle vit.

Selon Lanzi et al. (2021), ces échanges contribuent directement au sentiment de contrôle et à l'acceptabilité du diagnostic, facteurs associés à une meilleure qualité de vie et à un engagement durable dans le suivi thérapeutique.

2) Préserver la communication et la participation sociale

Le maintien de la communication constitue un déterminant majeur de la qualité de vie tout au long de l'évolution des TNC. Lanzi et al. (2021) montrent que le logopède peut proposer des interventions ciblées sur :

- l'utilisation de stratégies de compensation personnalisées,
- l'entretien des routines conversationnelles, de l'humour, de la gestualité,
- l'adaptation des situations et supports de communication,
- la prévention du retrait social et des ruptures de lien.

Même lorsque les capacités cognitives déclinent, le logopède contribue à sauvegarder le droit de commu-

niquer, c'est-à-dire la possibilité pour la personne de participer, d'exprimer ses préférences et de maintenir son rôle social.

3) Guider les décisions et coordonner les soins

Parce que les TNC s'accompagnent souvent de changements de vie (aménagement du domicile, aide professionnelle, institutionnalisation), le logopède joue un rôle central de guidance dans la prise de décision, en particulier pour :

- expliciter les options de soins et leurs implications,
- soutenir l'expression des valeurs et souhaits de la personne,
- accompagner les aidants dans leurs ajustements communicationnels,
- collaborer avec les équipes médicales et sociales.

Lanzi et al. (2021) insistent sur une idée forte : le logopède peut faire le lien entre le patient, son entourage et les autres professionnels pour éviter les ruptures de parcours et favoriser une adaptation progressive aux changements.

