

prévention
repérage
intervention
dégénératif
sclérose
orientation
dépistage
orthophonique
Alzheimer
maladie
aidants



Les troubles de la communication et des fonctions oro-faciales chez les personnes présentant une pathologie neurodégénérative

REPÉRER – DÉPISTER – ORIENTER – ACCOMPAGNER

Cette action est réalisée et financée dans le cadre d'une convention signée entre le Collège Français d'Orthophonie (CFO) composé de la Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO), et de l'Union Nationale pour le Développement de la Recherche et de l'Évaluation en Orthophonie (Unadréo) et l'État (Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, Direction Générale de la Santé).

Cette action répond à des besoins à la fois précis et généraux en matière de santé publique.

Le Plan des Maladies Neurodégénératives a été instauré pour une durée de cinq ans de 2014 à 2019.

Ce plan, qui se décline en 4 axes stratégiques, rappelle que la prévalence de ces maladies se situe au-delà d'un million de personnes en France. Leur impact est important sur la qualité de vie des personnes concernées et de leurs aidants.

- Soigner et accompagner tout au long de la vie et sur l'ensemble du territoire.
- Favoriser l'adaptation de la société aux enjeux des maladies neurodégénératives et atténuer les conséquences personnelles et sociales sur la vie quotidienne.
- Développer et coordonner la recherche sur les maladies neurodégénératives.
- Faire de la gouvernance du plan un véritable outil d'innovation, de pilotage des politiques publiques et de la démocratie en santé.

Les maladies neurodégénératives (MND) constituent un groupe de pathologies progressives liées à un dysfonctionnement métabolique au sein du tissu nerveux [...]. Le cerveau et la moelle épinière peuvent être touchés par des lésions diffuses ou limitées à certaines zones spécifiques. Si certaines de ces maladies atteignent quelquefois l'enfant ou l'adulte jeune, la majorité des cas se rencontre après 65 ans. (Encyclopédia Universalis)

Ces pathologies sont multiples. Elles conduisent à une perte progressive de l'autonomie et génèrent des situations de handicap diverses et intenses.

L'orthophonie a un rôle central dans le champ des pathologies neurodégénératives à différents niveaux d'intervention, de la prévention à l'évaluation, de la rééducation au maintien, de l'information à l'éducation thérapeutique toujours dans une dynamique d'accompagnement et de conseils pour l'entourage.

L'objectif premier de cette brochure est de proposer aux soignants, professionnels de premier recours et aux équipes de proximité (dans le cadre de la coordination des soins) **un outil d'aide et de ressources pour l'identification des signes de troubles de la communication et/ou des fonctions oro-faciales chez les personnes présentant une pathologie neurodégénérative.**

En améliorant le repérage de ces troubles, la coordination thérapeutique et l'accompagnement seront favorisés ; en évitant la majoration du handicap de communication, l'autonomie et la qualité de vie seront accrues.

Les orthophonistes sont référencés comme des professionnels de santé de premier plan dans de nombreuses recommandations professionnelles (notamment les recommandations de la Haute Autorité de santé) à tous les niveaux de leur intervention et quel que soit le mode d'exercice. Les notions de continuité et de coordination des soins « hôpital-ville » sont fondamentales et au centre des problématiques de prise en charge des pathologies neurodégénératives dans tous les bassins de santé français.

LES AUTEURS

Myriam Caparros, orthophoniste, Lyon (France)

Peggy Gatignol, orthophoniste, docteur en neurosciences, Paris (France)

Brigitte Marcotte, orthophoniste, Abbeville (France)

Christophe Rives, orthophoniste, Toulouse (France)

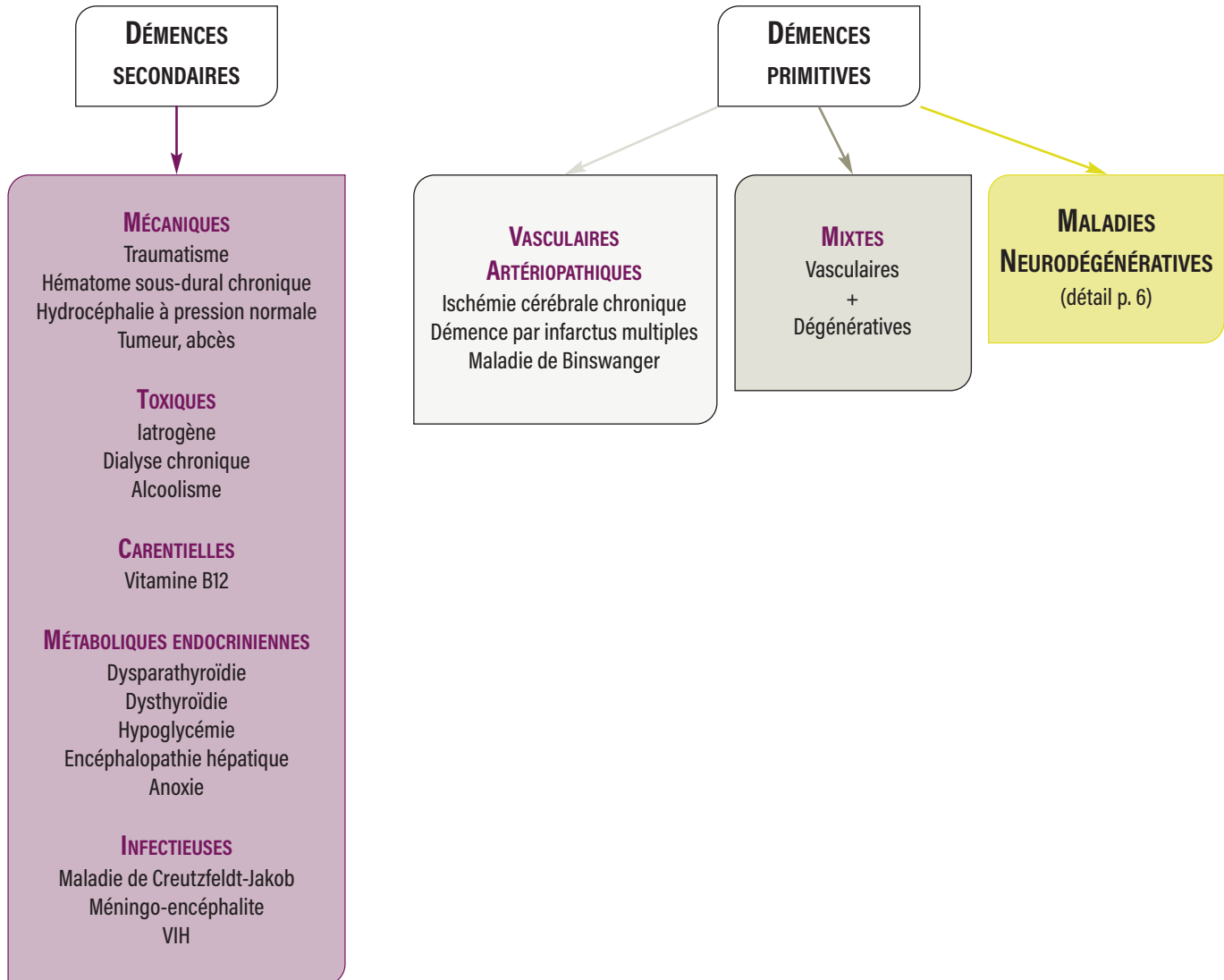
Thierry Rousseau, orthophoniste, docteur en psychologie, Sablé sur Sarthe (France)

Les pathologies (maladies) neurodégénératives sont multiples et génèrent dans la majorité des cas, des tableaux cliniques complexes présentant des évolutions variables.

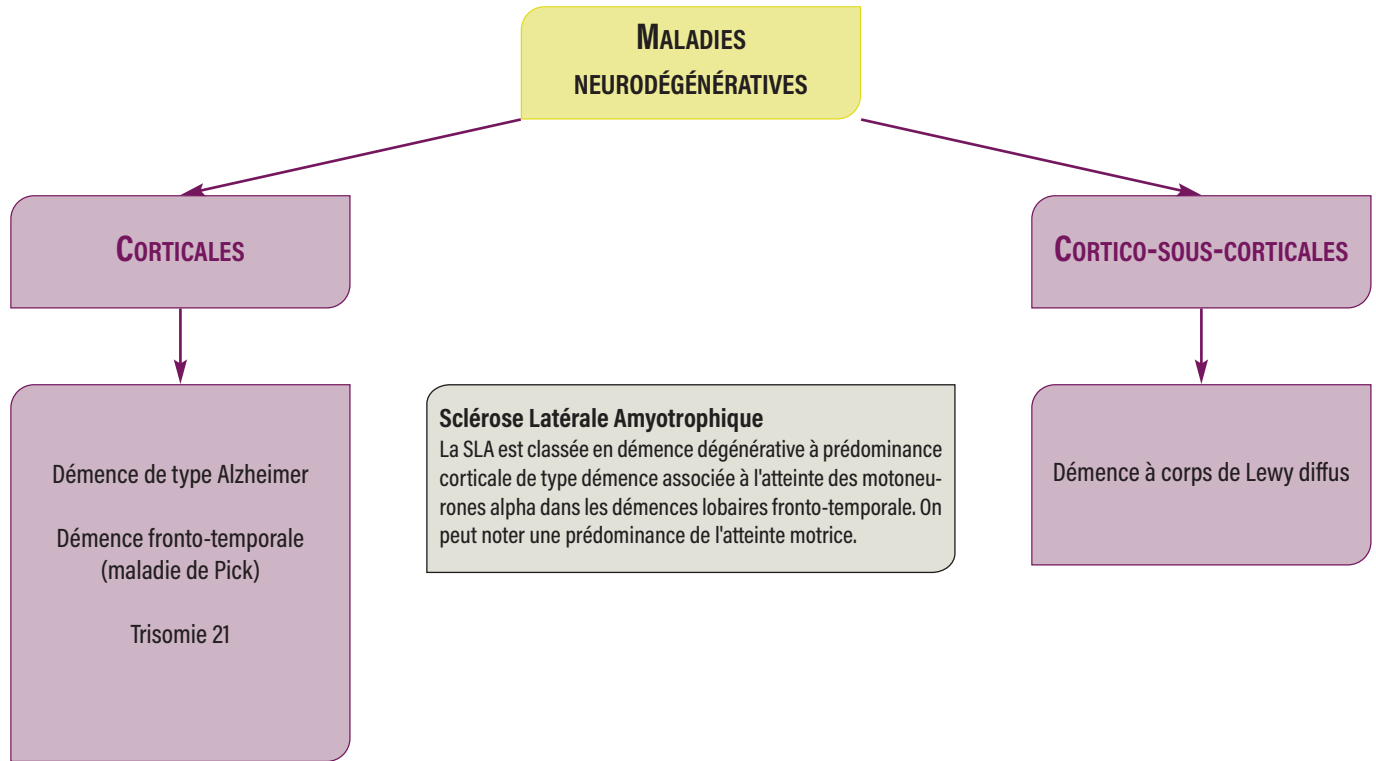
Nous nous limiterons dans cet ouvrage à la présentation des principales maladies ou syndromes qui sont identifiés comme des phénomènes majeurs de santé publique.

Ces maladies seront abordées de manière synthétique (sous forme de résumés et de focus) en insistant sur les éléments de diagnostic et de prise en charge (l'intervention orthophonique) des troubles de la communication et des fonctions oro-myofaciales.

