

**Efficacité de thérapies cognitives et cognitivo-linguistiques sur les activités de la vie quotidienne et sur la qualité de vie de personnes présentant une maladie d'Alzheimer : une revue de la littérature**

Sophie CHESNEAU\*, Myriam VENNE\*\*

\* PhD, Université du Québec à Trois-Rivières, Centre de recherche de l'Institut Universitaire de Gériatrie de Montréal

\*\* MSc, Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, CO clinique d'évaluation et de traitement à Joliette

**Auteur de correspondance** : [sophie.chesneau@uqtr.ca](mailto:sophie.chesneau@uqtr.ca)

ISSN 2117-7155

**Résumé :**

Les conséquences de la maladie d'Alzheimer sur les activités de la vie quotidienne et sur la qualité de vie des patients sont présentes dès les premiers stades de la maladie. Une multitude d'interventions non-pharmacologiques sont disponibles, mais qu'en est-il de leur efficacité et quel est leur impact sur la qualité de vie de la personne atteinte et de ses proches ? Le but principal de cet article est de présenter une recension des écrits portant sur l'efficacité des interventions cognitives et cognitivo-linguistiques en traitement de la maladie d'Alzheimer. Quatre bases de données ont été consultées à partir d'une liste de mots clés, 291 études ont été répertoriées et 20 études ont été retenues et analysées. Les thérapies cognitives ont pu être divisées en 3 catégories, soient les thérapies basées principalement sur les principes de la *Reality Orientation Therapy* (ROT), sur l'entraînement de fonctions cognitives spécifiques et sur l'utilisation d'un moyen de compensation à la mémoire. De même les thérapies cognitivo-linguistiques sont axées sur la participation sociale, sont multidomaines avec tâches axées sur le langage ou privilégient la stimulation du lexique et de la sémantique. Ces interventions ont montré des effets positifs sur les plans cognitif, langagier et social des patients aussi bien que sur leur qualité de vie et parfois aussi celle de leurs proches. Certaines approches particulières telles que la personnalisation des interventions aux besoins des patients ou l'inclusion des proches aidants dans les programmes d'intervention semblent influencer positivement les résultats des interventions.

**Mots clés :** Alzheimer, Thérapies cognitives, Thérapies cognitivo-linguistiques, Qualité de vie, Activités de la vie quotidienne, efficacité.

**Effectiveness on activities of daily life and quality of life, of cognitive and cognitive-linguistics therapies in Alzheimer's disease: a literature review**

**Summary:**

The consequences of Alzheimer's disease on the activities of daily life and the quality of life of patients are present in the early stages of the disease. A multitude of non-pharmacological interventions are available, but what is known about their effectiveness and impact on the quality of life of the individual and his or her family? The main purpose of this article is to present a review of the literature on the effectiveness of cognitive and cognitive-linguistic interventions in the treatment of Alzheimer's disease. Four databases were consulted from a list of keywords, 291 studies were identified and 20 studies were selected and analyzed. Cognitive therapies could be divided into three categories, namely therapies based primarily on the principles of Reality Orientation Therapy (ROT), on the training of specific cognitive functions and on the use of a means of compensating memory. Similarly, cognitive-linguistic therapies focus on social participation, are multi-domains with language-oriented tasks or prefer lexical and semantic stimulation. These interventions have shown positive effects on the cognitive, linguistic and social levels of patients as well as on their quality of life and sometimes also that of their relatives. Some specific approaches, such as personalizing interventions to patient needs or including caregivers in intervention programs, appear to have a positive influence on the outcomes of interventions.

**Key words:** Dementia, Cognition, Therapy, activities of daily life , quality of life.

## ----- INTRODUCTION -----

Actuellement, environ 47,5 millions de personnes sont atteintes de démence dans le monde et il apparaît chaque année 7,7 millions de nouveaux cas (Organisation Mondiale de la Santé, 2017). La démence se définit comme une maladie neurodégénérative pouvant altérer la mémoire, le raisonnement, l'attention, le langage et le comportement à différents degrés (OMS, 2017). Les impacts fonctionnels de cette dégénérescence sur un individu sont importants. La maladie d'Alzheimer (MA) est l'une des formes de démence les plus diagnostiquées sur la planète, elle serait à l'origine de 60-70% des cas de démence (OMS, 2017).

Face à ces statistiques alarmantes, la communauté scientifique a cherché à travers les années à mieux définir la maladie et ses manifestations, et ce, dans le but de mieux intervenir et de mieux accompagner les personnes qui en sont atteintes. Actuellement, la MA est définie comme étant un trouble neurodégénératif impliquant une perte progressive et significative des habiletés cognitives (Fisher, Drossel, Ferguson, Cherup & Sylvester, 2008 ; Hirsch & Heyn, 2011 ; World Health Organization, 2012).

Pour la plupart des auteurs, la MA est divisée en trois stades d'évolution. Plusieurs atteintes coexistent, et ce, aux différents stades d'évolution de la maladie. Au stade initial, Sambuchi, Michel et Bastien (2005) dépeignent des atteintes mnésiques, plus particulièrement sur le plan de la mémoire épisodique. D'autres chercheurs ajoutent aux problèmes de mémoire, des difficultés relatives aux fonctions attentionnelles et exécutives (Rousseau, 2011 ; Traykov, Rigaud, Cesaro & Boller, 2007). Sur le plan spécifique du langage, l'existence d'un trouble lexico-sémantique se traduit principalement par un manque du mot (Dalla Barba & Bortolaso, 2010 ; Rousseau, 2011 ; Sambuchi et al., 2005) et un trouble du discours est caractérisé par une réduction de l'intégration des idées ainsi qu'une interruption du flot d'idées durant l'expression verbale (Chapman, Weiner, Rackley, Hynan & Zientz, 2004).

Aux stades modéré et sévère, certains auteurs rapportent l'apparition d'une aphasie, d'une apraxie, d'une agnosie, d'un trouble attentionnel, en plus d'une aggravation importante des déficits de mémoire et d'un trouble des fonctions exécutives (Hirsch & Heyn, 2011 ; Sekiguchi & Kawashima, 2007). Pour d'autres, le stade modéré est caractérisé par l'aggravation du déficit lexico-sémantique due à une perte progressive de la mémoire sémantique et par la réduction de la fluence verbale (Arkin, 2001 ; Dalla Barba & Bortolaso, 2010).

Enfin, au stade sévère, Jedidi, Jedidi et Salmon (2010) rapportent une détérioration cognitive importante laissant souvent place à un syndrome aphaso-apraxo-agnosique, associé à une perturbation des activités quotidiennes des personnes vivant avec la maladie. Des troubles majeurs de l'humeur et du comportement peuvent être observés chez certains patients. Sur le plan langagier, la compréhension et la production sont très atteintes (Rousseau, 2011).

Une multitude de recherches a été réalisée afin de trouver un traitement pharmacologique à la maladie. Seuls des médicaments pouvant atténuer certains symptômes ou encore permettant de ralentir la progression de la maladie ont été mis sur le marché. Les principaux effets de ces traitements portent sur l'amélioration des fonctions exécutives et une amélioration du fonctionnement des personnes atteintes de la maladie dans leurs activités de la vie quotidienne (AVQ) (Birks & Harvey, 2006 ; Blesa, 2004 ; Gauthier & Poirier, 2007). Gauthier, Loft et Cummings (2008) ont également démontré que la médication pouvait avoir un impact sur les troubles comportementaux des individus atteints. Bien entendu, les effets varient en fonction des molécules prescrites et en fonction des individus. À ce jour, aucune solution n'a été reconnue comme entraînant une guérison de la MA. En conséquence, plusieurs chercheurs se tournent désormais vers une recherche préventive plutôt que curative.

En traitement alternatif ou complémentaire à la médication, il est possible pour les personnes atteintes de MA de participer à des thérapies centrées sur l'amélioration de leur potentiel cognitif et langagier.

Plusieurs chercheurs s'intéressent à l'intervention axée sur certaines fonctions cognitives telles que la mémoire, l'attention ou encore les habiletés visuospatiales, alors que d'autres s'intéressent plus précisément à des interventions axées sur les déficits de langage. Arkin (2001) note des liens très étroits entre les déficits cognitifs et les troubles de langage observés chez des personnes atteintes de la maladie. Il est donc important d'intervenir sur ces deux aspects pour offrir au patient un traitement complet, afin de permettre une amélioration de sa qualité de vie. Mahendra et Arkin (2003) ainsi que Rousseau (2011) insistent sur l'importance d'une prise en charge en orthophonie, dans laquelle des interventions axées sur le maintien des habiletés langagières sont appliquées. Ces auteurs mentionnent qu'un suivi orthophonique permettrait de maintenir, voire d'améliorer certaines habiletés cognitives. Dans la littérature, la majorité des études porte sur des programmes spécifiques d'intervention, qu'ils soient d'ordre cognitif ou cognitivo-linguistique.

Aussi, étant donné le large éventail d'interventions disponibles, il peut être difficile de faire un choix judicieux.

Le but de cette revue de la littérature est de répertorier des thérapies cognitives et cognitivo-linguistiques en fonction de leur efficacité sur la participation aux activités de la vie quotidienne (AVQ) des personnes atteintes de MA ou de leur efficacité sur la qualité de vie des personnes atteintes de MA.

## ----- METHODOLOGIE -----

### 1. Stratégie de la recherche

Une recherche systématique a été effectuée à partir de quatre bases de données, soit *MedLine*, *Cinahl*, *PsycInfo* et *LLBA*. Les mots-clés suivants ont été utilisés ; « *Alzheimer* », « *Cognitive Therapy* », « *Linguistic Therapy* », « *Language Therapy* », 291 articles ont ainsi été répertoriés. Les résultats de chacune des recherches ont ensuite été croisés afin d'opérer une recherche par combinaison de mots-clés. Cette méthode a permis de procéder à un premier tri automatisé par les bases de données permettant de faire ressortir les articles ne correspondant qu'aux deux critères principaux, soit la MA et les thérapies cognitives, linguistiques ou cognitivo-linguistiques. À l'issue de cette étape 89 études ont été retenues.

