



Département d'Orthophonie



Gabriel DECROIX

MEMOIRE

En vue de l'obtention du
Certificat de Capacité d'Orthophonie
présenté par :

Morgane LACOMBE

soutenu publiquement en juin 2018 :

**Plainte langagière et dépistage des troubles du
langage en Consultation Mémoire
Etude auprès de 127 sujets suivis au CMRR du CHU de Lille**

MEMOIRE dirigé par :

MACKOWIAK Marie-Anne, Neurologue, CMRR du CHU, Lille

TRAN Thi Mai, Orthophoniste et linguiste, MCU, Lille 2

Lille – 2018

Remerciements

Je tenais tout d'abord à remercier mes maîtres de mémoire, Mme Thi Mai TRAN et Mme Marie-Anne MACKOWIAK qui m'ont apporté de nombreux conseils pour la production d'un travail de la meilleure qualité possible.

Je tenais aussi à remercier l'équipe du CMRR du CHU de Lille, en particulier Mme Nathalie BOUT et Mme Nathalie JOURDAN qui m'ont apporté un important soutien, notamment technique. Je remercie Mme DEBACHY qui m'a fait découvrir en pratique le rôle de l'orthophoniste au sein d'un centre mémoire en m'accueillant en stage.

Merci à l'équipe des archives du CHU de Lille qui a permis la récolte des données.

Je souhaitais aussi remercier les membres du Service Méthodologie, Biostatistiques, Gestion de Données, Archives du CHU de Lille qui ont réalisé mes analyses statistiques et se sont montrés très disponibles pour répondre à mes questions (Dr CARON Alexandre et Dr FICHEUR Grégoire, assistants hospitalo-universitaires, ainsi que M. DEZETREE Arnaud, M. MARTIGNENE Niels et M. LECOEVRE Adrien, internes de santé publique).

Enfin, je remercie Maéva ASSER pour sa collaboration dans l'entrée des données et dans l'élaboration de leur grille d'analyse mais aussi pour le soutien apporté tout au long de ce travail.

Résumé :

Le DTLA (Dépistage des Troubles du Langage chez les personnes Agées) a été créé en 2017 afin de pallier l'absence d'outil de dépistage des troubles du langage dans le cadre du diagnostic des troubles cognitifs en consultation mémoire. Afin de rendre compte de l'intérêt de ce nouvel outil dans la pratique clinique, nous avons étudié le lien entre les plaintes de 127 sujets, âgés de 50 à 80 ans, consultant pour la première fois au CMRR du CHU de Lille et leurs résultats au DTLA. Les résultats mettent en évidence que pour ce groupe de sujets, la plainte de trouble du langage n'est pas prédictive des résultats au DTLA. Il est donc important qu'un outil de dépistage des troubles du langage soit systématiquement proposé en consultation mémoire dans une perspective diagnostique voire thérapeutique.

Mots-clés :

Dépistage – Langage – Démence – Consultation Mémoire – Plainte.

Abstract :

DTLA (Detection Test for Language Impairments in Adults and the Aged) was created in 2017 to deal with the lack of screening tool for language disorders concerning diagnostic of cognitive impairments in memory consultation. In order to show the advantage of this new test in clinical practice, we studied the link between the complaints of 127 subjects, aged from 50 to 80, first-consulting in the Lille CHU CMRR and their DTLA results. The results bring out that the complaint of language impairment does not predict the DTLA results for this group of subjects. It is therefore important to systematically propose a screening tool for language impairments in memory consultation leading to a diagnostic or even a therapy.

Keywords :

Detection — Language – Dementia – Memory consultation – Complaint.