CLASSIFICATION DES DÉMENCES



CLASSIFICATION DES MALADIES NEURODÉGÉNÉRATIVES



Sclérose Latérale Amyotrophique
La SLA est classée en démence dégénérative à prédominance corticale de type démence associée à l'atteinte des motoneurons alpha dans les démences lobaires fronto-temporale. On peut noter une prédominance de l'atteinte motrice.

Sclérose en plaques
L'importance des troubles cognitifs rencontrés fait l'objet d'une très grande variabilité inter et intra-individuelle selon le domaine considéré

Épilepsie
Du fait d'une fréquence non négligeable de manifestations neurologiques, l'épilepsie du sujet âgé peut souvent être source de diverses interprétations cliniques et engendre un diagnostic différentiel plus délicat à poser. L'épilepsie du sujet âgé est souvent associée à des maladies neurodégénératives, mais 49% sont souvent sans cause. Les signes cliniques dépendent de la localisation cérébrale.



POURQUOI L'ORTHOPHONIE ?

LA PLACE DE L'ORTHOPHONIE, LA FILIÈRE DE SOINS ET LES MODALITÉS DE PRESCRIPTION

L'orthophonie est une profession de santé relevant de la famille des métiers de soins. Elle consiste à prévenir, à évaluer et à traiter les difficultés ou troubles du langage oral et écrit et de la communication, des fonctions oro-myo-faciales, des autres activités cognitives dont celles liées à la phonation, à la parole, à la cognition mathématique.

Elle consiste également à maintenir les fonctions de communication et de l'oralité dans les pathologies dégénératives et neurodégénératives, et à dispenser l'apprentissage d'autres formes de communication non verbale permettant de compléter et/ou de suppléer les fonctions verbales.

Dans le cadre de la prescription médicale, l'orthophoniste établit un bilan qui comprend le diagnostic orthophonique, les objectifs et le plan de soins. Le compte rendu de ce bilan est communiqué au médecin prescripteur accompagné de toute information en possession de l'orthophoniste et de tout avis susceptible d'être utile au médecin pour établir le diagnostic médical, pour l'éclairer sur l'aspect technique de la rééducation envisagée et lui permettre l'adaptation du traitement en fonction de l'état de santé de la personne et de son évolution.

L'intervention orthophonique est accompagnée, en tant que de besoin, de conseils appropriés à l'entourage proche du patient.



ORGANISATION ET COORDINATION DES SOINS

L'activité de l'orthophoniste, au-delà du temps dévolu spécifiquement à l'approche technique (évaluation et intervention), s'inscrit dans une démarche de participation à l'organisation et à la coordination pluri-professionnelles dans le parcours de soins du patient.

EXTRAIT DU RÉFÉRENTIEL D'ACTIVITÉS DES ORTHOPHONISTES (parution BO n° 32 du 5 septembre 2013)

Coordination des activités

- Echanges d'information avec les partenaires dans le respect du secret médical.
- Echanges d'informations et interventions lors de réunions de travail pluriprofessionnelles, en lien avec les différents partenaires concernés.
- Prises de contact, échanges d'information, mise en place et animation de temps d'échanges en vue d'assurer l'articulation, la coordination et la priorisation des soins, notamment en tant qu'interlocuteur privilégié du patient.
- Préparation de synthèses cliniques.
- Animation de réunions de synthèse, de temps de travail thématiques et/ou interprofessionnels.
- Intervention en réunion de synthèse ou de transmission entre équipes de soins.
- Suivi de la mise en œuvre des actions préventives en lien avec les autres professionnels impliqués.
- Information des professionnels de santé du champ de compétences de l'orthophoniste.
- Animation et gestion de réseaux.

Interventions en réunions institutionnelles

- Interventions lors des réunions institutionnelles : conseils de service ou de pôle, réunions d'organisation, réunions d'élaboration du projet de service ou de pôle, commission des soins infirmiers de rééducation et médico-techniques, ...

Répondre aux besoins des personnes à chaque étape de la maladie dans un parcours coordonné, et cela en tout point du territoire, est une des missions de l'orthophoniste.

Comme le précise la Haute Autorité de santé dans ses recommandations (2011), l'intervention orthophonique vise à maintenir et à adapter les fonctions de communication du patient (langage, parole et autres) et à aider la famille et les soignants à adapter leur comportement aux difficultés du malade. L'objectif principal est de continuer à communiquer avec lui, afin de prévenir d'éventuels troubles du comportement réactionnels.

La maladie d'Alzheimer

Présentation

La maladie d'Alzheimer est la forme de démence la plus fréquente (70 %). Il s'agit d'une démence à prédominance corticale même si la zone cérébrale touchée initialement est l'hippocampe dont le rôle dans le processus mnésique est essentiel.

Les troubles cognitifs, du comportement et de la communication sont les « marqueurs » essentiels de la maladie d'Alzheimer. Il existe une grande variabilité interindividuelle et intra-individuelle au fil de l'évolution.

La maladie d'Alzheimer touche progressivement toutes les fonctions cognitives : mémoires, langage et communication, capacités perceptivo-motrices (praxies et gnosies), fonctions exécutives, comportement.

Le langage et la communication dans la maladie d'Alzheimer

Cette classification s'appuie sur différents travaux en orthophonie qui prennent en compte plus particulièrement les troubles du langage et de la communication (Rousseau, 2007).

Atteinte légère

Le patient a des difficultés à trouver le mot juste : il va employer d'autres mots rendant son discours de moins en moins informatif. On verra aussi à ce stade des difficultés d'enchaînement des idées, un ralentissement du débit, une tendance à répéter les mêmes phrases, ou à passer intempestivement d'un sujet de discussion à un autre.

À ce stade, on note seulement de très légères perturbations dans la compréhension orale. On peut observer une tendance à faire des commentaires subjectifs et personnels au lieu d'énoncer les faits objectifs : le patient a tendance à tout personnaliser.

Lorsque le déficit cognitif s'accroît, le malade continue à communiquer dans des situations familières mais éprouve des difficultés d'expression et de compréhension dans les situations moins familières et perturbantes :

- il utilise des mots sémantiquement proches les uns des autres (chat pour chien) ou des périphrases ;
- il s'écarte du thème et est incapable d'y revenir seul ;
- il peut avoir du mal à prendre l'initiative de la conversation ;
- il peut faire répéter et segmenter les messages verbaux longs et complexes pour comprendre.

Il peut encore être conscient de ses erreurs à ce stade.

Atteinte moyenne

Le malade peut communiquer en situation duelle ou en très petit groupe mais il a des difficultés à suivre une conversation un peu longue. Il a des difficultés pour exprimer ses besoins quotidiens sociaux et émotions.

Lorsque l'atteinte devient encore plus sévère, les essais de communication sont limités et le malade n'est plus capable de faire connaître que certains de ses désirs, verbalement ou non verbalement. Les mots substitués n'ont aucun (ou un vague) rapport avec le mot juste. L'informativité peut être réduite du fait d'un jargon, de persévérations ou d'une réduction massive du vocabulaire.

Le patient peut, parfois, utiliser seulement des phrases automatisées ou des mots isolés, et même les réponses par oui/non deviennent incertaines.

Atteinte profonde

On peut observer différents cas de figure : soit un mutisme total, soit un jargon inintelligible. Toutes les fonctions verbales sont perdues et fréquemment il n'y a plus aucun langage verbal. Le discours peut être vide de sens malgré une syntaxe préservée (conservation d'une mémoire implicite – savoir-faire automatisé).

Evaluation des capacités de communication dans la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées

Les troubles de la communication constituent sans aucun doute le déficit le plus perturbant car il va contribuer à rompre le lien avec l'environnement. C'est une des raisons pour lesquelles la thérapie écosystémique des troubles de la communication peut être proposée.

Les difficultés linguistiques des patients atteints de maladie d'Alzheimer ne sont pas un simple déficit du langage mais un véritable trouble de la communication sur lequel agissent différents facteurs : le degré d'atteinte cognitive, les facteurs individuels et psychosociaux (âge, niveau socioculturel, lieu de vie), les facteurs cognitifs et linguistiques, les facteurs contextuels (en particulier le thème de discussion et le type d'actes produits par l'interlocuteur).

Il a également été montré que les capacités de communication des patients atteints de maladie d'Alzheimer subissent un certain nombre de modifications quantitatives et qualitatives.

Il est possible d'intervenir sur certains des facteurs qui influencent les capacités de communication des patients et d'essayer d'optimiser certaines capacités de communication encore préservées. Ceci s'inscrit dans le cadre d'une thérapie écosystémique des troubles de la communication dont l'objectif fondamental doit être de faire en sorte que le patient puisse se sentir encore reconnu comme individu communicant pour éviter qu'il ne se laisse trop vite « glisser » et que d'autres facteurs d'origine psychologique ne viennent aggraver le tableau clinique.

Afin d'évaluer les capacités de communication des malades-Alzheimer et de repérer les facteurs influents, l'orthophoniste peut faire passer la Grille d'Évaluation des Capacités de COmmunication : GECCO (Rousseau, 2006). Il s'agit d'un outil informatique d'évaluation pragmatique et écologique des difficultés de communication des patients atteints de maladie d'Alzheimer.

Par ailleurs, un outil d'évaluation de la communication à usage des aidants, le questionnaire de communication aux aidants (QCA), peut être proposé. Ce questionnaire s'inscrit dans l'introduction de la thérapie écosystémique. Par l'intermédiaire de cet outil, l'orthophoniste a ainsi la possibilité de discuter avec l'aidant de la perception des capacités réelles de son proche, voire de rétablir les choses si la perception de l'aidant ne semble pas adaptée. Ainsi, l'aidant prend part à la thérapie, devient un acteur à part entière dans la triade thérapeute/patient/aidant. Une guidance peut être instaurée à partir des modes de fonctionnement du patient et de son aidant.

L'intervention orthophonique

Elle peut être prescrite à différents stades de la maladie, l'approche thérapeutique devant être évolutive et s'adapter aux troubles du patient, à son comportement, à sa motivation, à son histoire personnelle et aux possibilités de coopération avec l'entourage. La prise en charge orthophonique concerne également les troubles de la déglutition.

Intérêt d'une intervention précoce

Il est souhaitable que la prise en charge orthophonique soit mise en place dès que le diagnostic a été posé. Plusieurs études scientifiques ont montré qu'une stimulation des différentes capacités cognitives et communicationnelles atteintes permettait de ralentir le processus irréversible de dégradation. Plus cette intervention thérapeutique sera précoce, plus on pourra maintenir des capacités encore opérationnelles et plus tôt on pourra donner à l'entourage des conseils qui lui permettront d'avoir un comportement adapté, dès les premiers signes de la maladie et éviter ainsi l'apparition de troubles surajoutés.

L'intervention permet, quand c'est possible, de privilégier les approches thérapeutiques non médicamenteuses.

Face aux troubles de la communication et du comportement, l'entourage peut renoncer à communiquer et ne plus considérer le malade comme un partenaire des relations socio-familiales. Le malade peut réagir avec les moyens liés à son état cognitif et présenter des troubles du comportement tels qu'agressivité, cris ou bruits intempestifs ou encore insultes (ces comportements sont donc ici réactionnels à une situation que le malade ne supporte pas) qui peuvent nécessiter de recourir à une prescription médicamenteuse. Ces médicaments (neuroleptiques) n'ont cependant pas qu'un effet sur le comportement perturbateur, ils réduisent aussi toutes les activités motrices et intellectuelles du sujet et peuvent donc précipiter son déclin.