### 2. Sélection des études

Une lecture plus approfondie a permis de réaliser un second tri manuel dans le but de ne retenir que les études directement liées aux objectifs de cette revue de la littérature. Les études devaient correspondre aux critères suivants :

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Publiées entre 2005 et 2016 ;</li> <li>• Rédigées en français ou en anglais ;</li> <li>• Diagnostic ou un probable diagnostic de démence de type Alzheimer ;</li> <li>• Portant sur les thérapies cognitives, linguistiques ou cognitivo-linguistiques spécifiques au traitement des déficits cognitifs ;</li> <li>• Comprenant les mots-clés suivants : <i>Quality of Life</i> (QoL), <i>Activities of Daily Living</i> (ADL), <i>global functioning</i> ou <i>everyday living</i>. Par extension, la perception des proches aidants a aussi été considérée au sein de ce critère si elle portait sur le quotidien de la personne atteinte de MA.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ne portant que sur des sujets sains ;</li> <li>• Ne portant que sur des sujets ayant une démence autre que la MA ou un trouble léger de la cognition ;</li> <li>• N'évaluant que l'efficacité d'un traitement pharmacologique ;</li> <li>• N'évaluant que l'efficacité d'un traitement réduisant les troubles du comportement chez les patients atteints de la MA ;</li> <li>• N'évaluant que l'efficacité d'un traitement pour les troubles de santé mentale, dépression et autres chez les personnes atteintes de la MA ;</li> <li>• Portant sur les thérapies visant à réduire l'épuisement des proches aidants ;</li> <li>• Dont les résultats ne portaient que sur des tests cognitifs, sans lien avec le fonctionnement au quotidien de la personne.</li> </ul>

Tableau 1. Critères d'inclusion et d'exclusion des études

Dans le cadre de cette revue systématique de la littérature, aucun critère d'inclusion relié aux types de devis de recherche n'a été formulé. Cependant, la validité et la fidélité des études sélectionnées ont été évaluées à partir de la grille indiquant les niveaux de preuve scientifique d'*Oxford Centre for Evidence-Based Medicine - OCEBM* (2011). Au terme du processus d'inclusion et d'exclusion, 20 études ont été retenues et analysées.

## ----- RESULTATS -----

Cette revue de littérature regroupe des études de cas unique, ainsi que des études de groupes pour lesquelles le nombre de participants s'échelonne de 26 à 653 et où le degré de sévérité de la maladie d'Alzheimer varie de léger à modéré. Les détails correspondant à chacune de ces études sont présentés dans les tableaux.

Différentes terminologies et définitions servent à classer les thérapies qu'elles soient de nature cognitive uniquement ou de nature cognitive et linguistique (la terminologie varie d'un auteur à un autre). Aussi, nous avons choisi de regrouper les résultats en deux grandes sections, soient les thérapies cognitives et les thérapies cognitivo-linguistiques.

## 1. Thérapies cognitives

Le domaine des thérapies cognitives est vaste. Différentes stratégies, techniques et méthodes peuvent être employées pour activer des fonctions cognitives en contexte de MA. Elles peuvent être utilisées de façon combinée ou isolée. Les études recensées dans cette revue portent majoritairement sur des programmes d'intervention faisant simultanément appel à plusieurs types de tâches et d'interventions. Nous les avons regroupés selon des critères spécifiques afin d'en faciliter l'analyse. Ainsi, les grandes lignes de l'intervention cognitive retenues dans notre étude apparaissent dans trois sections différentes, soient les thérapies basées principalement sur les principes de la *Reality Orientation Therapy* (ROT), les thérapies multidomaines basées sur l'entraînement de fonctions cognitives spécifiques ainsi que les thérapies multidomaines fondées sur l'utilisation d'un moyen de compensation à la mémoire.

### a. Thérapies basées principalement sur les principes de la *Reality Orientation Therapy* (ROT)

Avant de détailler spécifiquement des études incluant les principes de la ROT, il est essentiel de bien définir ce type d'intervention.

La ROT est l'une des premières thérapies utilisées pour aider les personnes atteintes de la MA. Elle a pour but de réduire l'impact des sentiments de confusion et de désorientation causés par la maladie d'Alzheimer (Spector, Davies, Woods & Orrell, 2000). Les auteurs de cette thérapie présumant qu'en travaillant l'orientation spatio-temporelle, la personne développera une meilleure compréhension de son environnement. À long terme, ce type d'intervention vise à améliorer le sentiment de contrôle et l'estime de soi de la personne atteinte de MA. Spector et al. (2000) affirment qu'il existe deux méthodes pour appliquer la ROT. La première méthode implique une focalisation constante sur tout ce qui est lié à l'orientation, c'est la *24-hrs RO*. Une telle intervention se déroule de manière individuelle, centrée sur l'individu atteint de MA. Toutes les interactions entre l'individu atteint de MA et son proche aidant sont utilisées à des fins d'intervention (Spector et al., 2000). Le but est d'attirer l'attention du patient sur son environnement immédiat, sur ce qui se passe ici, maintenant.

La deuxième méthode implique plutôt des séances quotidiennes en groupe-classe ; la *classroom RO*. Les individus se rencontrent sur une base régulière d'une durée de 20 à 60 minutes par jour, pendant lesquelles un thérapeute les amène à travailler avec des aide-mémoires externes. La salle de rencontre est tapissée de matériel de stimulation comme des affiches, des photos, etc. (McMahon, 1988). Durant ces séances, les sujets sont amenés à développer un *RO board*, plateforme sur laquelle il est possible de trouver des informations à propos du jour, de la date, de la température, des repas de la journée, etc. Cet outil devient alors une référence pour les personnes atteintes de MA leur permettant de mieux comprendre leur environnement et mieux s'orienter dans leur routine. Le thérapeute dirige l'attention des patients vers les différents stimuli présents en classe. Il doit aussi les encourager à répondre ou à répéter des informations à propos de leur passé, de leur vie.

Sept études recensées dans notre revue de littérature ont utilisé des principes de la ROT au sein de leur programme d'intervention tout en étudiant l'impact de leur programme sur la qualité de vie ou les activités de la vie quotidienne de leurs participants (D'Onofrio et al., 2015 ; Giordano et al., 2010 ; Onor et al., 2007 ; Raggi et al., 2007 ; Spagnolo et al., 2015 ; Spector, Woods & Orrell, 2008 et Woods, Thorgrimsen, Spector, Royan & Orrell, 2006).

L'intégration du principe de la ROT au sein des programmes d'intervention est différente d'une étude à l'autre. Certains auteurs ont jumelé la ROT avec des exercices physiques

(Giordano et al., 2010) ou encore avec une thérapie occupationnelle en plus de la réminiscence (Onor et al., 2007) ou bien avec de la réminiscence associée à des exercices de remotivation (Spagnolo et al., 2015). D'autres ont plutôt intégré des tâches informatisées simulant des situations de la vie quotidienne (Raggi et al., 2007). D'autres encore ont allié la ROT à des exercices visant la stimulation de la mémoire verbale, de la mémoire visuelle ainsi que de l'attention et de la logique (D'Onofrio et al., 2015). Enfin, Spector et al. (2008) et Woods et al. (2006) ont réalisé en plus de la ROT un programme de stimulation cognitive impliquant un entraînement à la reconnaissance de visages connus, l'utilisation de l'argent, des jeux de mots et des activités axées sur le quotidien.

La plupart de ces études ont eu un impact positif sur la qualité de vie ou dans la réalisation des AVQ chez les personnes atteintes de MA. Seules les études de Giordano et al. (2010) et Onor et al. (2007) n'ont démontré aucun changement à ce sujet bien que d'autres effets positifs aient été rapportés sur le plan cognitif et psychologique. Onor et al. (2007) de même que Woods et al. (2006) ont relevé une amélioration de la socialisation de la personne atteinte. Onor et al. (2007) ont montré que leur programme avait aidé les patients à prendre conscience de leurs déficits ce qui rendait ensuite l'intervention spécifique plus facile. Enfin, une amélioration du fonctionnement général au quotidien a été observée chez plusieurs participants pour le programme proposé par Raggi et al. (2007).

#### **cf. tableau 2 en annexe**

Il est important de souligner que ces programmes d'intervention incluent la ROT mais sont tous différents. En effet, tous combinent la ROT avec d'autres types d'intervention. Notons également qu'aucune étude n'a offert la même durée et/ou fréquence de suivis (45 minutes par jour durant 3 semaines à 60 minutes 4 fois par semaine durant 7 semaines). Par ailleurs, les programmes d'intervention de Giordano et al. (2010) ainsi que d'Onor et al. (2007) ont offert un volet d'éducation et de soutien aux proches aidants.

#### **b. Thérapies multidomaines basées sur l'entraînement de fonctions cognitives spécifiques**

Six études recensées dans notre revue de littérature présentent des thérapies multidomaines axées sur l'entraînement de fonctions cognitives spécifiques tout en mesurant l'impact de leur programme sur la qualité de vie ou les AVQ de leurs participants (Amieva et al., 2016 ; Barban et al., 2016 ; Bergamaschi et al., 2013 ; Farina et al., 2006 ; Lee, Lee, Park & Kim, 2015 ; Maci et al., 2012).