Table des matières

Introduction	1
Contexte théorique, buts et hypothèses	1
1. La consultation mémoire	1
1.1. Fonctionnement	2
1.2. Pathologies et troubles diagnostiqués au CMRR	2
2. Dépistage des déficits cognitifs dans le cadre de maladies neurodégénératives	5
2.1. Définition du dépistage des troubles cognitifs et sa place dans le parcours de soin	5
2.2. Recueil de la plainte	5
2.3. Spécificités du dépistage des troubles du langage	6
2.4. Intérêt du dépistage précoce des troubles du langage dans la prise en charge orthophonique	7
3. DTLA (Dépistage des Troubles du Langage chez l'Adulte et la personne âgée)	7
3.1. Présentation de l'outil	8
3.2. Epreuves	8
3.2.1. Dénomination	8
3.2.2. Répétition	8
3.2.3. Fluence verbale	8
3.2.4. Alpha-span	9
3.2.5. Lecture	9
3.2.6. Compréhension de phrases	9
3.2.7. Dictée	9
3.2.8. Ecriture spontanée	9
3.2.9. Appariement sémantique	9
3.3. Normalisation et validité de l'outil	9
4. Objectifs et hypothèses	10
4.1. Objectifs	10
4.2. Hypothèses	10
4.2.1. DTLA et troubles du langage	10
4.2.2. Troubles du langage et plainte	10
Sujet, matériel, méthode	11
1. Sujets	11
2. Matériel	11
3. Méthode	11
3.1. Variables	12
3.1.1. Variables descriptives	12
3.1.2. Variables spécifiques à l'analyse plainte/score au DTLA	12
3.2. Procédure d'entrée des données	13
3.3. Analyse statistique	13

Résultats	14
1. Description statistique de la population	14
1.1. Procédure d'inclusion des dossiers	14
1.2. Caractéristiques de la population étudiée.....	15
1.2.1. Caractéristiques générales	15
1.2.2. Diagnostic clinique et étiologique.....	15
1.2.3. Types de plaintes présentées par l'échantillon	16
2. Présentation des résultats.....	17
2.1. DTLA et troubles du langage	17
2.2. Troubles du langage et plainte.....	19
2.2.1. Plainte langagière des patients	19
2.2.2. Plainte spontanée des patients	19
2.2.3. Plainte incitée des patients	20
2.2.4. Plainte des informants	21
Discussion	21
Conclusion	27
Bibliographie.....	27

Introduction

Les démences neurodégénératives sont caractérisées par l'évolution progressive de troubles cognitifs entravant l'autonomie. Dans la dernière version du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM V, 2013), le terme de démence a été remplacé par celui de « troubles neurocognitifs majeurs » et le terme « Mild Cognitive Impairment » (MCI) par ceux de « troubles neurocognitifs mineurs ». Les critères diagnostiques sont récapitulés dans le DSM V.

Les déficits langagiers constituent la caractéristique première de certains tableaux cognitifs (notamment des Aphasies Progressives Primaires) et appartiennent à la symptomatologie clinique des principales formes de syndromes démentiels. Leur identification participe au diagnostic ; leur dépistage s'avère donc indispensable. Un dépistage puis un diagnostic précoce permettront de débiter rapidement la prise en charge orthophonique lorsqu'elle est nécessaire.

Le DTLA (Dépistage des Troubles du Langage chez la personne Agée) a été élaboré par un groupe de chercheurs francophones afin de répondre au besoin d'un outil de dépistage tenant compte des critères actuels de démences. Il s'agit d'un test constitué de neuf épreuves avec une passation d'environ 10 minutes. Jusqu'à présent, les travaux menés par ce groupe se sont intéressés à l'élaboration, à la normalisation et à la validation du test. Il est à présent nécessaire de montrer l'intérêt de ce nouvel outil dans la pratique courante des soins primaires. L'objectif principal de ce travail est donc d'évaluer si ce test de dépistage du langage a un intérêt en Centre Mémoire de Ressources et de Recherche (CMRR). L'objectif secondaire est d'explorer le lien entre la plainte des sujets et les résultats au DTLA chez des sujets consultant pour la première fois en CMRR.