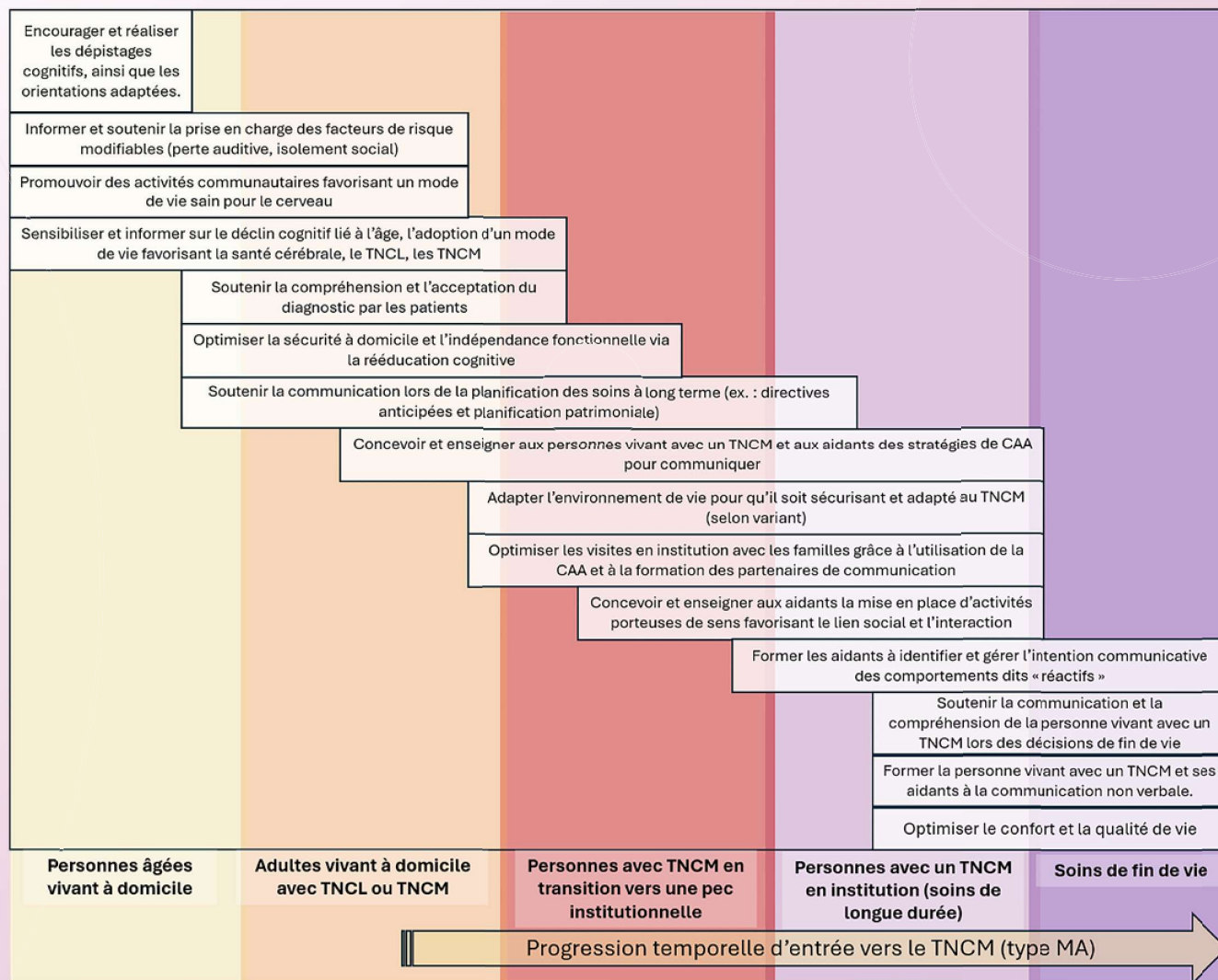


Figure 1. Activités de conseil et d'intervention menées par les logopèdes tout au long du continuum de soins pour les troubles neurocognitifs léger et majeur. CAA = Communications Alternatives et Augmentatives ; TNCM = Trouble Neurocognitif Majeur ; TNCL = Trouble Neurocognitif Léger. Traduction et adaptation française de « Counseling+ activities delivered by speech-language pathologists throughout the continuum of care for MCI and Dementia » par Lanzi AM, Ellison JM, Cohen ML (2021). The "Counseling+" Roles of the Speech-Language Pathologist Serving Older Adults With Mild Cognitive Impairment and Dementia From Alzheimer's Disease. Perspectives of the ASHA Special Interest Groups.

Une mission transversale dans le parcours de soins

Ce modèle ne suppose pas que chaque intervention corresponde strictement à un seul axe. Au contraire, les trois missions s'exercent simultanément dans la pratique, avec une intensité variable selon le contexte (Tableau 2).

Ce continuum permet de penser l'intervention logopédique non comme un acte ponctuel mais comme un accompagnement évolutif, centré sur les liens, la communication et la participation sociale.

CONTEXTE DE PRISE EN CHARGE	MISSION PRÉDOMINANTE
Consultation pré-diagnostic	Soutenir le vécu et expliquer les changements
Phase TNCL / maintien à domicile	Prévention de la perte de participation
Phase TNCM / transitions de vie	Guidance et adaptation des interactions
Institution / fin de vie	Préservation du lien et des modes d'expression

Tableau 2. Missions transversales de l'accompagnement logopédique des personnes souffrant d'un trouble neurocognitif léger ou majeur.

Enjeux de reconnaissance professionnelle des logopèdes

Le modèle de Lanzi et al. (2021) met en lumière une réalité souvent sous-estimée : **la logopédie est une profession pivot pour le maintien de la communication et de la qualité de vie des personnes vivant avec un TNC.**

Pourtant, de nombreux cliniciens rapportent un manque de formation dans ces dimensions d'accompagnement ainsi qu'un sentiment d'illégitimité lorsqu'il s'agit d'aborder les aspects émotionnels ou décisionnels du trouble (Lanzi et al., 2021). Ces perceptions ont également été rapportées dans d'autres travaux portant sur la confiance et le rôle perçu des logopèdes dans l'accompagnement des troubles neurocognitifs à variant langagier comme dans les Aphasies Primaires Progressives (Gallée et al, 2024), d'où la nécessité de valoriser ces compétences, notamment dans les systèmes de santé francophones où le counseling logopédique reste encore insuffisamment identifié et faiblement structuré dans les pratiques professionnelles.