L'approche thérapeutique non médicamenteuse permet d'éviter l'installation de ces troubles réactionnels et donc l'accélération du processus dégénératif.

Rappel

L'intervention est mise en œuvre à partir de l'acte de bilan et l'établissement du diagnostic qui permet d'orienter et d'établir le plan de soins.

Compte tenu de l'hétérogénéité intra et interindividuelle des troubles présentés par les malades-Alzheimer, une évaluation exhaustive doit précéder la prise en charge. Cette évaluation aura pour objectif de repérer les fonctions atteintes mais aussi les fonctions préservées. L'objectif de la thérapie est de maintenir le plus longtemps possible en l'état les fonctions encore préservées. Cette évaluation devra être renouvelée régulièrement compte tenu de l'évolution inévitable des troubles afin notamment d'adapter l'approche thérapeutique.

L'orthophoniste peut avoir recours à des techniques ou des méthodes spécifiques (certaines, validées par des recommandations HAS, sont référencées dans les focus ci-dessous).

L'intervention orthophonique sera mise en place en fonction du diagnostic orthophonique posé lors du bilan et dépendra du malade et du stade d'évolution de la maladie mais aussi du contexte environnemental, en particulier des possibilités d'inclure un membre de l'entourage familial et/ou professionnel. Au début de la maladie la prise en charge peut viser davantage les fonctions cognitives (stimulation cognitive, thérapie cognitivo-comportementale...) puis progressivement les capacités de communication (thérapie écosystémique).

Recommandations professionnelles : diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. (HAS, 2011)

Focus n° 1 : Thérapie écosystémique des troubles de la communication dans la maladie d'Alzheimer

Intervention orthophonique auprès du patient

Au cours de séances individuelles, l'orthophoniste va utiliser des thèmes, des situations, des actes de langage qui vont permettre au patient d'utiliser ceux qu'il peut encore émettre correctement. En revanche, il n'insistera pas sur les actes que l'on sait être généralement émis de façon inadéquate, en partant du principe que, compte tenu de l'irréversibilité de la dégradation, ce qui est perdu aujourd'hui l'est définitivement. En revanche, ce qui fonctionne encore aujourd'hui, risque de moins bien fonctionner dans quelque temps et c'est à ce niveau qu'il faut placer l'effort thérapeutique pour que la dégradation soit la plus lente possible. Parfois, cependant, il sera possible d'essayer d'obtenir des actes "limites" qui appartiennent encore à la compétence du sujet même s'ils semblent avoir disparu de sa performance.

Intervention auprès de l'entourage, familial et/ou professionnel

C'est sans aucun doute à ce niveau que se place principalement la thérapie. Les possibilités d'adaptation du patient étant quasiment inexistantes, c'est à l'entourage que l'on va demander de faire l'effort de s'adapter aux modifications des capacités de communication du malade. On lui demandera de modifier son propre comportement de communication pour qu'il s'adapte à celui du malade dans toutes les circonstances de la vie quotidienne.

FOCUS n° 2 : Interventions portant sur la cognition dans la maladie d'Alzheimer

D'autres approches non médicamenteuses (comme le conseille la HAS) visant plus globalement les fonctions cognitives peuvent être mises en place soit avant la thérapie écosystémique, c'est-à-dire avant que n'apparaissent les troubles de la communication, soit parallèlement. Le thérapeute devra apprécier le moment où il devra changer son approche en se basant sur l'évolution des troubles mais aussi sur le comportement et la réceptivité du malade à son approche thérapeutique. Au début de la maladie une approche de style stimulation cognitive ou cognitivo-comportementale est indiquée, ensuite il faudra introduire progressivement la thérapie écosystémique davantage ciblée vers le patient puis vers le patient et l'entourage et enfin à des stades très avancés essentiellement vers l'entourage.

La stimulation cognitive est une intervention cognitivo-psychosociale écologique (en rapport avec les situations de la vie quotidienne). Les activités proposées sont des mises en situation ou des simulations de situations vécues (trajet dans le quartier, toilette, téléphone, etc.). Elle peut être proposée aux différents stades de la maladie d'Alzheimer et adaptée aux troubles du patient. Son objectif est de ralentir la perte d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne. Le programme comprend un volet pour les patients et un pour les aidants. La prise en charge commencée par les psychologues, ergothérapeutes, psychomotriciens ou orthophonistes est prolongée par les aidants, à domicile ou en institution.

La stimulation cognitive doit être différenciée des séances d'animation, d'ateliers mémoire ou autres à visée occupationnelle.¹

La revalidation cognitive est une méthode de rééducation neuropsychologique visant à compenser un processus cognitif déficient. Elle peut être proposée au stade léger de la maladie d'Alzheimer et jusqu'au stade modéré dans certains troubles dégénératifs focaux. Elle ne se conçoit qu'individuellement.

FOCUS n° 3 : Interventions portant sur le comportement dans la maladie d'Alzheimer (proposées par différents professionnels)

Les symptômes non cognitifs entraînent une détresse ou des comportements à risque. Ils doivent faire l'objet d'une analyse afin d'identifier les facteurs qui peuvent générer, aggraver ou améliorer de tels comportements. La musicothérapie, l'aromathérapie, la stimulation multi-sensorielle, la Reality Orientation, la reminiscence therapy, la thérapie assistée d'animaux, les massages, la thérapie de présence simulée (vidéo familiale) et la luminothérapie pourraient améliorer certains aspects du comportement.

FOCUS n° 4 : Troubles de l'alimentation dans la maladie d'Alzheimer et les syndromes apparentés

Les syndromes démentiels induisent différentes formes de troubles alimentaires. Certains, multi-factoriels, entraînent une dénutrition protéino-énergétique (Cassaigne 2007). Différents mécanismes physiopathologiques complexes de la déglutition peuvent être observés (troubles de la coordination des praxies oro-faciales) en association avec des troubles du comportement (sélectivité, refus, modification des habitudes, agitation, anorexie, hyperphagie...). Ces troubles évolueront en corrélation avec les différents stades de la maladie et pourront conduire à une dysphagie sévère. Ils peuvent accentuer le déclin cognitif du patient. L'accompagnement des aidants sur ce plan sera fondamental en lien avec les nombreux aspects culturels et psychoaffectifs associés à l'alimentation.

¹ NDLR : ces séances ont également un rôle essentiel dans le maintien des capacités relationnelles, cognitives et occupationnelles.

Les autres pathologies neurodégénératives : maladies apparentées à la maladie d'Alzheimer

La symptomatologie dans le champ du langage et de la communication peut être assez proche dans de nombreuses pathologies neurodégénératives apparentées à la maladie d'Alzheimer. Des approches de rééducation et de maintien similaires pourront être mises en œuvre dans le cadre de l'intervention orthophonique.

La démence mixte vasculaire

Cette forme de démence associe des lésions d'origine neurodégénératives et des lésions dues à des antécédents vasculaires.

La démence fronto-temporale

La démence fronto-temporale (DFT) comprend un groupe de troubles neurodégénératifs caractérisés par des changements progressifs du comportement, une dysfonction exécutive et un trouble du langage (*Orphanet, 2014*).

Les aspects neurodégénératifs dans la trisomie 21

L'espérance et les conditions de vie (état de santé) des personnes porteuses de Trisomie 21 se sont considérablement améliorées grâce aux progrès thérapeutiques et à l'amélioration de l'accompagnement. Cet allongement de l'espérance de vie conduit à observer une expression majorée de symptômes apparentés à la maladie d'Alzheimer après l'âge de 45 ans. Des liens étroits génétiques existent entre ces deux pathologies qui entraînent des processus d'accélération du vieillissement avec toutefois une prévalence variable en fonction des études (Till, 2014).

L'aphasie primaire progressive

L'aphasie primaire progressive (APP) est un trouble neurodégénératif caractérisé par une dissolution primaire du langage, avec une préservation relative des autres facultés mentales. On distingue l'APP sémantique, l'APP non fluente, et l'APP logopénique. (*Orphanet, 2014*). L'APP a le statut d'une maladie rare (environ 5/100 000 habitants). Elle est apparentée à la démence fronto-temporale, pour laquelle l'intervention orthophonique est reconnue comme fondamentale dans le cadre des interventions non médicamenteuses.

La démence à corps de Lewy

Cette maladie revêt un aspect symptomatologique intermédiaire entre atteintes corticales et atteintes sous corticales (qui seront présentées dans les chapitres ci-après). Elle représente la deuxième cause de démence du sujet âgé, après la maladie d'Alzheimer. La maladie se manifeste par un déficit cognitif progressif, des troubles de l'attention, des hallucinations (visuelles principalement) et une symptomatologie extrapyramidale. L'évolution est fluctuante et les troubles mnésiques ne sont pas marqués au stade précoce. (*Orphanet, 2003*).

CM2R ou CMRR - Centre Mémoire de Ressources et de Recherche

Les CM2R ont été définis par les plans sur la Maladie d'Alzheimer. Ils ont quatre missions :

- les soins : le CMRR propose des consultations et des hospitalisations de jour destinées au diagnostic, au suivi et à la prise en charge (traitements médicamenteux et non médicamenteux),
- l'enseignement : le CMRR permet de promouvoir la formation des professionnels de santé,
- la recherche,
- la coordination des réseaux de consultation mémoire.



La maladie de Parkinson et autres syndromes apparentés

La maladie de Parkinson (MP) touche plus de 160 000 personnes en France. (Ministère des Affaires Sociales et de la Santé- Journée Mondiale Parkinson, 11 avril 2016).

Les données officielles actuelles fournies par l'ex-InVS (Institut de Veille Sanitaire) donnent une prévalence de 480 pour 100 000 personnes de 40 ans et plus, et une prévalence de 947 pour 100 000 personnes de 60 ans et plus, à partir de données de 2012.

La MP est :

- la cause la plus fréquente de syndrome parkinsonien ;
- la seconde maladie neurodégénérative, après la maladie d'Alzheimer ;
- la seconde cause de handicap moteur d'origine neurologique chez le sujet âgé (après les accidents vasculaires cérébraux) (*Guide du Parcours de Soins HAS juin 2014*).

L'akinésie, autrement dit la réduction de la motricité automatique et volontaire, en l'absence de toute paralysie s'observe dès les premiers stades de la maladie (*Defebvre, 2011*).

Pourtant, dans environ 20 à 30 % des cas, l'apparition de cette akinésie est très progressive, ce qui majore le retard de diagnostic (*Ars, 2011*).

Le tremblement de repos constitue le signe inaugural d'entrée dans la maladie pour 70 % des patients.

Avec l'évolution de la maladie, l'akinésie contraint la personne à commander consciemment de nombreux actes moteurs. Leur réalisation est retardée, maladroite et amène le malade à être de plus en plus économe de ses gestes qui perdent de leur spontanéité. De plus, leur exécution devient coûteuse cognitivement (efforts d'attention, de mémoire...) (*Dujardin et Defebvre, 2002*).

À terme, le patient réalise plus difficilement deux actions simultanées telles que s'habiller et parler (*Defebvre, 2011*).

La rigidité, les troubles de l'équilibre ainsi que des signes associés parmi lesquels des déficits cognitifs discrets ou modérés (présents chez 90 % des patients) affectent également la vie quotidienne.