Tout d'abord, la partie théorique du mémoire abordera l'organisation des consultations mémoire puis les caractéristiques du dépistage des troubles cognitifs et langagiers, avant de présenter le DTLA plus précisément. Ces différents éléments permettront de justifier nos hypothèses. Ensuite, il s'agira de décrire la méthodologie de l'étude avec le matériel employé et les techniques d'analyse adoptées. Les résultats seront ensuite présentés. Enfin, leur interprétation sera abordée dans la discussion, de même que la critique de la méthodologie, la validation des hypothèses ainsi que le lien avec la pratique orthophonique et les perspectives faisant suite à ce mémoire.

Contexte théorique, buts et hypothèses

Afin de favoriser le dépistage et la pose de diagnostics de démence, des consultations et des centres de la mémoire ont été créés. Lors de ces consultations, un dépistage des troubles cognitifs a lieu systématiquement et peut aboutir à un bilan orthophonique en cas de détection d'anomalies langagières. Ces consultations permettent le diagnostic des troubles du langage dans une démarche d'évaluation interdisciplinaire.

1. La consultation mémoire

Le fonctionnement des consultations et des centres mémoires est spécifique et a pour objectif le dépistage et la pose de diagnostics étiologiques de troubles cognitifs.

1.1. Fonctionnement

Dans le cadre des plans Alzheimer et notamment de la circulaire n° 2002/222 du 16 avril 2002, deux types de consultations spécialisées lors de la suspicion d'une maladie neurodégénérative cognitive ont été mises en place. D'une part, les consultations mémoire de proximité accueillent des patients orientés par leur médecin généraliste ou un médecin spécialiste. D'autre part, les CMRR reçoivent des individus dont le diagnostic est estimé complexe lors des consultations mémoire ou par les spécialistes. Ils ont aussi pour rôle de coordonner le réseau régional des consultations mémoire, d'organiser la recherche et de proposer des formations.

Lors des consultations au CMRR de Lille, on cherche à déterminer l'origine des troubles et de la plainte (pathologie organique, syndrome dépressif...) à la suite d'une journée d'examens interdisciplinaires. Ainsi, l'objectif est la pose d'un diagnostic. Dans cette finalité, le sujet (accompagné, si possible d'une personne de son entourage) rencontre différents professionnels. D'une part, des informations générales sur le patient, ses symptômes et ses antécédents sont recueillies. Afin de déterminer la présence ou non de signes d'appel qui pourront orienter vers des examens complémentaires, une évaluation cognitive globale est réalisée. Elle se compose de la passation de tests de dépistage comme le Mini-Mental Status Examination (MMS) de Folstein (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975) ou les 5 mots de Dubois (Dubois *et al.*, 2002), de l'évaluation du retentissement des troubles cognitifs sur la vie quotidienne, d'un bilan thymique et comportemental ainsi que d'un examen clinique. Au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Lille, l'ensemble des résultats et des informations relevés lors de l'examen neurologique sont regroupés dans le formulaire TCND (Troubles Cognitifs Neuro-Dégénératifs). D'autre part, une imagerie est systématiquement proposée, de même qu'une évaluation neuropsychologique. Dans certains cas, à la suite du dépistage, le sujet est orienté vers des examens complémentaires (orthophonique, psychologique, psychiatrique...). Fortin et Krolak-Salmon (2010) rappellent les tests paracliniques à réaliser et les résultats attendus (notamment pour l'Imagerie à Résonance Magnétique, la scintigraphie, l'étude des composantes du liquide céphalo-rachidien) selon chaque maladie neurodégénérative.

Ces évaluations sont suivies d'une synthèse des résultats entre les professionnels du CMRR puis de l'annonce du diagnostic ou des hypothèses diagnostiques et du plan de soins et d'aides le cas échéant.