Ces études expérimentales proposent des programmes d'activités cognitives qui peuvent être associés ou non à d'autres activités. En général les activités cognitives visent un entraînement de la mémoire procédurale, des fonctions exécutives et/ou de la mémoire à court terme, ainsi que du langage. Les autres activités varient d'une étude à l'autre. Ainsi, Barban et al. (2016) proposent une thérapie par la réminiscence alors que Lee et al. (2015) allient à la thérapie cognitive des activités de motricité fine telles que le coloriage, et que Maci et al. (2012) proposent des exercices physiques et des groupes de discussion. Farina et al. (2006) et Bergamaschi et al. (2013) dispensent uniquement un programme d'activités cognitives, leur groupe contrôle bénéficiant d'activités récréatives.

#### **cf. tableau 3 en annexe**

Toutes ces études ont montré une amélioration des AVQ en plus d'une amélioration dans les résultats à différents tests cognitifs ainsi qu'une diminution des symptômes d'apathie et de dépression dans l'étude de Maci et al. (2012). Toutefois, au terme de l'étude Farina et al. (2006), contrairement à ce qui était attendu, l'amélioration des AVQ a été observée dans le groupe contrôle et non dans le groupe expérimental. La grande différence entre le programme proposé par Farina et al. (2006) et celui proposé par Bergamaschi et al. (2013) tient essentiellement au temps d'application du programme. Le programme de Bergamaschi et al. (2013) est dispensé de façon intensive un mois sur deux pendant une année alors que celui de Farina et al. (2006) n'est proposé que sur 6 semaines. Par ailleurs il est possible que les activités récréatives proposées dans le programme de Farina et al. (2006) (conversation, chant, danse, jeu de cartes, de scrabble) en permettant une stimulation cognitive globale entraînent plus en résonance avec les AVQ qu'une stimulation cognitive spécifique. En effet, des activités comme la musique, les jeux de mots, etc., réduiraient les problèmes de comportement (Martichuski, Bell & Bradshaw, 1996 ; Rovner, Steele, Shmuelly & Folstein, 1996, cités par Farina et al., 2006) et amélioreraient le fonctionnement cognitif des sujets atteints de MA (Gerber et al., 1991, cités par Farina et al., 2006).

L'étude d'Amieva et al. (2016) se distingue des études citées précédemment par son ampleur (653 patients) ainsi que par ses objectifs. Cette étude devait comparer l'efficacité de 3 programmes distincts : un programme axé sur la stimulation cognitive, un programme axé sur la réminiscence et un programme personnalisé et adapté aux besoins du patient. Les deux premiers programmes offraient des thérapies de groupe alors que le dernier offrait une thérapie individuelle. La thérapie dispensée individuellement est celle qui a montré le déclin des AVQ le moins important au cours des 2 années de suivi.

### **c. Thérapies multidomaines s'appuyant sur l'utilisation de moyens de compensation à la mémoire**

En contexte de MA, deux moyens compensatoires sont généralement utilisés : le carnet de mémoire et le calendrier. Le carnet de mémoire devient au fil de la progression de la MA un outil de référence dans lequel la personne prend en note ses activités, ses repas, ses messages téléphoniques, etc. (Quittre, Olivier & Salmon, 2005). Si la personne malade perd la mémoire au sujet d'un élément en particulier, elle peut donc retrouver l'information manquante à travers les pages de son carnet. Le calendrier est également présenté comme étant un moyen de compensation aux déficits de mémoire. Ce dernier permet aux personnes atteintes de MA de garder des repères temporels (Bottino et al., 2005). L'enseignement pour utiliser ces outils efficacement est réalisé lors des séances d'intervention. L'objectif principal de cet enseignement est de développer un réflexe d'utilisation de l'outil au quotidien chez la personne atteinte de la maladie. L'utilisation de moyens compensatoires permet de réduire la demande cognitive et de mieux gérer certaines situations problématiques ou stressantes rencontrées quotidiennement (Kurz et al., 2012). Plusieurs thérapies ou programmes d'intervention proposent des moyens compensatoires aux déficits de mémoire en contexte de MA. Dans les études recensées, l'entraînement à l'utilisation de ces moyens de compensation se fait de différentes manières. La *récupération espacée* est une méthode fréquemment utilisée. Elle permet aux personnes atteintes de MA d'apprendre à se servir efficacement des moyens de compensation dans leur quotidien (Mahendra, Scullion & Hamerschlag, 2011 ; Vance & Farr, 2007). Le principe de cette technique d'apprentissage repose sur la répétition de l'information à mémoriser. Les périodes entre deux répétitions sont très courtes au début puis sont de plus en plus longues jusqu'à ce que l'information soit consolidée dans la



mémoire à long terme. Considérée comme une méthode d'apprentissage sans erreur, la récupération espacée peut facilement, dans le cas de MA, être jumelée à d'autres types d'intervention cognitive (Vance & Farr, 2007).

Dans la présente revue de la littérature, deux études détaillent l'utilisation de ces moyens compensatoires (Kurz et al., 2012 ; Khayum & Wynn, 2015). Ces études diffèrent avant tout par leur devis expérimental, l'une est une étude contrôlée randomisée (Kurz et al., 2012) alors que l'autre est une étude de cas unique (Khayum & Wynn, 2015).

À la fin de leur étude Kurz et al. (2012) notent seulement une légère amélioration aux AVQ dans le groupe expérimental. De manière générale, les auteurs supposent que ces résultats décevants sont essentiellement liés à des biais méthodologiques tels que le manque de personnalisation du traitement, une trop courte durée de traitement ainsi qu'un manque de sensibilité des outils de mesures utilisés pour l'évaluation.

À l'opposé, Khayum et Wynn (2015) présentent une étude fondée sur la personnalisation de la thérapie suivant l'approche « du patient partenaire ». Après avoir identifié avec la patiente et son conjoint quels étaient les principales difficultés nuisant aux AVQ ainsi qu'à leur qualité de vie, les auteurs de l'étude ont ciblé certaines aides mnésiques externes susceptibles d'améliorer les AVQ. Parallèlement le conjoint devait appliquer des stratégies de communication positive afin d'éviter l'apparition de frustrations entre les deux partenaires de communication. Les résultats ont mis en évidence une utilisation des aides mnésiques externes permettant à la patiente la poursuite de ses AVQ.

**cf. tableau 4 en annexe**

## 2. Thérapies cognitivo-linguistiques

Les thérapies cognitivo-linguistiques tout comme les thérapies cognitives, sont composées de différentes interventions. À la différence des interventions recensées dans les sections précédentes, les programmes cognitivo-linguistiques sont, pour la plupart, mis en œuvre par un orthophoniste ou des étudiants en orthophonie. Nous avons répertorié 5 programmes d'intervention diversement orientés : un programme axé sur la participation sociale (Arkin, 2007), trois programmes d'interventions multidomaines avec tâches axées sur le langage (Avila, Carvalho, Bottino & Miotto, 2007 ; Fernández, Manoilloff & Monti, 2006 ; Tsantali & Economidis, 2014) et enfin un programme d'intervention axé spécifiquement sur la stimulation du lexique et de la sémantique (Jelcic et al., 2012).

### a. Thérapie axée sur la participation sociale

Le programme d'interventions proposé dans le cadre de cette section s'adresse à la vie quotidienne de la personne atteinte de MA, plutôt qu'aux atteintes spécifiques de la mémoire ou du langage (Arkin, 2007). Les activités de stimulation du langage ou de la mémoire ont été sélectionnées dans le but précis d'améliorer les performances de conversation chez les sujets atteints de MA. Le programme est administré par des étudiants en orthophonie supervisés par des professionnels. Seulement 4 personnes ont suivi le programme durant les quatre années prévues, pour ces personnes aucune détérioration cognitive n'a été notée. Par ailleurs, des bénéfices au niveau de l'humeur et de la qualité de vie ont été rapportés par les proches aidants des participants dès la 1<sup>ère</sup> année.

**cf. tableau 5 en annexe**

### **b. Thérapies multidomaines avec tâches axées sur le langage**

Trois études proposent des programmes d'intervention constitués de différentes tâches spécifiquement focalisées sur le langage associées à des tâches visant la stimulation d'autres fonctions cognitives comme les fonctions attentionnelles, exécutives ou mnésiques ou bien à des tâches ciblant l'entraînement de certaines activités de la vie quotidienne.

Ces 3 études se différencient essentiellement par le déroulement de leur programme ainsi que par le type de devis utilisé : étude randomisée (Avila et al., 2007) et études de cas longitudinales (Fernández et al., 2006 ; Tsantali & Economidis, 2014).

L'étude d'Avila et al. (2007) propose aux participants des activités présentées dans trois contextes d'intervention différents, soit en groupe, soit en individuel, soit en individuel à domicile. Les résultats de ce programme indiquent seulement une légère amélioration dans la capacité à faire de nouveaux apprentissages pour l'intervention de groupe. Les auteurs attribuent la faiblesse de leurs résultats à la petite taille de leur échantillon (n=16) ainsi qu'à une faible sensibilité des tests utilisés.

Fernández et al. (2006) de même que Tsantali & Economidis (2014) présentent des études de cas longitudinales qui mettent en évidence une amélioration des fonctions cognitives ainsi qu'une amélioration des AVQ.

**cf. tableau 6 en annexe**

### **c. Thérapie axée spécifiquement sur la stimulation du lexique et de la sémantique**

Une seule étude a été retenue en lien avec la stimulation du lexique et de la sémantique (Jelcic et al., 2012). Plusieurs améliorations du langage ainsi qu'une amélioration significative de la mémoire verbale épisodique ont été rapportées pour le groupe expérimental de cette étude. Cependant, aucune amélioration significative n'a été notée pour les AVQ.