Discussion : enjeux de reconnaissance et d'intégration en francophonie

Le modèle proposé par Lanzi et al. (2021) met en lumière un rôle logopédique encore largement sous-estimé dans la prise en charge des troubles neurocognitifs. Dans la pratique, la logopédie est souvent associée à la remédiation linguistique, tandis que les dimensions d'accompagnement, de guidance et de prévention sont considérées comme périphériques ou dévolues à d'autres professions (par ex., psychologues, travailleurs sociaux). Ce décalage apparaît particulièrement marqué dans les systèmes francophones où la logopédie demeure peu identifiée comme acteur de santé publique.

Pourtant, les cadres réglementaires soutiennent pleinement ce rôle élargi. Par exemple, l'**arrêté royal du 20 octobre 1994** en Belgique reconnaît explicitement dans les compétences logopédiques :

- **l'information et l'éducation thérapeutique** du patient et de l'entourage ;
- **la guidance** dans l'adaptation au trouble ;
- et la **prévention** des conséquences des atteintes de la communication.

Autrement dit, le *counseling* logopédique, tel que défini par Alyssa M. Lanzi, relève pleinement du périmètre professionnel de notre profession. Par ailleurs, nous tenons, du fait de ces rencontres régulières avec le patient et son entourage, un rôle de *veilleur* susceptible de renseigner l'équipe pluridisciplinaire en cas d'évolution ou d'éléments cliniques nécessitant un accompagnement spécialisé auprès d'un autre professionnel (par ex., (neuro)psychologue, neurologue, ergothérapeute).

Besoins identifiés

Lanzi et al. (2021) rapportent toutefois que beaucoup de cliniciens se sentent :

- **insuffisamment formés** aux aspects communicationnels du soutien psychosocial ;
- **illégitimes** pour aborder l'impact émotionnel du diagnostic ;
- **isolés** dans la coordination des prises de décision.

Ces obstacles nuisent à la mise en œuvre des interventions fondées sur les preuves et à la reconnaissance de l'expertise logopédique.

Recommandations pour le contexte clinique

Pour renforcer l'accompagnement logopédique auprès des personnes âgées à risque ou vivant avec un TNC, plusieurs leviers sont envisageables :

1. **former** systématiquement les logopèdes en Belgique aux dimensions de l'éducation thérapeutique, de la guidance familiale et de la communication adaptée aux TNC depuis leur formation initiale à leur formation continue ;
2. **structurer** des parcours de soins où le logopède est identifié comme acteur pivot du maintien de la communication ;
3. **valoriser** l'ancrage éthique et social de la logopédie dans les politiques de santé publique ;
4. **diffuser** en français le modèle conceptuel de Lanzi et al. (2021) afin qu'il devienne un repère partagé en clinique.

En définitive, reconnaître le rôle du logopède dans le counseling des TNC, c'est reconnaître que **la communication est une dimension fondamentale de la santé** et du bien-être à tout âge.