1.2. Pathologies et troubles diagnostiqués au CMRR

Les principales pathologies dépistées au CMRR entrent dans le cadre des troubles neurocognitifs. Les étiologies déterminent le mode et la rapidité de l'évolution. Il en existe de multiples dont le diagnostic est posé selon les critères cliniques de la littérature. La cause de démence la plus fréquente est la Maladie d'Alzheimer (MA), définie par les critères de McKhann *et al.* (2011). Les troubles débutent fréquemment par un déficit de la mémoire épisodique et se complètent par une altération des fonctions phasiques, gnosiques et praxiques dans la forme mnésique. Par ailleurs, il existe des formes non mnésiques qui sont moins fréquentes : la présentation langagière, celle visuo-spatiale et la dysfonction exécutive (McKhann *et al.*, 2011).

Les troubles neurocognitifs mineurs ou MCI ont été reconnus comme un facteur de risque d'évolution vers la MA (Fortin & Krolak-Salmon, 2010). Il en existe aussi deux sous-types : la forme amnésique constituée d'une atteinte isolée des fonctions mnésiques, et la forme non-

amnésique caractérisée par des altérations non mnésiques et plutôt associée à un risque d'évolution vers un autre type de démence que la MA.

La démence à Corps de Lewy (DCL) constitue la deuxième cause de pathologie dégénérative chez les plus de 65 ans après la MA (Bakchine & Habert, 2007). Les critères diagnostiques de cette démence sont ceux de Mc Keith (2005, révisés en 2017). Les sphères attentionnelles, exécutives, visuo-spatiales et visuo-constructives sont les plus touchées. Leur atteinte est souvent associée à un syndrome parkinsonien, à des fluctuations de l'état moteur et cognitif et à des hallucinations visuelles précoces.

Les Dégénérescences Fronto-Temporales (DFT) sont caractérisées par les critères de Neary *et al.* (1998). Elles comprennent un ensemble hétérogène de pathologies affectant les adultes d'environ 50 ans, dont les dégénérescences fronto-temporales comportementales, l'Aphasie Primaire Progressive non fluente (APPnf) et la Démence Sémantique (DS). Le déficit des fonctions exécutives (atteinte de la planification, des capacités d'abstraction, de la résolution de problèmes...) constitue la composante principale de la symptomatologie clinique.

Les Aphasies Primaires Progressives (APP) correspondent à des pathologies dont le seul symptôme durant deux années demeure un déficit du langage. Elles sont définies par les critères de Gorno-Tempini *et al.* (2011) et se manifestent en général avant 65 ans. Elles regroupent l'APPnf, l'aphasie logopénique (APPl) et l'aphasie à variante sémantique (APPs). La DS est parfois assimilée à l'APPs. Elle s'en distingue par l'ampleur des difficultés : en présence d'une DS, l'atteinte s'avère multimodale avec l'identification visuelle échouée au contraire des APP. En ce qui concerne le variant logopénique, des lésions neuropathologiques de MA sont fréquemment associées. En revanche, le nombre de cas rapportés dans les études s'avère insuffisant pour établir une fréquence de cette neuropathologie (Magnin *et al.*, 2015).

Enfin, les Démences Vasculaires (DV) présentent une grande hétérogénéité clinique. Les critères les plus récents sont ceux de Sachdev *et al.* (2014). Les troubles typiques langagiers décrits correspondent à : de faibles performances en fluence phonémique, une diminution de la complexité syntaxique, une dysarthrie et une dysprosodie. A cela, s'ajoutent généralement des troubles attentionnels, un dysfonctionnement exécutif et des difficultés comportementales.

Lors des consultations mémoire, d'autres diagnostics en lien avec des troubles cognitifs mineurs peuvent être posés tels que des troubles de l'humeur, de la personnalité, du sommeil ou un déficit anxieux (Petit *et al.*, 1997). Le tableau 1, élaboré à partir de différents articles (Ash *et al.*, 2012; Gorno-Tempini *et al.*, 2011; Graham, 2000; Macoir *et al.*, 2017; McKeith *et al.*, 2005; McKhann *et al.*, 2011), détaille les troubles du langage pouvant être observés dans les différentes pathologies nous intéressant, sauf les DV dont les atteintes dépendent de la taille et de la topographie des lésions.