**cf. tableau 7 en annexe**

## **----- DISCUSSION -----**

La plupart des études présentées dans cette revue de littérature, ont démontré un impact positif sur la qualité de vie ou la participation aux AVQ des personnes atteintes de MA. Dans certains programmes, les interventions améliorent aussi les fonctions cognitives. Toutefois la multiplicité des tâches proposées dans chaque programme ne permet pas d'attribuer les résultats obtenus à un type de tâches en particulier. En revanche, il est possible d'affirmer que certains programmes ont un plus grand impact que d'autres sur la qualité de vie ou sur la participation aux AVQ des sujets atteints de MA.

Ainsi, tous les programmes d'intervention ayant intégré un volet adressé aux proches aidants ont rapporté des effets bénéfiques (Avila et al., 2007 ; Giordano et al., 2010 ; Onor et al., 2007 ; Khayum & Wynn, 2015). Les proches aidants soulignent se sentir mieux outillés pour faire face aux différents défis qu'entraîne la maladie. La qualité de vie doit être améliorée aussi bien pour le patient que pour son proche aidant, c'est ce qui permettra de retarder l'institutionnalisation.

La plupart des études incluant le principe de la ROT, à l'exception de deux, ont démontré des résultats positifs en lien avec la qualité de vie ou avec la participation aux AVQ. La ROT est axée sur l'orientation spatiale et temporelle. Son but est de réduire au quotidien l'impact de la

confusion et de la désorientation causées par la maladie (Spector et al., 2000). Aussi, que ce type d'intervention ait un impact positif sur le quotidien des individus atteints de MA ne serait pas surprenant. Cependant, ces études comprenaient également des tâches de stimulations cognitives, il est donc difficile d'isoler la ROT et d'affirmer avec certitude que celle-ci s'avère réellement efficace. Il serait intéressant de mener une étude en isolant bien les variables pour déterminer les impacts réels de la ROT sur le quotidien des personnes atteintes de MA. Une étude présentant un design de type ABAB comme dans l'étude de Fernández et al. (2006) permettrait d'évaluer efficacement les véritables effets des interventions réalisées. Les études expérimentales axées sur la stimulation cognitive sans intégrer la ROT se sont avérées également efficaces sur le plan des AVQ, en permettant une amélioration significative de certaines fonctions cognitives. Mais ces études permettaient toutes, à l'exception de celle de Bergamaschi et al. (2013), un certain ancrage dans la réalité en ajoutant des activités de discussion, de socialisation (Maci et al., 2012) de réminiscence (Barban et al., 2016) de coloriage et de jeu de ballon (Lee et al., 2015). Ces activités diverses et variées permettaient une généralisation des acquis cognitifs dans des activités de la vie quotidienne ou tout au moins orientées sur la vie de la personne. Ce qui nous conduit à un autre point d'importance : les patients profitent mieux d'une thérapie personnalisée que de tout autre thérapie, ainsi plus la thérapie est personnalisée plus elle est ancrée dans la réalité du patient (Amieva et al., 2016). On retrouve cette tendance dans l'approche du patient partenaire rapportée par Khayum et Wynn (2015). D'autres auteurs (Kurtz et al., 2012) associent la faiblesse de leurs résultats au fait que leur programme n'était pas assez adapté aux besoins spécifiques de leurs patients.

À l'opposé des programmes d'intervention cognitive, les thérapies axées sur le langage (Arkin, 2007 ; Jelcic et al., 2012) semblent avoir une portée moins importante sur les AVQ et la qualité de vie que sur les habiletés linguistiques des personnes atteintes de MA. En effet, les thérapies axées sur le langage rapportent des résultats éloquentes sur le plan des habiletés langagières des personnes atteintes de MA. Un discours plus fluent et plus cohérent est fréquemment constaté après la thérapie. Sachant, par ailleurs, après une enquête de Rosa et al. (2010), que la plainte principale des aidants porte sur leur difficulté à communiquer avec leur proche, un impact significatif sur les habiletés linguistiques donc sur la communication devrait jouer un rôle positif dans la qualité de vie des personnes présentant une MA et de leurs proches. Ainsi, les résultats observés dans ces études nous amènent à remettre en question la sensibilité des outils utilisés pour obtenir des informations à propos des AVQ et de la qualité de vie. Les éléments questionnés dans ces outils peuvent effectivement influencer grandement les résultats. Ainsi, si ceux-ci ne portent que sur les activités de routine telles que l'habillage ou l'habileté à cuisiner, il est normal que le résultat final ne soit pas significatif, puisque ce sont les habiletés linguistiques et communicationnelles qui ont été travaillées. En revanche, si une partie des énoncés portait davantage sur les habiletés à communiquer, il est probable que des résultats significatifs seraient observés. Il serait donc intéressant de revoir les échelles ou questionnaires utilisés pour mesurer les AVQ et la qualité de vie afin de s'assurer de l'inclusion d'un module « communication ».

En plus des différents programmes d'intervention cognitive et cognitivo-linguistique, cette recension de la littérature a permis de révéler certaines techniques d'apprentissage particulièrement efficaces pour les personnes présentant une MA. Ainsi, la méthode de la récupération espacée semble être la technique d'apprentissage sans erreur la plus répandue dans l'enseignement de l'utilisation d'outils de compensation (Mahendra et al., 2011 ; Khayum & Wynn, 2015 ; Vance & Farr, 2007). Celle-ci permet l'encodage d'informations nouvelles malgré les déficits de la mémoire épisodique répertoriés dès le début de la maladie (Cherry & Simmons-D'Gerolamo, 2005 ; Davis, Massman & Doody, 2001 ; Grandmaison &

Simard, 2003 ; Mahendra et al., 2011 ; Vance & Farr, 2007). Par ailleurs, l'apprentissage sans erreur, utilisé seul ou avec la méthode de récupération espacée, semble être une méthode de choix pour tout enseignement auprès d'une population souffrant de MA (Tsantali & Economidis, 2014).

En résumé, pour que des programmes de thérapies cognitives et cognitivo-linguistiques soient efficaces, ils devraient inclure aussi bien les patients que leur proche aidant, devraient dans la mesure du possible être personnalisés et adaptés aux besoins spécifiques du patient en incluant des activités se rapprochant des AVQ. Par ailleurs, l'apprentissage sans erreur et la récupération espacée semblent être les techniques d'apprentissage les plus performantes pour les personnes présentant une MA, particulièrement lors de l'installation de moyens de compensation aux troubles de mémoire.

## ----- CONCLUSION -----

Pour conclure, cette revue de la littérature démontre que certaines thérapies cognitives et cognitivo-linguistiques s'avèrent efficaces en traitement de la MA. Des effets sur diverses fonctions cognitives de même que sur la qualité de vie et les AVQ sont observés grâce à l'implantation de différents programmes d'intervention. Plusieurs sphères atteintes dans la MA peuvent être améliorées telles que la mémoire, les habiletés langagières, l'attention, les fonctions exécutives et la communication.

## ----- BIBLIOGRAPHIE -----

Amieva, H., Robert, P.H., Grandoulier, A S., Meillon, C., De Rotrou, J., Andrieu, S., Berr, C., Desgranges, B., Dubois, B., Girtanner, C., Joël, M.E., Lavallart, B., Nourhashemi, F., Pasquier, F., Rainfray, M., Touchon, J., Chêne, G., Dartigues J.F. (2016). Group and individual cognitive therapies in Alzheimer's disease: the ETNA3 randomized trial. *International Psychogeriatrics*, 28(5), 707–717. DOI: 10.1017/S1041610215001830

Arkin, S.M. (2001). Alzheimer rehabilitation by students: Interventions and outcomes. *Neuropsychological Rehabilitation*, 11(3-4), 273-317. DOI: 10.1080/09602010143000059

Arkin, S.M. (2007). Language-enriched exercise plus socialization slows cognitive decline in Alzheimer's disease. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 22(1), 62-77. DOI: 10.1177/1533317506295377

Avila, R., Carvalho, I.A., Bottino, C.M., Miotto, E.C. (2007). Neuropsychological rehabilitation in mild and moderate Alzheimer's disease patients. *Behavioural Neurology*, 18(4), 225-233. DOI: 10.1155/2007/915816 Consulté le 18.02.2018 de PubMed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5469953/>