Il est possible depuis plusieurs années d'améliorer les symptômes des patients atteints par la maladie de Parkinson en stimulant une zone cérébrale profonde. Cette intervention chirurgicale n'est pas cependant accessible à tous les malades et n'est pas indiquée pour tout type de MP.

Évolution de la MP en 5 stades (échelle d'Hoehn et Yahr)

Stade 1 : signes parkinsoniens unilatéraux avec retentissement fonctionnel minimum (stade 1,5 : maladie unilatérale avec atteinte axiale).

Stade 2 : maladie bilatérale ou axiale, sans trouble de l'équilibre (stade 2,5 : atteinte bi-latérale légère avec signes axiaux et retentissement sur le test de la poussée).

Stade 3 : maladie bilatérale, légère à modérée, certaine instabilité posturale, atteinte fonctionnelle significative entraînant une restriction dans les activités, patient physiquement autonome.

Stade 4 : patient sévèrement handicapé, capable de marcher ou de se tenir debout sans aide.

Stade 5 : le patient n'est plus autonome, il ne peut pas se déplacer sans fauteuil roulant ou bien il est alité.

Troubles de la communication et de la déglutition

L'altération des mouvements volontaires tels que l'écriture dans les formes de début unilatéral peut précéder de plusieurs années l'apparition des autres signes moteurs de la MP. C'est pourquoi la micrographie est considérée comme un signe inaugural de la MP (Defebvre, 2011).

La perturbation des mouvements automatiques est plus insidieuse encore que celle des mouvements volontaires. Elle peut intéresser précocement l'expression spontanée du visage qui devient progressivement impassible. On parle d'amimie progressive.

La gestualité des membres supérieurs lors de la conversation est également réduite, perturbant le caractère naturel des échanges. La parole est précocement touchée : monotone et d'intensité de plus en plus faible, elle peut rester toutefois longtemps intelligible et n'alerter ni l'entourage ni le patient lui-même (Defebvre, 2011).

Enfin, les automatismes de la déglutition ne sont pas épargnés, induisant une accumulation de salive en bouche et un bavage (Ars, 2011).

Prévention - Repérage - Dépistage - Intervention précoce

Focus 1 : Dysarthrie

Intervenir avant que la perte d'intelligibilité ne s'installe : travail sur le souffle phonatoire, l'intensité de la voix, le rythme de la parole, l'articulation, lorsque les patients disposent de l'énergie et des habiletés cognitives nécessaires.

Focus 2 : Micrographie

Des exercices de détente des articulations (coudes, poignets, doigts) vont rechercher la restauration de l'amplitude des mouvements, d'un confort d'écriture. Des exercices ciblés de pré-graphisme seront prescrits aux patients pour un entraînement régulier.

Focus 3 : Déglutition

Travailler, le plus tôt possible, alors que la gêne est encore modérée, les repères sensori-moteurs, effectuer un travail sur les praxies bucco-faciales (enchaînement des gestes), mettre en place des adaptations directes (comportement, posture...) et indirectes (temps de repas, ustensiles, textures alimentaires...).

Focus 4 : Troubles cognitifs

Les troubles attentionnels, de la mémoire, des fonctions exécutives (procédures) sont fréquents, apparaissant parfois dès le début de la maladie ou plus tardivement avec un retentissement psycho-social variable suivant que le patient est en activité professionnelle ou retraité.

La dépression, l'effet toxique de certains médicaments antiparkinsoniens peuvent majorer ces troubles (*Dujardin et Defebvre, 2007*).

Intervenir pour mettre en place des stratégies de réapprentissage lorsqu'elles sont possibles ou de suppléance, d'adaptation.

Les autres syndromes parkinsoniens (Atrophie Multi-Systématisée, Paralyse Supranucléaire Progressive, Démence Cortico-Basale...) occasionnent des troubles dans les différents domaines cités, souvent plus sévères et plus précoces, avec une faible réponse aux traitements médicamenteux ; l'intervention orthophonique visera au maintien, le plus possible, des capacités puis à la mise en place d'adaptations dans le domaine de la communication et de la déglutition, en coordination avec l'équipe médicale et paramédicale.

La motivation du patient, le rôle des aidants naturels, l'éducation thérapeutique, la coordination des soins entre les différents professionnels de santé vont jouer un rôle décisif afin que l'intervention orthophonique soit optimale. L'intervention orthophonique participe au maintien ou à l'amélioration de la qualité de vie du patient parkinsonien, tout au long de la maladie, avec la possibilité de pauses (fenêtres thérapeutiques).

Les centres experts Parkinson (Plan Maladies Neurodégénératives 2014-2019- Stratégie Nationale de Santé)

25 centres experts régionaux.

Il existe des centres experts à vocation régionale et centres interrégionaux de coordination pour la prise en charge de la maladie de Parkinson et des syndromes parkinsoniens dans un objectif de parcours de soins et de continuité de la prise en charge.

Quelques points clés (Ars, 2011)

Intervention orthophonique précoce = soins plus efficaces

Dès les premiers signes d'altération vocale, même si l'intelligibilité n'est pas atteinte.

Pour maintenir la qualité de la déglutition (dépistage, information, éducation).

Pour maintenir les capacités d'écriture.

Pour être vigilant à la présence des troubles cognitifs et à leur impact sur les autres troubles et sur la qualité de vie.

Le rythme, la fréquence des séances d'orthophonie, la possibilité de sessions intensives avec des périodes de pauses, seront envisagés en fonction de chaque patient, de ses possibilités, de sa motivation, de l'aide de l'entourage.

Guide du Parcours de Soins - Maladie de Parkinson HAS (2014)

À titre systématique un grand nombre de professionnels sont impliqués dans le parcours de soins de la PcP (Personne cum Parkinson) : médecin généraliste et neurologue ; kinésithérapeute ; orthophoniste ; infirmier ; psychologue clinicien et/ou psychologue à compétence en neuropsychologie (prestation dont le remboursement n'est possible que dans le cadre de structures hospitalières ou de réseaux) ; pharmacien.

Une évaluation précoce par le kinésithérapeute, l'orthophoniste et l'infirmier doit être prescrite avec l'accord de la PcP en amont de la survenue de nouveaux symptômes. Cette évaluation précoce diagnostique les premiers troubles et sert de ligne de base lors de l'évolution de la MP. Elle participe à la mise en place d'un programme de rééducation qui précède et parfois prévient les difficultés à venir.

L'abord sémiologique est fondamental afin de mettre en œuvre le traitement le plus adapté. Le protocole Lee Silverman Voice Treatment (LSVT) est souvent considéré comme une méthode de référence pour la prise en charge de certains symptômes spécifiques durant les différentes phases d'évolution de la MP.

Les troubles de la déglutition sont fréquents, probablement précoces et le plus souvent non identifiés par les patients. Ils sont donc à rechercher systématiquement. Ils concernent toutes les étapes de la déglutition et concernent la salive, les textures liquides et solides. Il faut donc adresser à un orthophoniste pour bilan complet et mise en place des stratégies et des compensations.

Dans la MP, les atteintes cognitives concernent essentiellement les troubles dysexécutifs, l'attention, la mémoire et l'organisation visuo-spatiale. L'orthophoniste peut évaluer et prendre en charge les troubles cognitifs. L'intervention orthophonique précoce permet de lutter contre l'aggravation des troubles et de réduire les impacts fonctionnels des atteintes dans la vie quotidienne. Les prises en charge intensives, limitées dans le temps et renouvelées régulièrement (par cures) sont à privilégier. Les principes d'encouragement et de stimulation maximale sont à retenir. Les objectifs de la rééducation varient selon la sévérité des troubles et l'évolution de la MP.

FOCUS 5 : Éducation Thérapeutique du Patient (ETP)

Cette approche est particulièrement importante dans le cadre de la MP pour le patient et son entourage (cf. p. 32).

La sclérose en plaques

Présentation

La sclérose en plaques (SEP) est une affection auto-immune chronique, inflammatoire et démyélinisante du système nerveux central, responsable d'une dégénérescence neuronale. Elle touche 100 000 personnes en France (et 2 500 personnes de plus par an). Elle est la principale cause non traumatique d'invalidité acquise chez le jeune adulte (*Vermesch, 2008*).

La sclérose en plaques se caractérise par l'apparition successive, erratique et imprévisible de foyers de démyélinisation (appelés « plaques ») qui détruisent la myéline dans la substance blanche du système nerveux central (SNC). Ces plaques sont disséminées au sein du système nerveux où naissent de très nombreux nerfs crâniens (III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI bulbaire, XII) et de la moelle épinière. Il en résulte une altération de la conduction de l'influx nerveux expliquant, selon leur survenue et leur localisation, l'évolution discontinue et la diversité des signes cliniques. Il n'existe pas de marqueur diagnostique spécifique de la maladie. La SEP est une maladie cliniquement hétérogène, dont le diagnostic reste un diagnostic de probabilité, à tel point que quatre critères consensuels, démontrés cliniquement ou par des examens complémentaires (ponction lombaire, potentiels évoqués, IRM), ont été établis.

Typiquement, on observe, dans la symptomatologie de la sclérose en plaques, des troubles isolés ou associés de type moteur (parésies et paralysies), sensoriel (visuels, auditifs, olfactifs) et / ou sensitif (névralgie de la face, troubles de l'équilibre) et non physiques (troubles cognitifs, dépression, fatigue) que nous détaillerons plus loin.

Epidémiologie

Plus fréquente chez la femme que chez l'homme (60 % contre 40 %), la sclérose en plaques affecte surtout des sujets jeunes ayant entre 20 et 40 ans dans 70 % des cas. Elle commence rarement avant 16 ans (5 %) ou après 40 ans (15 %).

Les signes cliniques habituels de la SEP

Dans 45 % à 65 % des cas, un symptôme révélateur apparaît isolément. Les plus fréquents pour inaugurer et révéler l'entrée dans la maladie sont des troubles moteurs, oculaires ou sensitifs qui ont une valeur pronostique péjorative. Mais les différentes manifestations cliniques de la SEP sont multiples et dépendent de l'apparition, de la localisation des lésions et de leur mode d'évolution.

Les troubles cognitifs dans la SEP

En raison, bien souvent, de leur méconnaissance et parce qu'ils ont été fréquemment liés avec les signes de la dépression, les troubles non physiques de la sclérose en plaques n'ont été que récemment explorés et pris en compte (*Vermesch, 2008*).

La fréquence, la nature, la sévérité et l'évolution des troubles cognitifs sont rapportées de manière très variable dans la littérature. Les troubles cognitifs touchent 43 à 70 % des patients SEP avec notamment des troubles de la cognition froide (ralentissement de la vitesse de traitement de l'information), une atteinte des fonctions attentionnelles, exécutives, mnésiques verbales et visuo-spatiales, des troubles thymiques (dépression, anxiété, troubles bipolaires, euphorie, rire et pleurer spasmodiques, alexithymie) et des troubles de la cognition chaude (traitement des émotions, attribution de pensées). L'impact de ces troubles cognitifs dans les activités sociales et professionnelles des patients est démontré et important, comme dans le maintien au travail, la participation aux activités de loisirs, les relations avec les proches. Après une longue durée de maladie, 70 % des patients SEP seraient sans emploi, divorcés ou isolés socialement (*Potet & Erhlé, 2014*).