Tableau 1 : Troubles du langage dans la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées

	Maladie d'Alzheimer	Aphasie logopénique	Aphasie non-fluente	Démence sémantique	Démence à corps de Lewy
Lexique	Troubles lexico-sémantiques : anomie, paraphasies sémantiques	Troubles d'accès au lexique phonologique : anomie dans le discours spontané	Troubles d'accès au lexique phonologique : anomie compensée par des circonlocutions ou des mimes	Troubles lexico-sémantiques : anomie ; connaissances sémantiques atteintes ; paraphasies sémantiques	Anomie
Syntaxe	Diminution de la complexité à l'oral et à l'écrit	Préservée	Agrammatisme, style télégraphique à l'écrit et à l'oral	Préservée	Réduction de la complexité syntaxique à un stade évolué
Phonologie	Préservée jusqu'à un stade avancé	Troubles phonologiques et répétition de phrases déficitaire	Non mentionné	Production fluente, sans trouble phonologique	Non mentionné
Discours	Avec évolution : peu informatif, persévérations, digressions, palilalies, écholalies	Ralentissement du discours	Hésitant, non-fluent ; dysprosodie possible	Manque d'informativité	Confabulations liées aux hallucinations, persévérations, réduction de la fluidité verbale
Compréhension orale et écrite	Atteinte à un stade évolué	Difficulté pour les phrases longues à l'oral	Difficultés pour la compréhension de phrases complexes	Difficulté pour les mots (et pour les phrases à un stade avancé)	Altération de la compréhension de phrases
Lecture	Dyslexie de surface (erreurs de régularisation)	Dyslexie phonologique	Lente avec paralexies phonémiques	Dyslexie de surface	Non mentionné
Orthographe	Dysorthographe de surface puis mixte	Dysorthographe phonologique	Dysorthographe mixte possible	Dysorthographe de surface	Non mentionné
Autres caractéristiques	Destructuration progressive du graphisme	Troubles de la mémoire phonologique de travail	Apraxie de la parole voire mutisme et lenteur du graphisme	Graphisme préservé	Dysarthrie et dysgraphie

2. Dépistage des déficits cognitifs dans le cadre de maladies neurodégénératives

Le dépistage des atteintes cognitives est la première étape du parcours de soin des patients consultant en centre mémoire. Le dépistage précoce de ces troubles et notamment de ceux langagiers présente un intérêt pour l'établissement du diagnostic général ainsi que pour la mise en œuvre d'une prise en charge orthophonique précoce lorsque celle-ci est nécessaire.

2.1. Définition du dépistage des troubles cognitifs et sa place dans le parcours de soin

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) indique que le dépistage « consiste à identifier présomptivement à l'aide de tests, d'examens ou d'autres techniques susceptibles d'une application rapide les sujets atteints d'une maladie ou d'une anomalie passées jusque-là inaperçues » (Wilson, Jungner, & Organization, 1970, p. 11). Les outils de dépistage se distinguent des tests diagnostiques. En effet, ils sont utilisés afin de déterminer si le patient est susceptible d'être atteint du trouble recherché ou non, ce qui permet de l'orienter vers les professionnels spécialistes. Au moyen de la passation des outils diagnostiques, ces professionnels peuvent caractériser les déficits de façon plus détaillée. Par exemple, au CHU de Lille, la batterie diagnostique orthophonique du GREMOTS (Bézy, Renard, & Pariente, 2016) est utilisée afin de préciser le diagnostic étiologique de l'atteinte langagière.