- Barban, F., Annicchiarico, R., Pantelopoulos, S., Federici, A., Perri, R., Fadda, L., Carlesimo, G.A., Ricci, C., Giuli, S., Scalici, F., Turchetta, C.S., Adriano, F., Lombardi, M.G., Zaccarelli, C., Cirillo, G., Passuti, S., Mattarelli, P., Lympelopoulou, O., Sakka, P., Ntanasi, E., Moliner, R., Garcia-Palacios, A., Caltagirone, C. (2016). Protecting cognition from aging and Alzheimer's disease: a computerized cognitive training combined with reminiscence therapy. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(4), 340–348. DOI: 10.1002/gps.4328
- Bergamaschi, S., Arcara, G., Calza, A., Villani, D., Orgeta, V., Mondini, S. (2013). One-year repeated cycles of cognitive training (CT) for Alzheimer's disease. *Aging Clinical and Experimental Research*. 25(4), 421–426. DOI: 10.1007/s40520-013-0065-2
- Birks, J., Harvey R.J. (2006). Donepezil for dementia due to Alzheimer's disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1. DOI: 10.1002/14651858.CD001190.pub2
- Blesa, R. (2004). Noncognitive symptoms and long-term treatment expectations for Alzheimer disease. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 18 (Suppl1), S9-S16. DOI: 10.1097/01.wad.0000127494.03150.f8
- Bottino, C.M.C., Carvalho, I.A., Alvarez, A.M., Avila, R., Zukauskas, P.R., Bustamante, S.E., Andrade, F.C., Hototian, S.R., Saffi, F., Câmargo, C.H.P. (2005). Cognitive rehabilitation combined with drug treatment in Alzheimer's disease patients: a pilot study. *Clinical Rehabilitation*, 19(8), 861-869. DOI: 10.1191/0269215505cr911oa
- Chapman, S.B., Weiner, M.F., Rackley, A., Hynan, L.S., Zientz, J. (2004). Effects of cognitive-communication stimulation for Alzheimer's disease patients treated with donepezil. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 47(5), 1149-1163. DOI: 10.1044/1092-4388(2004/085)
- Cherry, K.E., Simmons-D'Gerolamo, S.S. (2005). Long-term effectiveness of spaced-retrieval memory training for older adults with probable Alzheimer's disease. *Experimental Aging Research*, 31(3), 261-289. DOI: 10.1080/03610730590948186
- Dalla Barba, G., Bortolaso, M. (2010). Aphasia as an associated disorder in Alzheimer's disease and frontotemporal dementia. *Acta Phoniatria Latina*, 32(1-2), 166-177.
- Davis, R.N., Massman, P.J., Doody, R.S. (2001). Cognitive intervention in Alzheimer disease: a randomized placebo-controlled study. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 15(1), 1-9.
- D'Onofrio, G., Sancarlo, D., Addante, F., Ciccone, F., Cascavilla, L., Paris, F., Elia, A.C., Nuzzaci, C., Picoco, M., Greco, A., Panza, F., Pilotto, A., (2015). A pilot randomized controlled trial evaluating an integrated treatment of rivastigmine transdermal patch and cognitive stimulation in patients with Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 30(9), 965–975. DOI: 10.1002/gps.4247

- Farina, E., Mantovani, F., Fioravanti, R., Pignatti, R., Chiavari, L., Imbornone, E., Olivotto, F., Alberoni, M., Mariani, C., Nemni, R. (2006). Evaluating two group programmes of cognitive training in mild-to-moderate AD: Is there any difference between a 'global' stimulation and a 'cognitive-specific' one? *Aging & Mental Health*, 10(3), 211-218. DOI: 10.1080/13607860500409492
- Fernández, A.L., Manoilloff, L.M.V., Monti, A.A. (2006). Long-term cognitive treatment of Alzheimer's disease: A single case study. *Neuropsychological Rehabilitation*, 16(1), 96-109. DOI: 10.1080/09602010443000164
- Fisher, J.E., Drossel, C., Ferguson, K., Cherup, S., Sylvester, M. (2008). Treating persons with dementia in context. Dans D. Gallagher-Thompson, A.M. Steffen et L.W. Thompson (Eds.), *Handbook of behavioral and cognitive therapies with older adults*. (pp. 200-218). New York, NY: Springer Science + Business Media.
- Gauthier, S., Loft, H., Cummings, J. (2008). Improvement in behavioural symptoms in patients with moderate to severe Alzheimer's disease by memantine: a pooled data analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(5), 537-545. DOI: 10.1002/gps.1949
- Gauthier, S., Poirier, J. (2007). Maladie d'Alzheimer. Dans M. Arcand et R. Hébert (dir.), *Précis pratique de gériatrie* (3<sup>e</sup> éd., pp. 259-266). Sherbrooke : Edisem/Maloine.
- Gerber, G.J., Prince, P.N., Snider, H.G., Atchison, K., Dubois, L., Kilgour, J.A. (1991). Group activity and cognitive improvement among patients with Alzheimer's disease. *Hospital & Community Psychiatry*, 42(8), 843-845.
- Giordano, M., Dominguez, L.J., Vitrano, T., Curatolo, M., Ferlisi, A., Di Prima, A., Belvedere, M., Barbagallo, M. (2010). Combination of intensive cognitive rehabilitation and donepezil therapy in Alzheimer's disease (AD). *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 51(3), 245-249. DOI: 10.1016/j.archger.2009.11.008
- Grandmaison, E., Simard, M. (2003). A critical review of memory stimulation programs in Alzheimer's disease. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 15(2), 130-144. DOI: 10.1176/jnp.15.2.130 (accès ouvert)
- Hirsch, M.A., Heyn, P.C. (2011). Preface: From communication to community. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 27(4), 253-256. DOI: 10.1097/TGR.0b013e31821e57c9 (accès ouvert)
- Jedidi, H., Jedidi, Z., Salmon, E. (2010). La vignette diagnostic de l'étudiant : La maladie d'Alzheimer. *Revue Médicale de Liège*, 65(3), 163-168. Consulté le 18.02.2018 de RML: [https://www.rmlg.ulg.ac.be/aboel.php?num\\_id=2009&langue=FR](https://www.rmlg.ulg.ac.be/aboel.php?num_id=2009&langue=FR)
- Jelcic, N., Cagnin, A., Meneghello, F., Turolla, A., Ermani, M., Dam, M. (2012). Effects of lexical-semantic treatment on memory in early Alzheimer disease: An observer-blinded randomized controlled trial. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 26(8), 949-956. DOI: 10.1177/1545968312440146

Khayum, B., Wynn, R. (2015). Developing personally relevant goals for people with mild dementia. *Seminars in Speech and Language, 36*(3), 190–198. DOI: 10.1055/s-0035-1551840 (accès ouvert).

Kurz, A., Thöne-Otto, A., Cramer, B., Egert, S., Frölich, L., Gertz, H.J., Kehl, V., Wagenpfeil, S., Werheid, K. (2012). CORDIAL: Cognitive rehabilitation and cognitive-behavioral treatment for early dementia in Alzheimer disease: a multicenter, randomized, controlled trial. *Alzheimer Disease & Associated Disorders, 26*(3), 246-253. DOI: 10.1097/WAD.0b013e318231e46e

Lee, J., Lee, B.H., Park, YH., Kim, Y. (2015). Effects of combined fine motor skill and cognitive therapy to cognition, degree of dementia, depression, and activities of daily living in the elderly with Alzheimer's disease. *Journal of Physical Therapy Science, 27*(10), 3151–3154. DOI: 10.1589/jpts.27.3151 (accès ouvert).

Maci, T., Le Pira, F., Quattrocchi, G., Di Nuovo, S., Perciavalle, V., Zappia, M. (2012). Physical and cognitive stimulation in Alzheimer disease. The GAIA Project: a pilot study. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias, 27*(2), 107-113. DOI: 10.1177/1533317512440493

Mahendra, N., Arkin, S. (2003). Effects of four years of exercise, language, and social interventions on Alzheimer discourse. *Journal of Communication Disorders, 36*(5), 395-422. DOI: 10.1016/S0021-9924(03)00048-0

Mahendra, N., Scullion, A., Hamerschlag, C. (2011). Cognitive-linguistic interventions for persons with dementia. *Topics in Geriatric Rehabilitation, 27*(4), 278-288. DOI: 10.1097/TGR.0b013e31821e5945

Martichuski, D.K., Bell, P.A., Bradshaw, B. (1996). Including small group activities in large special care units. *The journal of Applied Gerontology, 15* (2), 224-237. DOI: 10.1177/073346489601500206

McMahon, R. (1988). The '24-hour reality orientation' type of approach to the confused elderly: a minimum standard for care. *Journal of Advanced Nursing, 13*(6), 693-700. DOI: 10.1111/j.1365-2648.1988.tb00559.x

OCEBM Levels of Evidence Working Group. The Oxford 2011 Levels of Evidence. Trans Durieux N., Pasleau F., Howick, J., Oxford Centre for Evidence-based Medicine. Consulté le 18.02.2018 de CEBM: <https://www.cebm.net/wp-content/uploads/2014/06/CEBM-Levels-of-Evidence-French-2.1.pdf>

OMS - Organisation Mondiale de la Santé (2017). *La démence*. Aide mémoire n°362. Consulté le 18.02.2018 de OMS: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/fr/>

Onor, M.L., Trevisiol, M., Negro, C., Signorini, A., Saina, M., Aguglia, E. (2007). Impact of a multimodal rehabilitative intervention on demented patients and their caregivers. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias, 22*(4), 261-272. DOI: 10.1177/1533317507302071