Spécificité des troubles cognitifs dans la SEP

L'importance des troubles rencontrés fait l'objet d'une très grande variabilité inter et intra-individuelle selon le domaine cognitif considéré. La SEP peut entraîner une détérioration dans certains domaines privilégiés, tels que :

- les capacités attentionnelles ;
- la vitesse de traitement de l'information ;
- la mémoire de travail ;

- la mémoire épisodique ;
- les fonctions exécutives (planification, résolution de problèmes, flexibilité) ;
- le raisonnement abstrait ;
- la mémoire visuo-spatiale ;
- la mémoire verbale ;
- les troubles sociocognitifs ;
- la reconnaissance d'émotions faciales et l'attribution de pensées.

Quelle que soit la forme clinique de la SEP (rémittente-récurrente, progressive d'emblée ou secondairement progressive), les mesures de l'atteinte cognitive les plus robustes concernent la vitesse de traitement de l'information et la mémoire de travail.

Les troubles sociocognitifs semblent fréquents dans la SEP et ont été démontrés pour la reconnaissance d'émotions faciales et l'attribution de pensées (*Banati et al, 2010, Potet & Erhlé, 2014*).

Les difficultés relationnelles et l'isolement social de ces patients pourraient être secondaires à des troubles sociocognitifs tels que la perception et l'identification des émotions, les capacités de théorie de l'esprit et la connaissance des normes sociales.

FOCUS 1 : Troubles cognitifs

La prise en charge cognitive des patients atteints de SEP a mis en évidence le fait qu'une intervention ciblée sur les troubles cognitifs basée sur les principes de compensation, de substitution et d'entraînement, avec une prise en compte des capacités visuo-spatiales, d'organisation, de concentration et de mémorisation (apprentissage de stratégies compensatoires) pouvait avoir un retentissement positif sur d'autres domaines tels que la dépression.

Focus 2 : Dysarthrie

La dysarthrie peut apparaître soudainement ou bien se développer lentement. Il peut s'agir d'une dysarthrie de type paralytique par déficit de la motricité labiale et apicale ou plus rarement de troubles transitoires, de type paroxystique (*Guilloton, 2015*) touchant l'initiation, le contrôle ou la planification du langage sans manque du mot ni trouble moteur associés.

Des exercices ciblés sur la respiration contrôlée ou prolongée, sur le souffle sont proposés parallèlement à un travail de réalisation phonétique, du débit et de l'intonation.

Focus 3 : Troubles sociocognitifs

Les patients SEP présenteraient des troubles décisionnels attribuables à une réactivité émotionnelle pathologique (*Kleeberg et al., 2004*) ; une intervention ciblée sur la gestion des émotions – communication verbale et non verbale – dans les interactions sociales peut être proposée.

Quelques points clés

Le bilan des différentes composantes attentionnelles est un pré-requis à toute proposition de rééducation car ce déficit peut se répercuter sur les autres performances cognitives.

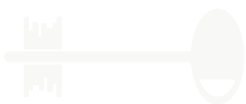
Prescrire des séances de rééducation orthophonique pour maintenir les capacités attentionnelles, mnésiques, la résolution de problèmes, la planification.

La vitesse de traitement de l'information se répercute sur l'ensemble des performances du sujet dans toutes les tâches où une contrainte de temps lui est imposée d'où l'importance des tests permettant d'enregistrer les temps de réaction.

Les centres experts pour la SEP (Plan Maladies Neurodégénératives 2014-2019 - Stratégie Nationale de Santé)

Objectif : 24 centres experts identifiés.

De nombreux établissements de santé, notamment les CHU, ont développé une expertise. Certains collaborent avec les 17 réseaux thématiques SEP aux missions variées, allant de l'expertise à l'accompagnement jusqu'au domicile.



Nota Bene

Les troubles de la déglutition dans la SEP sont assez fréquents et peuvent toucher le temps oral et le temps pharyngé. Des conseils et des axes d'intervention orthophonique seront fréquemment proposés. Se reporter page 27 de cette brochure à la rubrique « déglutition-alimentation dans la SLA » pour les conseils généraux.

La sclérose latérale amyotrophique

Présentation

La Sclérose Latérale Amyotrophique (SLA) est une maladie neurodégénérative qui affecte l'ensemble de la voie motrice volontaire, entraînant une paralysie progressive des muscles des membres, des muscles respiratoires et des muscles bucco-pharyngo-laryngés. La présentation clinique diffère selon les patients en fonction de la topographie de l'atteinte et de la prédominance de l'atteinte centrale ou périphérique. Les formes cliniques initiales les plus évocatrices sont la forme spinale (atteinte des membres supérieurs et/ou inférieurs), qui concerne environ 65 % des patients, et la forme dite bulbaire (atteinte de la sphère oro-pharyngo-laryngée), en réalité à la fois bulbaire et pseudo-bulbaire, qui concerne environ 30 % des patients (*Maugin, 2006*). Au cours de l'évolution, l'atteinte devient plus importante et concerne alors plusieurs secteurs : ainsi, environ deux tiers des patients évoluent vers une forme dite mixte, à la fois spinale et bulbaire de la maladie. La plupart des cas sont des formes sporadiques, mais 10 % des cas sont des formes familiales. Les hypothèses étiologiques restent à ce jour indéterminées.

Si l'atteinte motrice est au premier plan, on a aussi décrit des troubles cognitifs associés (*Phukan et al, 2007*). Ces troubles atteignent les critères de démence fronto-temporale chez 5 à 10 % des patients, avec le plus souvent des troubles du comportement (apathie, comportements répétitifs, agitation) et des troubles du raisonnement et du jugement ; des troubles cognitifs légers à modérés sont décrits chez 40 % des patients environ, portant principalement sur les fonctions exécutives (planification, organisation, flexibilité mentale, inhibition) et les fonctions attentionnelles. L'étude de ces troubles cognitifs est rendue difficile par l'atteinte motrice, et la sévérité de l'atteinte cognitive est parfois masquée.

FOCUS 1 : La SLA en quelques chiffres

Prévalence : 7 cas pour 100 000 habitants (environ 4 000 cas en France actuellement).

Incidence : 1,5 cas pour 100 000 habitants.

Âge de début de la maladie : 60 ans.

Médiane de survie : 40 mois.

Facteurs pronostiques péjoratifs : atteinte respiratoire, forme à début bulbaire, âge de début tardif, dénutrition.

Lorsqu'elle touche la sphère oro-faciale (forme dite bulbaire de la maladie), la SLA entraîne :

- une dysarthrie dite mixte (à la fois flasque, en rapport avec l'atteinte bulbaire périphérique, et spastique, en rapport avec l'atteinte pseudobulbaire centrale) : l'articulation devient imprécise, notamment pour les consonnes, on note une hypernasalité, une diminution des variations prosodiques, un ralentissement du débit, le tout entraînant une perte d'intelligibilité ;
- une dysphonie avec une voix de faible intensité, fatigable, avec peu de modulations, parfois serrée et chevrotante ;
- des troubles de déglutition avec une difficulté à mastiquer et à déglutir certains aliments et la présence de fausses routes, et des troubles de la sécrétion salivaire (hypersialorrhée le plus souvent).

L'intervention d'un orthophoniste est alors requise pour accompagner le patient et son entourage.

L'intervention orthophonique

Comme pour toute intervention, l'orthophoniste effectue tout d'abord un bilan orthophonique, qui permet de réaliser un état des lieux des capacités préservées, du degré d'altération des fonctions de déglutition et de communication, mais aussi du retentissement de ces éléments sur le quotidien du patient et de son entourage. Ce premier bilan est la base de l'élaboration de l'intervention. L'orthophoniste réalise un examen de la motricité bucco-faciale, de la respiration et de la toux, de la voix, de la parole, du langage et de la communication, de la déglutition. Cette évaluation sera renouvelée régulièrement afin d'ajuster au mieux l'intervention à l'évolution de la maladie.

Au cours du suivi, l'orthophoniste aura à la fois un rôle de surveillance de l'évolution de l'atteinte bulbaire, mais aussi de soutien auprès du patient et de son entourage (prévention de l'épuisement des aidants), et de lien avec les autres professionnels prenant en charge le patient. L'intervention orthophonique dans le contexte de la SLA est d'emblée palliative ; elle vise un entretien fonctionnel mais ne peut prétendre viser une récupération.

Travail moteur

En début de prise en charge, le travail est actif, avec la réalisation de mouvements bucco-faciaux en précision, sans répétition de mouvements afin d'éviter la fatigue. Des temps de relaxation sont proposés afin de limiter la spasticité, d'améliorer la proprioception et d'apporter un meilleur confort au patient. Lorsque la maladie évolue, les mobilisations deviennent passives.

Communication, voix, parole et langage

Objectif : maintenir les possibilités de communication du patient jusqu'au terme de l'évolution de la maladie.

Après avoir explicité le mécanisme phonatoire, le travail de la voix s'oriente vers une utilisation optimale des capacités respiratoires du patient en phonation, en évitant tout forçage. L'affaiblissement des muscles oro-faciaux entraîne une perte progressive des capacités articulatoires. Après avoir pris conscience des mouvements nécessaires à l'articulation, on cherche à trouver des points articulatoires qui restent fonctionnels. Lorsque la dégradation de la parole devient plus importante, l'orthophoniste propose divers moyens de compensation. En cas de troubles du langage, lorsque le patient présente une atteinte cognitive, des adaptations spécifiques sont proposées, en lien avec l'entourage du patient (Lévêque, 2012).

Focus 2 : Communication

Dès que l'on constate une perte d'intelligibilité en lien avec la dysarthrie, il est nécessaire de proposer un (ou des) outil(s) permettant de maintenir la communication.

Si le patient ne présente pas d'atteinte au niveau des membres supérieurs, l'écriture peut être utilisée, parfois de façon très efficace et suffisante. En cas d'atteinte au niveau des membres supérieurs gênant l'écriture, ou lorsque le patient le souhaite, l'utilisation d'un tableau alphabétique peut être proposée, permettant, même en cas d'incapacité motrice sévère, de maintenir une communication, par épellation des mots lettre à lettre et par désignation de messages préparés sur des fiches.

Ces outils rudimentaires peuvent trouver un emploi facilité et amélioré en étant présentés sur les supports informatisés (ordinateur, tablette tactile, smartphone, outils spécifiquement dédiés à la communication). La saisie du message peut être aidée par un accès adapté à l'informatique (contacteur, clavier et souris virtuels, désignation par le clignement de l'œil voire par le regard, etc.). Les arborescences peuvent alors être développées, complétées, les messages peuvent être préparés à l'avance, transmis par différents supports (courriel, SMS, etc.), et le patient peut avoir un retour sonore de sa production (synthèse vocale).

Déglutition - alimentation

Objectifs : limiter l'encombrement lié aux fausses routes, maintenir les apports nutritionnels.

L'orthophoniste présente les mécanismes physiologiques de la déglutition puis propose un travail de motricité bucco-faciale spécifique. En fonction des difficultés du patient, une adaptation des textures alimentaires est proposée (Grand, 2011).

Pour les liquides, on privilégie des préparations :

- « naturellement » épaisses (nectars de fruits, smoothies, soupes froides, etc.) et/ou épaissies à l'aide de poudres épaississantes, afin de limiter la vitesse de progression buccale et pharyngée ;
- favorisant les sensations buccales : contrastées en température (le plus souvent bien froides), ayant du goût et/ou gazeuses.