Dans les pathologies neurodégénératives, un dépistage précoce s'avère souhaitable pour plusieurs raisons. Tout d'abord, celui-ci aide à la mise en place plus rapide du parcours de soin. Il va permettre de centrer les objectifs de l'intervention sur les besoins et les intérêts du patient et de son entourage. Etablir le diagnostic au plus tôt favorise des adaptations permettant de conserver l'autonomie le plus longtemps possible, la proposition des structures d'aide au maintien à domicile, la prescription d'une prise en charge orthophonique ou un accueil en hôpital de jour. Aussi, dans les phases débutantes de la maladie, le discernement des patients se révèle parfois plus fiable, on peut alors aborder les mesures juridiques : les directives anticipées sur les soins futurs ou l'anticipation des mesures de protection ou d'aides administratives.

Ensuite, le dépistage précoce des troubles cognitifs permet de prévenir l'épuisement de l'entourage pouvant survenir avec l'évolution de la maladie. En effet, 17 à 35% des aidants familiaux développent une dépression (Association France Alzheimer, 2004). En leur demandant quelles sont leurs attentes, on dégage deux éléments majeurs : le besoin d'information sur la pathologie et celui de développer des compétences afin d'optimiser l'aide apportée dans le quotidien (Amieva *et al.*, 2012). Partant de ces faits, l'information des proches sur la maladie, le plan de soins, une éventuelle entrée en institution, et l'existence de structures de répit et d'associations doit avoir lieu le plus rapidement possible. Dans un second temps, la participation à des formations peut leur être proposée.

2.2. Recueil de la plainte

Le recueil des plaintes cognitives (mnésique, langagière...) fait partie intégrante du dépistage des troubles cognitifs en consultation mémoire. Il est important de laisser le patient exprimer sa plainte spontanée, en prenant en compte le fait que son type et son intensité sont

culturellement déterminés. Il est possible de préciser les informations transmises par les sujets et de recueillir des plaintes sur incitation grâce à des outils généralistes ou spécialisés. Par exemple, l'Echelle des Difficultés Cognitives de Mac Nair & Khan (1984) appartient aux questionnaires d'auto-évaluation de la plainte cognitive. Une plainte incitée correspond à une plainte exprimée à la suite de questions ciblées par un examinateur (par exemple, dans le TCND : « vous arrive-t-il d'employer un mot pour un autre ? »).

Plusieurs études épidémiologiques dont l'étude Paquid (Dartigues *et al.*, 2012) ont mis en évidence qu'en cas de plainte mnésique spontanée, le facteur de risque de développer une MA était multiplié par trois avec un bilan mnésique normal et par six avec un bilan anormal (Hugonot-Diener, 2005). Néanmoins, distinguer les plaintes et les déficits mnésiques liés au vieillissement normal de ceux étant annonciateurs d'une maladie neurodégénérative reste parfois difficile. L'étude de Thomas-Anterion et Richard-Mornas (2013) retrouve une cognition normale malgré une plainte cognitive des sujets dans trois quarts des cas. Cependant, cette étude porte seulement sur 50 patients présentant une plainte cognitive et consultant pour la première fois au CMRR de St-Etienne. Les auteurs relèvent trois plaintes prédominantes pouvant s'associer chez un même sujet : attentionnelles, mnésiques et langagières. Les plaintes concernant la gestualité (apraxie) et le comportement (irritabilité, apathie...) restent exceptionnelles. En ce qui concerne les plaintes langagières, les plus fréquentes concernent l'anomie : Petit *et al.* (1997) abordent des « difficultés à trouver les mots » et « l'oubli des noms propres » pour les patients adressés en consultation mémoire par leur médecin ou un spécialiste.

Il est intéressant de recueillir la plainte des patients mais aussi celle de l'entourage qui peut être différente. Cette dernière peut apporter des éléments complémentaires ou bien contradictoires, notamment si le sujet présente une anosognosie (soit la méconnaissance de ses troubles ou de sa maladie, régulièrement observée dans les cas de syndromes démentiels). De multiples études affirment que les plaintes sont plus fréquemment associées à des atteintes objectives lorsqu'elles proviennent de l'entourage plutôt que du patient (Burmester, Leatham, & Merrick, 2016; Thomas-Anterion *et al.*, 1995).