- Quittre, A., Olivier, C., Salmon, E. (2005). Compensating strategies for impaired episodic memory and time orientation in a patient with Alzheimer's disease. *Acta Neurologica Belgica*, 105(1), 30-38. Consulté le 18.02.2018 de Acta Neurologica: <http://www.actaneurologica.be/pdfs/2005-1/05-Quittre.pdf>
- Raggi, A., Iannaccone, S., Marcone, A., Ginex, V., Ortelli, P., Nonis, A., Giusti, M.C., Cappa, S.F. (2007). The effects of a comprehensive rehabilitation program of Alzheimer's Disease in a hospital setting. *Behavioural Neurology*, 18(1), 1-6. DOI: 10.1155/2007/782959 (accès ouvert).
- Rosa, E., Lussignoli, G., Sabbatini, F., Chiappa, A., Di Cesare, S., Lamanna, L., Zanetti, O. (2010). Needs of caregivers of the patients with dementia. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 51(1), 54–58. DOI:10.1016/j.archger.2009.07.008
- Rousseau, T. (2011). *Maladie d'Alzheimer et troubles de la communication*. Paris : Elsevier Masson.
- Rovner, B.W., Steele, C.D., Shmueli, Y., Folstein, M.F. (1996): A randomized trial of dementia Care in Nursing Homes, *Journal of the American Geriatrics Society*, 44(1), 7-13. DOI: 10.1111/j.1532-5415.1996.tb05631.x
- Sambuchi, N., Michel, B.F., Bastien, C. (2005). Communication, langage oral et démence. Dans B.F. Michel, F. Verdureau et P. Combet (dir.), *Communication et démence : Monographie du Groupe de Recherche sur l'Alzheimer* (pp. 63-82). Marseille : Solal Éditeurs.
- Sekiguchi, A., Kawashima, R. (2007). Cognitive rehabilitation the learning therapy for the senile dementia. *Brain and Nerve (Shinkei Kenkyū No Shinpo)* 59(4), 357-365. DOI: 10.11477/mf.1416100057
- Spagnolo, P., Aricò, M., Bergamelli, C., Mazzucco, S., Boldrini, P., Di Giorgi, E., Gallucci, M. (2015). A pilot study on behavioral and cognitive effects of cognitive stimulation training based on 3R mental stimulation. The Treviso Dementia (TREDDEM) Study. *NeuroRehabilitation*, 36 (1) 151–156. DOI: 10.3233/NRE-141202
- Spector, A., Davies, S., Woods, B., Orrell, M. (2000). Reality orientation for dementia: A systematic review of the evidence of effectiveness from randomized controlled trials. *The Gerontologist*, 40(2), 206-212. DOI: 10.1093/geront/40.2.206
- Spector, A., Woods, B., Orrell, M. (2008). Cognitive stimulation for the treatment of Alzheimer's disease. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 8(5), 751-757. DOI: 10.1586/14737175.8.5.751
- Traykov, L., Rigaud, A.S., Cesaro, P., Boller, F. (2007). Le déficit neuropsychologique dans la maladie d'Alzheimer débutante. *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*, 33(3), 310-316. DOI : ENC-6-2007-33-3-0013-7006-101019-200730033
- Tsantali, E., Economidis, D. (2014). Implications of a longitudinal cognitive intervention program in mild Alzheimer's disease. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28(2), 128-134. DOI :10.1016/j.apnu.2013.12.004



Vance, D.E., Farr, K.F. (2007). Spaced retrieval for enhancing memory: Implications for nursing practice and research. *Journal of Gerontological Nursing*, 33(9), 46-52.

Woods, B., Thorgrimsen, L., Spector, A., Royan, L., Orrell, M. (2006). Improved quality of life and cognitive stimulation therapy in dementia. *Aging & Mental Health*, 10(3), 219-226. DOI: 10.1080/13607860500431652

### Pages Web/Documents consultés sur Internet

RIPPH. Le modèle. Consulté le 18.02.2018 de RIPPH: <http://ripph.qc.ca/modele-mdh-pph/le-modele/>

WHO - World Health Organization (2012). *Dementia: a public health priority*. Consulté le 18.02.2018 de WHO: [http://www.who.int/mental\\_health/publications/dementia\\_report\\_2012/en/](http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/)

### ----- ANNEXES -----

Tableau 2. Thérapies basées principalement sur les principes de la *Reality Orientation*

Tableau 3. Thérapies multi domaines basées sur l'entraînement de fonctions cognitives spécifiques

Tableau 4. Thérapies multidomaines basées sur l'utilisation d'un moyen de compensation à la mémoire

Tableau 5. Thérapies axées sur la participation sociale

Tableau 6. Thérapies multidomaines avec tâches axées sur le langage

Tableau 7. Thérapie axée spécifiquement sur la stimulation du lexique et de la sémantique

**Tableau 2. Thérapies basées principalement sur les principes de la *Reality Orientation***

Auteurs	But	Type de devis	Caractéristiques des sujets	Programme d'intervention	Résultats
<b>Giordano et al., 2010</b>	Comparer les effets d'une thérapie avec Donepezil, ROT intensive, entraînement physique et participation des proches aidants (groupe A) versus Donepezil seul (groupe B).	Étude expérimentale contrôlée, non randomisée	100 participants (60 femmes/40 hommes) avec un diagnostic de probable MA stade léger à modéré	<i>Intervention de groupe d'une durée de 45 minutes par jour durant 3 semaines incluant :</i> - ROT - Accompagnement des proches aidants - Exercices physiques	- Groupe A : Amélioration des résultats au MMSE en lien avec les tâches d'orientation spatio-temporelle et d'attention - Les interventions n'ont eu aucun impact sur les activités de la vie quotidienne des patients que ce soit dans le groupe A ou B.
<b>D'Onofrio et al., 2015</b>	Évaluer l'efficacité d'un traitement de Rivastigmine transdermal associé à un programme de stimulation cognitive sur des participants présentant une MA	Étude pilote contrôlée, randomisée en simple insu	90 participants avec un diagnostic de MA : 45 constituent le groupe expérimental, 45 constituent le groupe contrôle Tous prennent du Rivastigmine transdermal 9.5 mg /jour	Séances de 90 minutes 1 fois par semaine pour 2 cycles de 2 mois. Une interruption de 2 mois prévue entre chaque cycle <i>Ro thérapie</i> proposée à 2 niveaux selon l'atteinte du participant Niveau 1 : entraîner l'orientation spatiale, personnelle et temporelle, de même que la mémoire topographique, l'orientation sociale, la mémoire verbale, visuelle, l'attention et la logique. Niveau 2 : entraîner l'orientation personnelle, spatiale et temporelle et la fluence verbale	Dans le groupe expérimental comparé au groupe contrôle : les participants ont amélioré leurs scores à différentes mesures cognitives, ont diminué leurs scores de dépression et de symptômes neuro-psychiatriques, ont augmenté leurs activités quotidiennes et diminué leur risque de mortalité.
<b>Onor et al., 2007</b>	Évaluer les effets de l'intégration d'un programme d'intervention multimodale (ROT, réminiscence et thérapie occupationnelle) chez les personnes atteintes de MA avec un suivi en psychoéducation pour leur proches aidants.	Étude contrôlée randomisée	32 sujets : 16 patients atteints de MA au stade léger à modéré, 16 proches aidants -Groupe expérimental : 8 patients, 8 proches aidants - Groupe contrôle : 8 patients, 8 proches aidants	<i>Programme de réadaptation cognitive d'une durée de 60 minutes 3 fois par semaine durant 4 mois incluant :</i> - ROT - Réminiscence - Thérapie occupationnelle - Suivi en psychoéducation pour les proches aidants	- Effets limités sur les résultats post-thérapie au MMSE Dans le groupe expérimental : - Diminution des symptômes dépressifs - Augmentation de la socialisation - Augmentation de la prise de conscience des déficits - Diminution de l'anxiété des proches aidants - Aucun changement rapporté dans les AVQ
<b>Raggi et al., 2007</b>	Rapporter les résultats d'un programme de réadaptation aux	Étude quasi expérimentale	50 patients nouvellement hospitalisés ayant	Programmes d'une durée de 45 minutes par jour d'une durée variable dépendant du nombre de jours	- Effets significatifs des programmes sur la cognition ainsi que sur le fonctionnement des patients au quotidien

	personnes atteintes de démence s'apparentant à la MA.		une probable MA répartis en deux groupes : - Groupe 1(G1) : MMSE < 10 - Groupe 2 (G2) : 10<MMSE<24	d'hospitalisation <i>Programme G1 :</i> - ROT seulement <i>Programme G2 :</i> - ROT - 30 tâches de stimulation cognitive informatisées	
<b>Spagnolo et al., 2015</b>	Évaluer l'efficacité d'association séquentielle de ROT de réminiscence et de remotivation dans la même séance auprès de patients présentant une MA	Étude rétrospective	36 participants MA, MMSE >17	14 rencontres, en groupe de 4 personnes MA+ leur aidant principal, sur 7 semaines. « Le Programme 3R » allié dans une séance : <ul style="list-style-type: none"> <li>• ROT</li> <li>• Réminiscence</li> <li>• Remotivation</li> </ul> (discussion sur des sujets proches du quotidien de la personne de façon à créer un lien avec sa propre réalité)	À la fin du «Programme 3R» les participants ont amélioré leurs scores à différentes mesures cognitives, ont diminué leurs scores de dépression et de symptômes neuro-psychiatriques, ont augmenté leurs activités quotidiennes et diminué leur risque de mortalité.
<b>Spector, Woods et Orrell, 2008</b>	Décrire le développement et l'évaluation de la Stimulation Cognitive, élaborer sur son utilité en clinique et investiguer sur de futures pistes d'intervention.	Revue perspective vulgarisant les résultats de l'étude de Spector et al. (2003) en les mettant en lien avec des questionnements cliniques	201 participants issus de 23 centres de jour : - Groupe expérimental : 115 participants - Groupe contrôle : 86 participants	<i>Programme d'une durée de 45 minutes 2 fois par semaine durant 7 semaines incluant :</i> - ROT - Stimulations Cognitives (reliées à l'utilisation de l'argent, à des jeux de mots, des activités axées sur le quotidien et la reconnaissance de visages connus)	- Bénéfices significatifs aux mesures cognitives du MMSE et de l'ADAS-Cog - Différence significative entre les groupes expérimental et contrôle à l'échelle QoL-AD - Une amélioration de la cognition pourrait donc contribuer à une amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer
<b>Woods, Thorgrims en, Spector, Royan et Orell, 2006</b>	1- Est-ce qu'un programme de Stimulation cognitive influence positivement la qualité de vie des patients atteints de démence? 2- Y a-t-il des domaines spécifiques de la qualité de vie qui changent avec ce type d'intervention?	Étude contrôlée randomisée	201 participants issus de 23 centres de jour : - Groupe expérimental: 115 sujets - Groupe contrôle : 86 sujets	<i>Programme d'une durée de 45 minutes 2 fois par semaine durant 7 semaines incluant :</i> - ROT - SC (entraînement relié à l'utilisation de l'argent, jeux de mots, activités axées sur le quotidien et reconnaissance de visages connus)	- Une meilleure qualité de vie est corrélée significativement avec une amélioration de la cognition. - Une meilleure qualité de vie est corrélée positivement avec une réduction des symptômes de dépression et une amélioration des habiletés de communication