Pour les solides, on privilégie :

- les aliments de texture tendre (steak tartare plutôt que steak entier par exemple) ;
- les aliments de texture homogène (gaspacho de betteraves plutôt que betteraves en cubes par exemple).

On évite :

- les aliments en grains ou qui s'émiettent (choisir une purée de lentilles plutôt que des lentilles entières, du pain brioché plutôt que des biscottes par exemple) ;
- les aliments durs qui entraînent une fatigue musculaire liée à la mastication (choisir du poisson plutôt que certaines viandes) ;
- les aliments collants, difficiles à mobiliser et à déglutir (choisir du fromage frais ou du camembert fondu mélangé à une purée de pommes de terre plutôt qu'un morceau de camembert avec du pain par exemple).

On incite le patient à prendre de petits volumes pour chaque bouchée/gorgée (équivalant à une cuillère à café, voire moins). Les repas peuvent être fractionnés afin de limiter la fatigue musculaire liée à la mastication et à la déglutition (dessert pris une heure après la fin du repas par exemple, collations dans l'après-midi et en soirée, etc.). Des traitements limitant l'hypersialorrhée sont proposés.

Focus 3 : Gastrostomie

L'alimentation par voie entérale, le plus souvent par une sonde de gastrostomie, doit être envisagée dès que l'on observe **l'un** des éléments suivants (*Lehéricy et al, 2011*) :

- **perte de poids** (5 % du poids de forme perdu en un mois ou 10 % en trois mois) ;
- ou** - **les repas deviennent longs** (45 minutes à 1 heure), fatigants, pénibles ;
- ou** - **des fausses routes.**

L'objectif de la mise en place précoce d'une sonde de gastrostomie est de limiter la dénutrition et les éléments délétères qui y sont associés (fatigue, sensibilité aux infections, perte de poids entraînant prioritairement une augmentation de la fonte musculaire, etc.), en évitant que l'état général soit dégradé et que le geste soit moins bien supporté.

Ainsi, le patient doit être informé suffisamment tôt de l'existence de cette technique afin de pouvoir en comprendre l'intérêt et de parcourir le nécessaire chemin de l'acceptation de la mise en place de cette sonde. Il est notamment important d'insister sur le fait que l'alimentation per os en complément de l'alimentation entérale reste possible. Idéalement, l'alimentation entérale est d'abord un complément à l'alimentation per os puis elle prend une part plus importante lorsque cette dernière devient plus difficile.

L'atteinte bulbaire dans la SLA entraîne des difficultés de parole - communication et de déglutition - alimentation : l'orthophoniste accompagne le patient et son entourage dans ces deuils de l'oralité.

Dans le contexte de la SLA, l'intervention orthophonique s'inscrit nécessairement au sein d'une prise en charge pluri-professionnelle, dans laquelle les échanges et la coordination des soins sont au premier plan.

Les centres experts SLA

En 2002, 17 centres SLA ont été créés en France par le ministère de la Santé, en lien avec l'Association pour la Recherche sur la SLA et autres maladies du motoneurone (ARS, devenue depuis ARSLA).

Les centres SLA ont pour mission de favoriser l'accès au diagnostic, d'organiser la prise en charge multidisciplinaire des patients, d'être un lieu de conseil, de ressources, d'orientation et de formation des étudiants et des professionnels prenant en charge ces patients. Les centres SLA participent aussi à la recherche sur la maladie.

Différents professionnels interviennent auprès du patient au sein des centres SLA : neurologue, infirmier, aide-soignant, ergothérapeute, diététicienne, orthophoniste, kinésithérapeute, psychologue, assistante sociale. Ils peuvent être sollicités par les praticiens de ville.

Epilepsie chez la personne âgée

Présentation

Un tiers des crises d'épilepsie surviennent à partir de 60 ans. La maladie est difficilement identifiable en raison des multi-pathologies associées d'origine neurologique et/ou vasculaire bien souvent. On parle d'épilepsie du sujet âgé lorsqu'au moins deux crises d'épilepsie non provoquées surviennent en l'espace de 24 heures, chez des personnes de plus de 65 ans.

Les épilepsies tardives résultent de plusieurs causes, identifiées dans 70 % des cas. L'étiologie la plus fréquente concerne la pathologie vasculaire cérébrale (40 %) et les syndromes démentiels. Parfois, les tumeurs cérébrales sont accompagnées de manifestations neurologiques comme une pression intracrânienne et des crises d'épilepsie sont engendrées, entraînant alors un déficit neurologique.

L'épilepsie représente une complication méconnue et sous-estimée des pathologies démentielles en général et de la maladie d'Alzheimer en particulier. Si les crises partielles prédominent chez les sujets âgés non déments, il n'est pas rare de rencontrer des crises généralisées (tonico-cloniques, myocloniques...) chez les patients déments.

Par ailleurs, plusieurs pathologies non neurologiques peuvent prendre l'expression prédominante d'une crise d'épilepsie (*Mahmoudi et al, 2009*). C'est pourquoi il n'existe pas de stratégie permettant d'éliminer formellement une possible épilepsie au profit d'un des grands diagnostics différentiels fréquents chez la personne âgée. Une anamnèse avec prise en compte des symptômes, des maladies concomitantes et des descriptions de l'entourage ou des soignants est plus que pertinente et une IRM, surtout après une première crise doit être prescrite.

FOCUS 1 : Synthèse des étiologies

Lésions séquellaires de type traumatisme crânien ou hémorragie cérébrale.

Tumeur cérébrale.

Démence, en particulier la démence de type Alzheimer.

Abus d'alcool et de médicaments.

Inflammations.

Prise de certains médicaments (par ex. psychotropes, antibiotiques).

La sémiologie des crises d'épilepsie chez la personne âgée, peut se manifester par un malaise avec perte de connaissance dans 1 à 3 % des cas, des chutes, des épisodes confusionnels, des troubles mnésiques paroxystiques, des symptômes sensoriels ou sensitifs, un déficit neurologique critique ou postcritique isolé, un trouble psychiatrique ou une agitation nocturne.

FOCUS 2 : Synthèse des troubles

Les troubles relevés après la crise sont relativement fréquents. Il peut s'agir de troubles de l'élocution ou autres troubles fonctionnels, états de confusion pouvant durer plusieurs jours, autant de symptômes couramment observés lors de la prise en charge.

Ces troubles cognitifs sont souvent multifactoriels, en rapport avec : 1) le type de lésion, l'évolutivité ; 2) les manifestations cliniques du foyer épileptique ; 3) les traitements antiépileptiques administrés ; 4) l'impact psychosocial de la maladie (*Volpe-Gillot, 2007*).

Le diagnostic formel ne peut pas toujours être posé au regard des difficultés liées aux spécificités du sujet âgé, à savoir :

- les comorbidités et polymédication ;
- les difficultés de l'interrogatoire ;
- les difficultés liées à l'interprétation des données des examens complémentaires.

Conduite à tenir

Il faut envisager :

- un bilan étiologique pour rechercher une cause ;
- une prise en charge thérapeutique et psychosociale, tant les conséquences médico-sociales de l'épilepsie peuvent être néfastes chez ces patients (*Volpe-Gillot, 2007*) ;
- la prise en charge thérapeutique est guidée par la préservation de l'autonomie. L'approche au cas par cas doit tenir compte du contexte cognitif, des pathologies associées, des interactions médicamenteuses et de la tolérance globale du traitement antiépileptique (*Toffol et Hommet, 2007*).

L'Éducation Thérapeutique du Patient

L'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie ainsi que celle de son entourage. Depuis la loi HPST (2009), elle s'inscrit dans le parcours de soins des patients sous le contrôle des Agences Régionales de Santé. L'outil en ligne OSCARS (Observation et Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé) permet de rechercher les programmes d'ETP régionaux autorisés (www.oscarsante.org).

Selon l'OMS (1998), (...) « L'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) est un processus continu, intégré dans les soins et centré sur le patient. Il comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, l'hospitalisation et les autres institutions de soins concernées, et les comportements de santé et de maladie du patient. Il vise à aider le patient et ses proches à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre le plus sainement possible et maintenir ou améliorer la qualité de vie. »

Dans le cas des maladies neurodégénératives, les programmes d'ETP permettent également aux patients et à leurs aidants d'aborder individuellement ou collectivement leur maladie, leurs traitements et les adaptations nécessaires du quotidien selon leurs handicaps.

Les thématiques de la communication, de la déglutition ou des difficultés cognitives sont abordées dans des ateliers proposés par des orthophonistes à l'issue d'un bilan éducatif partagé.

L'accompagnement, la qualité de vie et la place de l'aidant

Présentation

Les maladies neurodégénératives dans leur ensemble et particulièrement la maladie d'Alzheimer génèrent beaucoup d'angoisse, de craintes ; ce sont des maladies qui font peur en particulier parce qu'elles touchent l'homme précisément dans ce qui fait qu'il est humain : ses capacités intellectuelles, ses capacités de communication, ses capacités relationnelles, son comportement et « l'oralité ».

Une des conséquences de cette peur et de l'image que représente la maladie pour beaucoup est que le malade risque d'être exclu des relations familiales, sociales et de se retrouver isolé, ou en tout cas mis à l'écart, donc aussi privé de toute stimulation. Or, il a été mis en évidence que les capacités qui ne sont plus sollicitées, chez ces malades en particulier, ont tendance à disparaître plus rapidement. Ce qui revient à dire que tout cela risque d'accélérer le processus pathologique.

Il est donc important que l'équilibre du système familial, entre autres, ne soit pas complètement et définitivement rompu et que le maintien des différentes fonctions soit favorisé. Pour cela il faut que l'entourage (familial et/ou professionnel) s'adapte, intègre les changements inévitables et se dise qu'une vie différente est possible, que les relations avec le malade vont être modifiées mais pas impossibles.

Pour maintenir ces fonctions fondamentales (communication, oralités, cognition...), une intervention orthophonique est nécessaire.

Réalisation de l'intervention orthophonique auprès des aidants et/ou de l'entourage

- Accueil de l'entourage et/ou des aidants naturels.
- Formation de l'entourage et/ou des aidants naturels en vue de l'utilisation écologique de moyens de communication adaptés au patient et à ses troubles.
- Formation de l'entourage aux gestes techniques liés au patient et à ses troubles.
- Formation de l'entourage à des techniques et des actions favorisant la communication avec le patient.
- Fabrication ou adaptation d'outils de soins et de supports spécifiques avec l'entourage.
- Fabrication de supports d'information et de recommandations aux aidants et/ou à l'entourage.

Transmission d'informations et de recommandations aux aidants et/ou à l'entourage, notamment les aidants professionnels intervenant auprès du patient

- Réalisation d'actions favorisant l'adaptation du patient à son environnement.
- Information sur les aides matérielles et financières.
- Orientation vers une personne et /ou une structure ressource.
- Réalisation de documents accompagnant les demandes de compensation, d'aides matérielles et financières.

Accompagnement en milieu professionnel

- Mise en situation et entraînement à l'utilisation d'outils spécifiques.
- Liaisons permanentes avec les intervenants du milieu professionnel, institutionnel ou social du patient dans le respect du secret professionnel.