2.3. Spécificités du dépistage des troubles du langage

La plupart des outils de dépistage utilisés en clinique analysent le fonctionnement cognitif global. Ces tests se concentrent principalement sur la mémoire. Cependant, les difficultés des patients consultant au CMRR ne se limitent pas à ce domaine voire prédominent sur un autre dans certains cas (par exemple, dans les phases initiales de l'APPi et de l'APPnf, les atteintes concernent principalement le langage). Il s'agit par exemple du Mini Mental State de Folstein (1975) intégrant tout de même quelques épreuves d'évaluation langagière. La catégorie s'y rapportant est composée d'épreuves courtes de dénomination d'objets, de compréhension d'ordres simples, d'une répétition de phrase et de l'écriture spontanée d'une phrase.

Au CHU de Lille, le test du DTLA a remplacé depuis février 2017 les items de la Batterie d'évaluation Rapide de Dénomination (BARD ; Croisile, 2005) ainsi que les épreuves de répétition de mots et de phrases et la dictée de phrases jusqu'alors utilisées. Cette modification s'est opérée puisqu'auparavant l'analyse rapide du langage reposait sur des items issus de différentes batteries. Les résultats étaient alors interprétés au regard de différentes populations de référence.

Ainsi, jusqu'à la création du DTLA, aucun outil de dépistage explorant les pôles du langage (expression orale et écrite, compréhension orale et écrite) ainsi que les transpositions

(lecture, répétition) susceptibles d'être touchés dans les pathologies neurodégénératives n'existent.

2.4. Intérêt du dépistage précoce des troubles du langage dans la prise en charge orthophonique

A la suite du dépistage cognitif et d'examen adaptés au profil du patient (imagerie morphologique et fonctionnelle, ponction lombaire, test génétique, etc.), un diagnostic est posé ou bien la conduite diagnostique est poursuivie. Si cela s'avère nécessaire, les fonctions langagières sont analysées au cours d'un bilan orthophonique. En cas de répercussions fonctionnelles des troubles du langage notamment sur l'autonomie, une prise en charge peut être proposée. La précocité du dépistage favorise donc un diagnostic précoce et ainsi l'établissement d'axes de travail préventifs. Une intervention orthophonique dès la phase débutante des maladies présente un intérêt notamment pour ce qui est des APP. En effet, pour ces dernières, les troubles du langage s'avèrent prédominants voire sont les seules manifestations pathologiques dans un premier temps.

Cependant, dans le cadre des démences, la prise en charge peut être envisagée à toutes les étapes de la maladie. L'objectif varie selon les stades. Au stade débutant, les compétences préservées du patient peuvent être mobilisées dans la prise en charge alors qu'à des stades plus avancés, celle-ci devient généralement plus globale ciblant davantage les proches (aidants ou soignants). Sa mise en place dépend avant tout de la motivation, de l'histoire personnelle et de la situation cognitive globale du patient. La prise en soin des autres difficultés est parfois prioritaire sur celle des troubles du langage. Il est donc nécessaire de s'intéresser au versant écologique et aux besoins exprimés par le sujet et ses proches avant de proposer, de débiter ou de décider de poursuivre une prise en charge orthophonique (Degiovani, 2008).

Dans le cas d'une intervention dès la phase débutante de la démence, l'orthophoniste pourra commencer la prise en charge par des séances de stimulation des fonctions langagières afin de préserver les capacités résiduelles et d'anticiper les troubles susceptibles de survenir. De plus, il sera possible de développer, en collaboration avec l'entourage, des stratégies de compensation et de proposer au plus tôt des outils de suppléance tels qu'un cahier de vie, un agenda, des notices explicatives... (Degiovani, 2008). L'objectif est donc de limiter au mieux le retentissement des difficultés sur la vie quotidienne par des approches visant à préserver les fonctions langagières et d'autres compensatoires (Routhier, Gravel-Laflamme, & Macoir, 2013). L'intervention de l'orthophoniste aidera aussi les proches à identifier et comprendre les déficits de communication du patient et à s'y adapter. Il faudra alors expliquer les difficultés, donner des exemples concrets et apporter des solutions personnalisées.