**Tableau 3. Thérapies multi domaines basées sur l'entraînement de fonctions cognitives spécifiques**

Auteurs	But	Type de devis	Caractéristiques des sujets	Programme d'intervention	Résultats
<p><b>Amieva et al., 2016</b></p>	<p>Évaluer 3 thérapies non médicamenteuses dans la MA : la stimulation cognitive, la thérapie par réminiscence et la prise en charge individualisée adaptée au profil cognitif du patient</p>	<p>Essai clinique multicentrique contrôlé randomisé en simple insu</p>	<p>653 patients atteints de la MA au stade léger à modéré non institutionnalisés</p> <p>170 randomisés dans le groupe d'entraînement cognitif</p> <p>172 dans le groupe réminiscence</p> <p>157 en thérapie individualisé</p> <p>154 dans le groupe contrôle</p>	<p>Chaque programme est dispensé 90 minutes par semaine les 3 premiers mois puis toutes les 6 semaines pendant les 21 mois suivants</p> <p><i>Programme d'activités cognitives spécifiques en groupe :</i> Entraînement de la mémoire, de l'attention, du langage, ou des fonctions exécutives</p> <p><i>Thérapies par la réminiscence en groupe :</i> Chaque séance cible un thème</p> <p><i>Réhabilitation cognitive individualisée :</i> Évaluation de buts de thérapie spécifiques au patient et à son aidant dans l'objectif d'améliorer ou de maintenir certaines habitudes de vie</p> <p>La condition contrôle requiert le suivi médical habituel sans thérapie non pharmacologique</p>	<p>Aucun des patients suivis pendant ces 2 années n'a atteint le stade sévère</p> <p>Les programmes d'activités cognitives et le programme de thérapies par la réminiscence n'ont permis aucune amélioration sur la cognition, les activités de la vie quotidienne et la qualité de vie</p> <p>Le programme de thérapie individualisée a montré les meilleurs résultats, les patients ont présenté un déclin fonctionnel moins important que dans les 2 autres groupes.</p> <p>Un délai d'institutionnalisation plus long pour les participants du groupe « thérapie individualisée »</p>
<p><b>Barban et al., 2016</b></p>	<p>Évaluer l'efficacité d'un traitement cognitif combiné à une thérapie de la réminiscence</p>	<p>Essai clinique multicentrique contrôlé randomisé en simple insu</p>	<p>348 participants recrutés, 301 participants ont participé au programme. MA, MCI et personnes âgées en santé</p> <p>Les participants sont répartis dans deux groupes</p> <p>1) Période de 3 mois sans programme puis le programme est appliqué pendant</p>	<p>Les séances ont lieu 2 fois par semaine pendant 3 mois</p> <p><i>Chaque séance comprend :</i></p> <p>30 minutes d'entraînement cognitif multicomposantes : de la mémoire, de l'attention, du langage, ou des fonctions exécutives</p> <p>30 minutes de thérapie par la réminiscence où les participants doivent répondre à des questions concernant des données autobiographiques.</p> <p>L'entraînement se fait sur ordinateur</p>	<p>Pour tous les participants une augmentation des scores aux tests de mémoire, des fonctions exécutives, de fluence verbale après la participation au programme</p> <p>Pour les personnes MA, plus d'amélioration des activités de la vie quotidienne après la participation au programme qu'après une période de repos</p>

			3 mois 2) Le programme est appliqué avant la période de repos		
<b>Bergamaschi et al., 2013</b>	Évaluer l'efficacité de cycles de traitement cognitif répété sur le déclin cognitif de patients présentant une MA au stade léger à modéré en comparant leurs performances avant et après un an de traitement	Essai clinique contrôlé, randomisé en simple insu	32 participants recrutés, Groupe expérimental : 16 participants Groupe contrôle : 16 participants Tous prennent du Donepezil 5 ou 10mg/jour	Le programme est donné au cours de 5 cycles de 20 séances de 2h par jour, 5 jours par semaine. Une pause d'un mois est aménagée entre chaque cycle. La durée totale du programme est 1 année.  <i>Chaque séance comprend :</i> Des exercices pour stimuler l'orientation spatiale, la mémoire, l'attention, la perception, l'analyse visuelle et la reconnaissance de l'expression émotionnelle  Le groupe contrôle participe à des séances d'activités cognitives non spécifiques (lecture du journal, jeu de groupes...)	Dans le groupe expérimental les participants ont amélioré leurs scores à différentes mesures cognitives, n'ont abaissé leur score à aucun test neuro-psychologique ni n'ont diminué leurs activités de la vie quotidienne.  Dans le groupe contrôle les participants ont montré un déclin de leurs habiletés cognitives et ont diminué leurs activités de la vie quotidienne
<b>Farina et al., 2006</b>	Évaluer l'effet de 2 traitements associés à un support psychothérapeutique, un entraînement axé sur la cognition versus une approche de stimulation globale.	Étude quasi expérimentale	32 participants avec un proche aidant divisés en 2 groupes :  Programme de stimulation globale : 16 participants  Programme d'activités cognitives spécifiques : 16 participants	Chaque programme implique 15 séances de 3h réparties sur 6 semaines  <i>Programme de stimulation globale :</i> - Activités récréatives  <i>Programme d'activités cognitives spécifiques :</i> - Entraînement de la mémoire procédurale sur des activités de la vie quotidienne - Entraînement des fonctions cognitives résiduelles comme l'attention, le langage, la mémoire à court terme, les habiletés visuoattentionnelles et la catégorisation.  ** Un support psychologique est offert aux patients de même qu'à leur proche aidant	- Diminution des problèmes de comportements après la stimulation globale.  - Diminution du stress chez les proches aidants après la stimulation globale même après 6 mois post-traitement  - Plus de support et d'éducation des proches aidants ont des effets bénéfiques sur l'état de bien-être du patient.  - Amélioration des habiletés de la vie quotidienne après la stimulation globale.
<b>Lee et al., 2015</b>	Évaluer l'efficacité des effets combinés de thérapies ciblant les habiletés motrices fines et la cognition sur la	Essai clinique contrôlé, randomisé en simple insu	26 participants MA recrutés. Groupe expérimental : 13	Le programme consiste en 3 séances de 60 minutes par semaine pendant 12 semaines.  <i>Durant une séance les participants :</i> Font du coloriage, chantent, associent des	Dans le groupe expérimental, les participants ont amélioré leurs scores à différentes mesures cognitives, aussi bien que dans la mesure de leurs activités quotidiennes, cependant leur besoin

	cognition, la dépression et les activités de la vie quotidienne chez des participants présentant une MA.		participants Groupe contrôle : 13 participants Tous prennent du Donepezil 5 mg /jour	images 2 par 2, jouent d'un instrument de musique, et jouent à des jeux en interaction (jeux de ballon.)	d'assistance est toujours présent.
<b>Maci et al., 2012</b>	Évaluer les effets de l'application simultanée d'un programme de SC, d'activités physiques et de séances de socialisation sur les symptômes cognitifs et comportementaux ainsi que sur la qualité de vie des personnes atteintes de la MA.	Essai clinique contrôlé, randomisé en simple insu	14 patients divisés en 2 groupes : groupe expérimental et groupe contrôle	<p><i>Groupe expérimental</i> : Programme d'une durée de 3h 5 fois par semaine durant 3 mois :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Activités physiques</li> <li>- Groupes de discussion</li> <li>- SC (tâches d'orientation spatio-temporelle, de stimulation de la mémoire, des fonctions exécutives et du langage)</li> </ul> <p><i>Groupe contrôle</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Activités habituelles réalisées à la maison</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aucun changement significatif des performances cognitives</li> <li>- Amélioration significative des symptômes d'apathie, d'anxiété et de dépression.</li> <li>- Amélioration significative de la qualité de vie des personnes ayant participé au programme</li> </ul> <p>Perception des proches aidants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Amélioration significative de leur bien-être et de leur perception de la qualité de vie de la personne atteinte de la MA dans le groupe expérimental, alors que l'inverse a été observé dans le groupe contrôle.</li> </ul>

**Tableau 4. Thérapies multidomaines basées sur l'utilisation d'un moyen de compensation à la mémoire**

Auteurs	But	Type de devis	Caractéristiques des participants	Programme d'intervention	Résultats
<b>Kurz et al., 2012</b>	Évaluer un programme de réadaptation cognitive combiné à des interventions cognitivo-comportementales chez des personnes atteintes de MA au stade initial de la maladie	Étude contrôlée randomisée	201 participants répartis en 2 groupes :  Groupe expérimental : 100 participants  Groupe contrôle : 101 participants  **Hétérogénéité des groupes : Les participants du groupe expérimental étaient plus jeunes, rapportaient avoir une meilleure qualité de vie.	Programme d'intervention individuelle d'une durée de 1h par semaine durant 12 semaines divisé en 5 modules :  - Entraîner l'utilisation d'aides compensatoires à la mémoire - Cerner un problème et déterminer des objectifs de traitement - Établir des routines comportementales pour réduire les demandes mnésiques - Utiliser la réminiscence - Structurer la routine du quotidien	- Aucun effet significatif relatif aux performances dans les activités de la vie quotidienne.  - Effets significatifs sur les symptômes dépressifs.  - Amélioration mineure de la qualité de vie du groupe expérimental.
<b>Khayum et Wynn, 2015</b>	Illustrer une approche en «habilitation» pour cibler les buts pertinents pour une personne présentant une MA au stade léger	Étude de cas	Patiente de 75 ans présentant des troubles de mémoire épisodique et un manque du mot. Ces déficits nuisent à plusieurs AVQ. La patiente veut continuer à faire du bénévolat et à faire la cuisine	<i>Approche du patient partenaire</i>  Entraînement à l'utilisation d'aides visuelles et de dispositifs externes pour compenser la perte mnésique et le manque du mot.  Techniques d'entraînement : apprentissage sans erreur et récupération espacée  Programme sur 4 semaines, 45 minutes par jours, 5 fois par semaine en présence du conjoint	La patiente utilise les aides externes pour compenser ses difficultés mnésiques.  La patiente poursuit ses AVQ en particulier, elle continue de cuisiner.