Remerciements

Je remercie mon amie et collègue, Julie Cattini, pour sa relecture attentive et pour la qualité de ses retours, qui ont contribué à améliorer la clarté et la cohérence de ce manuscrit.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- American Psychiatric Association (2015).** *DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Elsevier Health Sciences France.
- Baltes, M. M., & Carstensen, L. L.** (1996). The process of successful ageing. *Ageing & Society, 16*(4), 397–422. <https://doi.org/10.1017/S0144686X00003603>
- Bárrios, H., Narciso, S., Guerreiro, M., Maroco, J., Logsdon, R., & De Mendonça, A.** (2013). Quality of life in patients with mild cognitive impairment. *Ageing & Mental Health, 17*(3), 287–292. <https://doi.org/10.1080/13607863.2012.747083>
- Bayles, K. A., Kim, E. S., Azuma, T., Chapman, S. B., Cleary, S., Hopper, T., ... & Zientz, J.** (2005). Developing evidence-based practice guidelines for speech-language pathologists serving individuals with Alzheimer's dementia. *Journal of Medical Speech-Language Pathology, 13*(4), xiii–xiii.
- Bruscoli, M., & Lovestone, S.** (2004). Is MCI really just early dementia? A systematic review of conversion studies. *International Psychogeriatrics, 16*(2), 129–140. <https://doi.org/10.1017/S1041610204000092>
- Corbo, I., Marselli, G., Di Ciero, V., & Casagrande, M.** (2023). The protective role of cognitive reserve in mild cognitive impairment: A systematic review. *Journal of Clinical Medicine, 12*(5), 1759. <https://doi.org/10.3390/jcm12051759>
- Farias, S. T., Mungas, D., Reed, B. R., Harvey, D., & DeCarli, C.** (2009). Progression of mild cognitive impairment to dementia in clinic- vs. community-based cohorts. *Archives of Neurology, 66*(9), 1151–1157. <https://doi.org/10.1001/archneurol.2009.106>
- Gallée, J., Cartwright, J., Volkmer, A., Whitworth, A., & Hersh, D.** (2023). "Please don't assess him to destruction": The RAISE Assessment framework for primary progressive aphasia. *American Journal of Speech-Language Pathology, 32*(2), 391–410. https://doi.org/10.1044/2022_AJSLP-22-00122
- Gallée, J., Cartwright, J., Grasso, S., Jokel, R., Lavoie, M., McGowan, E., ... & Volkmer, A.** (2024). Global perspectives on the management of primary progressive aphasia. *Scientific Reports, 14*(1), 19712. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-70156-5>
- Hussenoeder, F. S., Conrad, I., Roehr, S., Fuchs, A., Pentzek, M., Bickel, H., ... & Riedel-Heller, S. G.** (2020). Mild cognitive impairment and quality of life in the oldest old: A closer look. *Quality of Life Research, 29*(6), 1675–1683. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02425-5>
- Lanzi, A. M., & Bourgeois, M. S.** (2020). Structured external memory aid treatment for mild cognitive impairment. *American Journal of Speech-Language Pathology, 29*(15), 474–484. https://doi.org/10.1044/2019_AJSLP-CAC48-18-0209
- Lanzi, A. M., Ellison, J. M., & Cohen, M. L.** (2021). The "counseling+" roles of the speech-language pathologist serving older adults with mild cognitive impairment and dementia from Alzheimer's disease. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups, 6*(5), 987–1002. https://doi.org/10.1044/2021_PER-SP-20-00295
- Michailakis, D.** (2003). The systems theory concept of disability: One is not born a disabled person; one is observed to be one. *Disability & Society, 18*(2), 209–229. <https://doi.org/10.1080/0968759032000044184>
- Mitchell, A. J., & Shiri-Feshki, M.** (2009). Rate of progression of mild cognitive impairment to dementia: Meta-analysis of 41 robust inception cohort studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 119*(4), 252–265. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01326.x>
- Petersen, R. C.** (2004). Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *Journal of Internal Medicine, 256*(3), 183–194. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2796.2004.01388.x>
- Petersen, R. C.** (2016). Mild cognitive impairment. *Continuum: Lifelong Learning in Neurology, 22*(2), 404–418. <https://doi.org/10.1212/CON.0000000000000313>
- Stucki, G., Ewert, T., & Cieza, A.** (2002). Value and application of the ICF in rehabilitation medicine. *Disability and Rehabilitation, 24*(17), 932–938. <https://doi.org/10.1080/09638280210148594>
- Swan, K., Hopper, M., Wenke, R., Jackson, C., Till, T., & Conway, E.** (2018). Speech-language pathologist interventions for communication in moderate–severe dementia: A systematic review. *American Journal of Speech-Language Pathology, 27*(2), 836–852. https://doi.org/10.1044/2017_AJSLP-17-0043
- Organisation Mondiale de la Santé.** (2001). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé: CIF*. Organisation mondiale de la santé. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA54/fa5418.pdf
- Organisation Mondiale de la Santé.** (2025, October 1). *Ageing and health*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health?utm_source=chatgpt.com