Soins palliatifs et orthophonie

L'intervention orthophonique en soins palliatifs s'inscrit dans une démarche pluriprofessionnelle et interdisciplinaire permettant l'accompagnement du malade et de sa famille. Les soins en général et orthophoniques en particulier, qui sont dispensés, sont des soins actifs dans une approche globale de la personne en tenant compte des symptômes pénibles dont la douleur qui constitue un élément clé. Le malade se trouve placé au cœur d'un système centré sur lui. L'intervention orthophonique auprès des malades en soins palliatifs, consiste à essayer de mettre en œuvre nos compétences professionnelles pour les accompagner jusqu'au bout de leur vie en leur apportant le plus grand confort dans la communication et l'alimentation.

Focus 1

Maintien des capacités de communication verbale (articulation, intégrité buccale, phonation...).

Limiter les efforts.

Adaptation d'outils de communication verbale et non-verbale : mise en place de moyens complétifs, supplétifs et alternatifs adaptés à chaque patient.

Focus 2

Adaptation des conditions d'alimentation/hydratation :

- stimulations oro-faciales (chaud/froid, massages faciaux, praxies...), respiration ;
- recherche d'une posture de confort et de sécurité, fractionnement des repas ;
- réévaluation régulière des textures proposées ;
- évaluation de la poursuite d'une alimentation per os sécurisée et/ou plaisir.

Focus 3

Dans le cas de troubles de la mémoire, mise en place d'outils d'aide :

- à l'orientation temporo-spatiale ;
- au rappel de faits récents (visites, événements familiaux...).

Focus 4

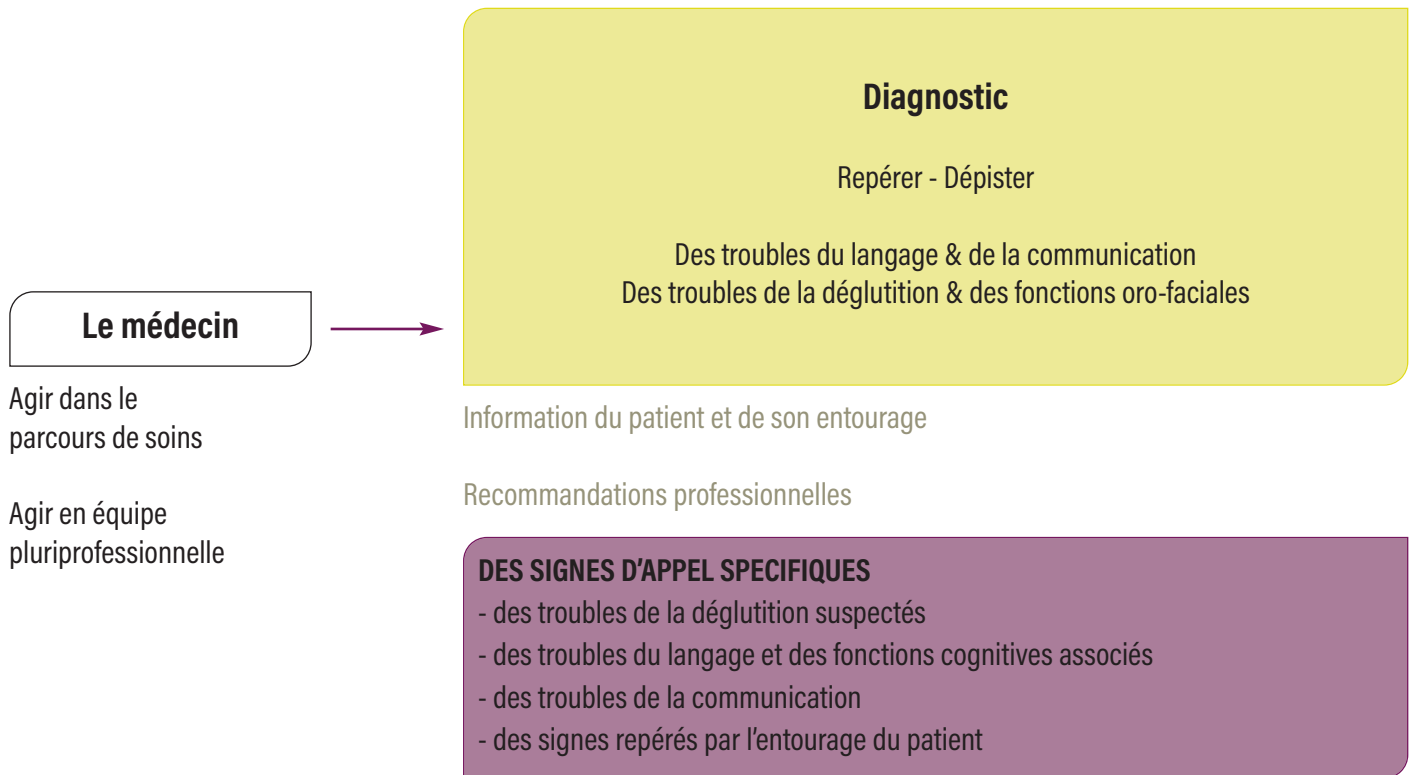
Prise en compte des phénomènes douloureux.

Transmission aux équipes pluriprofessionnelles ainsi qu'aux aidants naturels, de techniques orthophoniques dans les domaines de la communication verbale et non-verbale, de l'alimentation/hydratation.

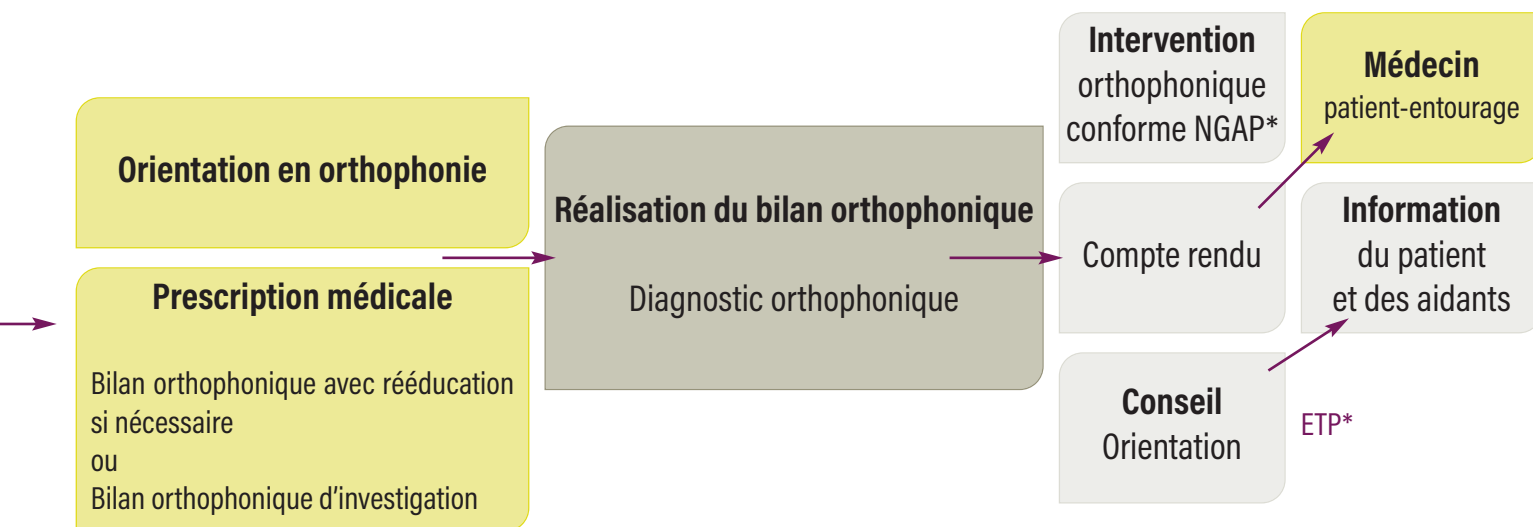
Participation aux décisions consensuelles interdisciplinaires.

La démarche de repérage et de dépistage

Différents outils d'évaluation à usage des médecins existent, à destination des patients et/ou de leurs aidants.
(cf. les références évoquées pour chaque pathologie).



Nous vous proposons dans ce chapitre un arbre décisionnel qui favorise le repérage simplifié de différents symptômes accompagnant les maladies neurodégénératives nécessitant une orientation vers une intervention orthophonique.



*NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

*ETP : Education Thérapeutique du Patient

Repérer - Dépister - Diagnostiquer

Manifestation des premiers signes

Manifestation de **nouveaux signes** /
évolution de la maladie

Rôle des

Repérer / Aider /

Maladie d'Alzheimer (p. 9)

3 niveaux d'atteinte :

- **atteinte légère** : manque du mot ;
- **atteinte moyenne** : difficultés importantes de communication, différentes modalités de langage sont touchées ;
- **atteinte sévère** : mutisme, jargon, incohérence...

Intérêt d'une intervention orthophonique précoce dès les premiers signes

Certains troubles du comportement et des conduites alimentaires peuvent être améliorés par l'intervention orthophonique.

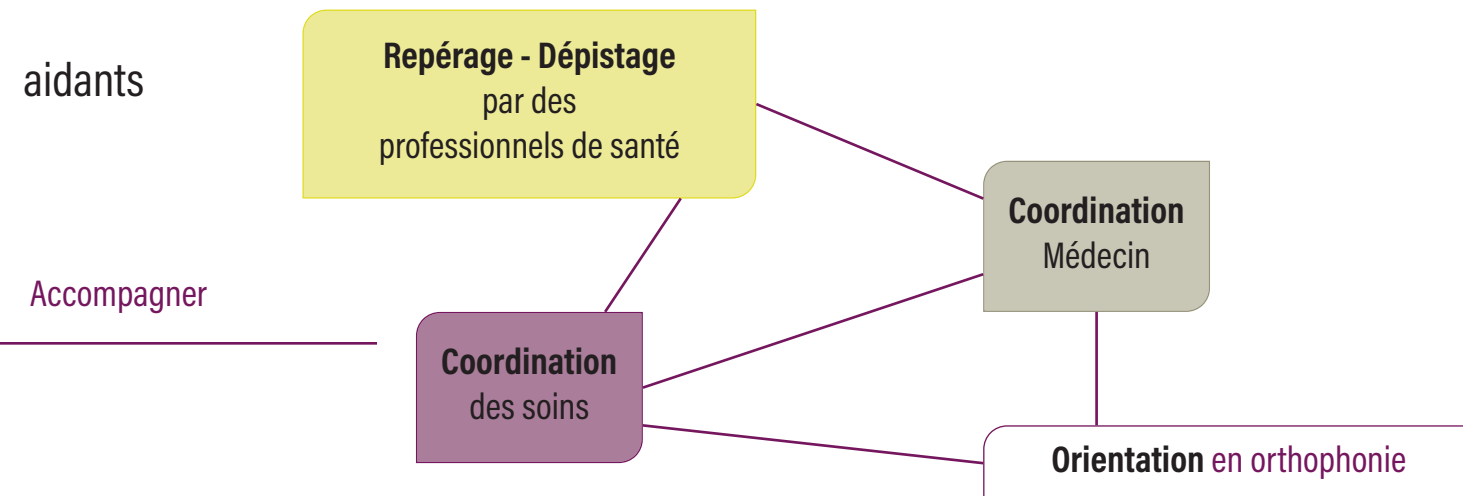
L'orthophoniste a recours à des techniques ou des méthodes spécifiques (cf. les recommandations HAS).

Maladie de Parkinson (p. 16) une évolution en 5 stades

Intervention orthophonique précoce = soins plus efficaces

- Dès les premiers signes d'altération vocale, même si l'intelligibilité n'est pas atteinte.
- Pour maintenir la qualité de la déglutition (dépistage, information, éducation).
- Pour maintenir les capacités d'écriture.
- Pour être vigilant à la présence des troubles cognitifs et à leur impact sur les autres troubles et sur la qualité de vie.