Tableau 5. Thérapies axées sur la participation sociale

Auteurs	But	Type de devis	Caractéristiques des sujets	Programme d'intervention	Résultats
Arkin, 2007	<p>Objectifs :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ralentir globalement le déclin</li> <li>2. Accroître la participation sociale</li> <li>3. Améliorer la condition physique et l'humeur de patients ayant une MA légère à modérée</li> </ol>	Étude longitudinale sur 4 ans	<p>24 participants ayant une MA de stade léger à modéré</p> <p>** 4 participants ont suivi le programme pendant 4 ans</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 20 séances d'entraînement physique par semestre (2 fois par semaine pour 10 semaines)</li> <li>- 1 séance d'entraînement physique sur 2 est enrichie par une intervention cognitive simultanée</li> <li>- 1 entraînement physique par semaine est animé par un proche aidant.</li> <li>- Une implication dans une activité communautaire est requise.</li> </ul> <p><i>Intervention cognitive</i> : travaille l'attention, la mémoire explicite, le jugement, le raisonnement, la planification, la résolution de problème et la mémoire sémantique par le biais d'exercices de fluence verbale, de description d'images, d'associations de mots, d'échanges d'opinions sur un thème, de rappel d'histoires, de complétion de proverbes, de similitudes, d'argumentation (pour et contre), de complétion de phrases, de dénomination d'images et de description d'objets</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Après 4 années de suivi, les 4 participants sont restés cognitivement stables</li> <li>- 2 des 4 participants ont maintenu ou amélioré leurs performances dans les tâches de discours.</li> <li>- 16 aidants interrogés après 1 an de participation au programme notent une amélioration générale de la qualité de vie de leur proche, une amélioration de son humeur et de l'impression de se sentir utile</li> </ul>



Tableau 6. Thérapies multidomaines avec tâches axées sur le langage

Auteurs	But	Type de devis	Caractéristiques des sujets	Programme d'intervention	Résultats
<p><b>Avila, Carvalho, Bottino et Miotto, 2007</b></p>	<p>Rapporter les effets de trois techniques d'entraînement de la mémoire et des AVQ en combinaison avec un traitement pharmacologique dans trois contextes d'intervention (individuel, en groupe ou à domicile).</p>	<p>Étude randomisée</p>	<p>16 sujets atteints de MA au stade léger à modéré divisés en trois groupes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Thérapie de groupe</li> <li>- Thérapie individuelle</li> <li>- Thérapie à domicile</li> </ul>	<p>Durée du traitement : 22 semaines.</p> <p>Tâches proposées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Association verbale : créer des phrases à partir d'1 liste de mots</li> <li>- Mouvements moteurs : associer 1 geste à 1 mot</li> <li>- Catégorisation</li> <li>- Entraînement aux AVQ (téléphone, journal personnel, repas)</li> </ul> <p><i>Thérapie de groupe :</i> 60 minutes une fois par semaine animé par un orthophoniste et un psychologue.</p> <p><i>Thérapie individuelle :</i> 40 minutes une fois par semaine animé par un orthophoniste et psychologue.</p> <p><i>Thérapie à domicile :</i> Animé par un proche aidant ayant reçu un guide informatif</p> <p><b>**Pour tous les groupes, un soutien aux proches aidants était offert.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas de différence significative entre les trois groupes sauf aux résultats du MMSE, ADAS-Cog, NPI et QI pour lesquels le «groupe thérapie à domicile» a obtenu de moins bons résultats.</li> <li>- Petite amélioration perçue pour la thérapie de groupe dans la capacité à faire de nouveaux apprentissages.</li> <li>- La technique de l'association verbale semble être la plus difficile pour tous les sujets.</li> <li>- Le peu de résultats pourrait être dû au petit échantillonnage ou à une faible sensibilité des tests utilisés pour trouver les effets positifs.</li> </ul>
<p><b>Fernández, Manoilloff et Monti, 2006</b></p>	<p>Évaluer</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) les effets de l'ajout d'un traitement neuropsychologique au traitement pharmacologique</li> <li>2) Les effets d'un traitement à long terme</li> </ol>	<p>Étude de cas longitudinale sur 2 ans et 10 mois</p> <p><i>Design expérimental A-B-A-B :</i></p> <p>A-1 → Médication seule</p> <p>B-1 → Thérapie cognitivo-</p>	<p>Homme âgé de 67 ans ayant une probable MA dont les atteintes principales se situent sur le plan de la mémoire, de l'orientation temporelle et de la fluence verbale sémantique. Le patient présente aussi des symptômes d'anxiété et un désordre du sommeil.</p>	<p>En phase B le patient bénéficie de 3 séances d'1h hebdomadaire</p> <p>Ces séances sont constituées d'entraînement direct et d'entraînement aux activités de la vie quotidienne :</p> <p><i>Tâches :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Exercices ciblant les fonctions attentionnelles,</li> <li>- Entraînement du langage par des activités de fluence phonétique et</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En phase B-1, le déclin cognitif a ralenti, voire stoppé. Les habiletés cognitives du patient se sont stabilisées durant 13 mois.</li> <li>- En phase A-2, les habiletés cognitives du patient ont décliné.</li> <li>- En phase B-2, une réadaptation des habiletés cognitives a été observée. Certaines habiletés perdues en phase A-2 ont été récupérées.</li> <li>- Durant les phases de traitement B-1 et B-2, le patient était en mesure d'avoir une conversation claire et cohérente à propos de différents sujets. De plus, il était en mesure de se déplacer de façon autonome et d'utiliser adéquatement la</li> </ul>

		linguistique+ médication A-2 → Médication seule B-2 → Reprise de la thérapie cognitivo- linguistique		sémantique, - Entraînement de la mémoire à court terme, de la mémoire sémantique - Entraînement des fonctions exécutives - Entraînement des habiletés visuospatiales - Entraînement aux AVQ	monnaie. - Ces AVQ étaient en décroissance lorsque le patient n'était plus en phase de réadaptation cognitive.
<b>Tsantali, Economidis, 2014</b>	Évaluer l'efficacité d'un programme d'intervention cognitive sur 5 ans ciblant de nombreux déficits du langage	Étude de cas longitudinale	1 participant présentant une MA au stade léger. Prend des Inhibiteurs de cholinesterase (non précisé)	Le programme utilise l'apprentissage sans erreur. Il cible la mémoire sémantique (catégorisation, recherche d'intrus, recherche de similarité...) la résolution de problèmes (scenario avec de l'argent, création d'histoire à partir de mots...) puis la mémoire directe et indirecte et enfin l'attention divisée  <i>Phase 1, pendant 4 mois : 5 séances par semaine sous supervision serrée d'un neuropsychologue</i>  <i>Phase 2 : 3 séances par semaine avec une légère supervision</i>	Résultats à 11 mois : Amélioration des résultats aux différentes mesures cognitives de 3,3% à 100% et amélioration des activités de la vie quotidienne confirmée par l'aidante principale  Résultats à 5 ans : Les améliorations sont maintenues pour la mémoire le langage et les performances cognitives générales. De moins bonnes performances touchent le rappel indirect.  Le comportement du patient a aussi été amélioré avec une diminution de son agressivité

**Tableau 7. Thérapie axée spécifiquement sur la stimulation du lexique et de la sémantique**

Auteurs	But	Type de devis	Caractéristiques des sujets	Programme d'intervention	Résultats
<p><b>Jelcic et al., 2012</b></p>	<p>Comparer les effets, sur la mémoire, d'une stimulation axée sur le lexique et la sémantique avec les effets d'une stimulation cognitive non structurée chez des patients atteints de MA.</p>	<p>Étude pilote contrôlée randomisée</p>	<p>40 participants atteints de MA au stade léger divisés en 2 groupes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Groupe 1 → stimulation axée sur le lexique et la sémantique (20 participants)</li> <li>- Groupe 2 → stimulation cognitive non structurée (20 participants)</li> </ul>	<p><i>Stimulation axée sur le lexique et la sémantique :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Discrimination sémantique</li> <li>2- Catégorisation syntagmatique et paradigmatique</li> <li>3- Catégorisation sémantique</li> <li>4- Discrimination d'adjectifs selon leur pertinence dans un contexte donné</li> <li>5- Relation partie-tout entre des mots</li> <li>6- Reconnaissance du non-sens dans des phrases</li> <li>7- Identification de définition sémantique</li> <li>8- Identification d'anomalies sémantiques dans un texte.</li> </ol> <p><i>Stimulation cognitive non structurée :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Travail manuel</li> <li>- Création d'outils d'aide externe à la mémoire</li> <li>- Lecture du journal et participation à des discussions à propos de l'actualité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les résultats au MMSE relatifs aux sphères de la mémoire de travail et de l'orientation spatio-temporelle se sont améliorés davantage dans le groupe 1.</li> <li>- Augmentation significative des résultats au Boston Naming Test et au Verbal Naming Test pour le groupe 1.</li> <li>- Augmentation significative de la fluence verbale et phonémique dans le groupe 1.</li> <li>- Augmentation significative de la mémoire verbale épisodique dans le groupe 1.</li> <li>- Aucune amélioration significative rapportée par l'IADL dans l'un ou l'autre des groupes quant aux AVQ.</li> </ul>