* Guide du Parcours de Soins-Maladie de Parkinson HAS (2014)



La sclérose en plaques (p. 21)

Le bilan des différentes composantes attentionnelles est fondamental car ce déficit peut se répercuter sur les autres performances cognitives.

Les séances de rééducation orthophonique permettent de maintenir les capacités attentionnelles, mnésiques, la résolution de problèmes, la planification.

La vitesse de traitement de l'information se répercute sur l'ensemble des performances du sujet.

L'intervention orthophonique permettra le maintien des fonctions oro-faciales pour favoriser les mécanismes de déglutition, l'expressivité du visage et l'articulation de la parole.

La sclérose latérale amyotrophique (p. 25)

Lorsqu'elle touche la sphère oro-faciale (forme dite bulbaire de la maladie), la SLA entraîne :

- une dysarthrie ;
- une dysphonie ;
- des troubles de déglutition avec une difficulté à *mâcher* et à *déglutir* certains aliments, des *fausses routes*, et des troubles de la sécrétion salivaire.

L'intervention orthophonique favorisera le maintien de la communication (intelligibilité de la parole, moyens augmentatifs ou alternatifs...) et l'adaptation de l'alimentation.

L'intervention d'un orthophoniste est requise pour accompagner le patient et son entourage en coordination avec l'ensemble de l'équipe de soins.

Conseils destinés à l'entourage du patient

Votre proche a du mal à suivre une conversation

(comprendre, trouver les mots, construire une phrase, garder le cap du discours...).

- Parler lentement et favoriser le calme et le confort dans les situations de communication.
- Laisser à votre proche suffisamment de temps pour répondre.
- Éviter de parler à sa place.
- Privilégier les situations de communication "à deux".
- Prendre en compte les actes de communication de votre proche sans penser qu'a priori ils sont incohérents.
- Utiliser les mêmes mots, phrases, références dans la vie quotidienne.
- Utiliser si nécessaire plusieurs canaux de communication et favoriser leur utilisation par votre proche.

Votre proche a du mal à se faire entendre et à articuler.

- Adapter l'environnement sonore (limiter les bruits de fond).
- Faciliter les situations de communication :
 - être attentif aux actes de parole ;
 - prévenir les interlocuteurs ;
 - aider la personne à utiliser des moyens complémentaires de communication (amplificateur, écrit, pictogrammes, photos...).
- Tenir compte de la fatigabilité de la personne.

Rappel : Des troubles du comportement alimentaire peuvent être constatés et nécessiter des adaptations spécifiques.

Parlez-en à l'équipe de soins.

Ces conseils sont généraux et doivent être adaptés à chaque personne en fonction du tableau clinique et surtout de l'évolution de la maladie.

Votre proche est en difficulté lors des temps de repas

Attention aux conseils médicaux et rééducatifs donnés !

- Environnement :
 - *calme ;*
 - *éviter la distractibilité ;*
 - *adaptation des couverts/aide à l'installation de la personne.*
- Textures alimentaires*.
- Postures d'aide et de facilitation*.

*Se reporter aux recommandations des professionnels de santé.

Votre proche a du mal à être autonome dans son environnement.

- Mise en place de repères visuels pour faciliter les déplacements.
- Tenir compte de la présence éventuelle de troubles neuro visuels (champ de vision...).
- Préserver la participation aux échanges et aux activités.
- Aider la personne à mettre en place et à utiliser (quand c'est possible et en fonction des recommandations) des outils technologiques adaptés aux difficultés.

Ressources

Sites internet

Alzheimer

www.francealzheimer.org

Parkinson

www.franceparkinson.fr

SEP

www.sclerose-en-plaques.apf.asso.fr

L'UNISEP

<http://www.unisep.org/>

la Ligue contre la SEP

<http://www.ligue-sclerose.fr/>

La fondation pour l'aide à la recherche sur la SEP constitue également pour les professionnels une ressource potentiellement très utile

<https://www.arsep.org/>

SLA

<http://portail-sla.fr>

www.sla-pratique.fr

www.arsla.org

Épilepsie

www.fondation-epilepsie.fr

Diverses pathologies : Orphanet

www.orpha.net

ETP

www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp

Soins palliatifs

Site de La Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs : www.sfap.org

Revue

Rééducation Orthophonique, n° 251, dirigé par Didier Lerond, orthophoniste.

Bibliographie

- Ars, M. (2011). *Outil d'information sur la prise en charge orthophonique dans la maladie de Parkinson, pertinence et les neuro* (Mémoire pour l'obtention du CCO). Université de Bordeaux-Ségalen.
- Banati, M., Sandor, J., Mike, A., Illes, E., Bors, L., Feldmann, A. (2010). Social cognition and Theory of Mind in patients with relapsing-remitting multiple sclerosis. *Eur J Neurol*, 17(3), 426-433.
- Cassaigne, P. (2007-2008). *Arrêt éventuel de l'alimentation en phase évoluée de Maladie d'Alzheimer, « Pourquoi et comment l'aborder avec la famille et les soignants »* (Mémoire pour le D.I.U. Formation pluridisciplinaire à la prise en charge de la Maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés). Université d'Albi.
- Cavois, A., Rousseau, T. (2008). Création d'un questionnaire dans le cadre de l'approche écosystémique. Comment l'aidant principal apprécie-t-il les capacités communicationnelles de son proche atteint de maladie d'Alzheimer ? *Glossa*, 105, 20-36.
- Defebvre, L. (2011). Les signes moteurs. In L. Defebvre, M. Vérin (Eds), *La maladie de Parkinson, monographie de neurologie*, 2ème édition, (pp. 47-64). Issy-Les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Derambure, P. (2009). Symptomatologie des crises d'épilepsie du sujet âgé. *Epilepsies*, vol. 21, n° 3, juillet-août-septembre 2009.
- De Toffol, B., Hommet, C., Mondon, K., et al. (2007). Les événements non épileptiques psychogènes chez le sujet âgé. *Psychol Neuropsychiatr Vieil*, 5 (NS1), S41-56.
- Demaille-Wlodyka, S., Donze, C., Givron, P., Gallien, P., the ETP Sofmer Group (2011). Self care programs and multiple sclerosis : Physical therapeutics treatment - literature review. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 54 (2), 109-128. doi.org/10.1016/j.rehab.2011.01.003.
- Dujardin, K., Defebvre, L. (2002). *Neuropsychologie de la maladie de Parkinson et des syndromes apparentés*. Paris : Elsevier Masson.
- Grand, S. (2011). Sclérose latérale amyotrophique : la prise en charge orthophonique. In V. Woisard-Bassols, M. Puech (Eds), *La réhabilitation de la déglutition chez l'adulte*. Marseille : Solal.
- Guilloton, L., Pernot, AL., Montaigu, E., Sabetta, A., De Charry, C., Landreau, I., Drouet, A. (2015). Dysarthrie paroxystique et ataxie : des manifestations rares de la sclérose en plaque. *Revue Neurologique*, 171 (S1).
- HAS (2011). *Recommandations professionnelles : diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées*. Saint-Denis : HAS. www.has-sante.fr.
- Kleeberg, J., Bruggimann, L., Annoni, J. M., van Melle, G., Bogousslavsky, J., Schlupe, M. (2004). Altered decision-making in multiple sclerosis : a sign of impaired emotional reactivity ? *Ann Neurol*, 56 (6), 787-795.
- Lehéricey, G., Le Forestier, N., Dupuis, L., Gonzalez-Bermejo, J., Meininger, V., Pradat, P.F. (2011). Prise en charge nutritionnelle dans la sclérose latérale amyotrophique : un enjeu médical et éthique. *Presse Médicale*, 41, 560-574.

- Lévêque, N. (2012). La dysarthrie dans la Sclérose Latérale Amyotrophique (SLA) : prise en charge des troubles segmentaux et suprasegmentaux. In *Entretiens d'orthophonie 2012* (pp. 63-69). Paris : Expansion Scientifique Française.
- Mahmoudi, R., Dramé, M., Novella, J.L. (2009). Diagnostic différentiel des crises d'épilepsie du sujet âgé. *Épilepsies*, 21(3), 226-231.
- Maugin, D. (2006). Quels sont les signes cliniques classiques et inhabituels devant faire évoquer une sclérose latérale amyotrophique (SLA) ? *Revue Neurologique*, 162, Hors-série 2, 4S14-4S16.
- Ory Magne, F., Arcari, C., Canivet, C., Sarraill, M., Fabre, M.-H., Mohara, C., Brefel Courbon, C. (2014). A therapeutic educational program in Parkinson's disease : ETPARK. *Revue Neurologique*, 170(2), 128-133.
- Phukan, J., Pender, N.P., Hardiman, O. (2007). Cognitive impairment in amyotrophic lateral sclerosis. *Lancet Neurology*, 6, 994-1003.
- Potet, A., Erhlé, N. (2014). Jugements moraux et conventionnels dans la sclérose en plaques. In P. Gatignol et A.C. Dupont (Eds), *Emotions, Cognition et Communications* (pp. 88-102). Isbergues : Ortho Edition.
- Rault, J. (2013). Vers une éducation thérapeutique autour des risques liés à l'alimentation chez le patient porteur de sclérose latérale amyotrophique. *Glossa*, 113, 119-126.
- Rousseau, T. (2011). *Maladie d'Alzheimer et troubles de la communication*. Paris : Elsevier Masson.
- Rousseau, T. (2013). *Communiquer avec un proche Alzheimer. Comprendre, déculpabiliser, maintenir un lien*. Paris : Eyrolles.
- Rousseau, T. (2007). *Communication et maladie d'Alzheimer. Evaluation et prise en charge*. 3ème édition . Isbergues : Ortho Edition.
- Rousseau, T. (2006). *Evaluation cognitive, évaluation des capacités de communication, thérapie écosystémique des troubles de la communication : Gecco* (CD rom). Isbergues : Ortho Edition.
- Thomas, P. (2002). États confusionnels et épilepsie. *Rev Neurol*, 158, 27-32.
- Till, M. (2014). Centre National de Référence sur la déficience intellectuelle de cause rare - séminaire de formation "la transition enfant - adulte dans la déficience intellectuelle. 6/6/2014."Suivi des adultes Trisomiques 21 intérêt d'un suivi "spécifique" prévention du sur-handicap". CH St. Joseph St Luc REFLET 21 Lyon. <http://deficience-intellectuelle.univ-lyon1.fr/fr>.
- Vermeesch, P. (2008). *La sclérose en plaques débutante*. Collection : Pathologie-Science-Formation. Montrouge : John Libbey Eurotext.
- Volpe-Gillot, L. (2007). Troubles cognitifs, démence et épilepsies. *Psychologie & Neuropsychiatrie du vieillissement*, 5, supplément 1, numéro spécial : Epilepsie du sujet âgé.
- Waldorff, F.B., Buss, D.V., Eckermann, A., Rasmussen, M.L. H., Keiding, N., Rishøj, S., Siersma, V., Sorensen, J. (2012). Efficacy of psychosocial intervention in patients with mild Alzheimer's disease : the multicentre, rater blinded, randomised Danish Alzheimer Intervention Study (DAISY). *BMJ*, 345, e4693. doi : <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e4693>.