3. DTLA (Dépistage des Troubles du Langage chez l'Adulte et la personne âgée)

Le DTLA (annexe 2, page A2) est un outil de dépistage des troubles du langage qui est désormais systématiquement proposé aux patients en hôpital de jour au CMRR du CHU de Lille. Son élaboration a pris en compte plusieurs critères : les domaines du langage et les capacités les plus fréquemment touchés dans les pathologies neurodégénératives, la sensibilité ainsi que la facilité et la durée de passation des sous-tests. Il a été publié en 2017 (Macoir *et al.*, 2017).

3.1. Présentation de l’outil

Le DTLA a été créé en 2013 par une équipe multicentrique internationale de chercheurs et cliniciens. Il peut être utilisé dans tous les pays francophones par les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des pathologies du vieillissement (neurologues, médecins traitants, gériatres...). La création de ce test a pour objectif de faciliter le dépistage des troubles du langage dans le vieillissement, de favoriser l’identification des patients nécessitant une évaluation langagière plus approfondie et de faire avancer la recherche sur le langage dans les pathologies neurodégénératives. Il est constitué de neuf épreuves courtes explorant les sous-domaines langagiers touchés dans les pathologies neurodégénératives. Sa passation est rapide (entre 5 et 10 minutes).

3.2. Epreuves

Les neuf épreuves ont été choisies en fonction des atteintes les plus fréquentes à la phase initiale des pathologies neurodégénératives (ces difficultés sont reprises dans le tableau 1, page 4). Le langage est évalué sur tous les versants : à l’oral et à l’écrit, en expression et en réception. La sélection des items finaux a été déterminé par la passation d’une version pilote administrée dans les quatre pays ayant collaboré pour la création du test. Houard et Ridard (2015) reprennent le détail de ces étapes.

En ce qui concerne la notation, le score maximal est de 100 points. Un système de pondération des points a été appliqué : la valeur de chaque épreuve a été établie en fonction de sa capacité à dépister les sujets avec troubles du langage dans le cadre des démences. Par exemple, les capacités de lecture à voix haute sont fréquemment préservées dans les stades précoces des démences, un score d’un point par item a donc été alloué à cette épreuve. En revanche, l’appariement sémantique est un sous-test permettant de différencier les différents variants d’APP (un déficit est attendu dans la DS en raison des troubles lexico-sémantiques). Une cotation de quatre points par image a donc été attribué.

Les autocorrections ne sont pas prises en compte dans la cotation des sous-tests de dénomination, de répétition, de lecture, de compréhension de phrases, de dictée et de l’Alpha-Span mais elles sont notées pour l’analyse qualitative.

3.2.1. Dénomination

Il s’agit de la dénomination de six images permettant de tester la production lexicale, touchée dans toutes les formes de maladies neurodégénératives. Un score de deux points est attribué pour chaque image correctement dénommée, même en cas d’erreurs articulatoire ou phonétique (qui sont tout de même indiquées pour l’analyse qualitative).

3.2.2. Répétition

L’épreuve consiste en la répétition de trois mots, trois non-mots et trois phrases. Cela sollicite la production orale et la mémoire phonologique à court terme. Le score maximal pouvant être obtenu est de 18 points (avec deux points pour chacun des neuf items). Il est courant d’observer un échec à cette épreuve dans l’APPnf, l’APPi ou la MA.

3.2.3. Fluence verbale

Ce sous-test contribue à l’analyse de la production lexicale et des fonctions exécutives par l’évocation d’un maximum de mots commençant par la lettre D en une minute. Pour réussir

la fluence verbale et ainsi obtenir 15 points, il faut produire au moins huit mots avec un niveau de scolarité de moins de onze ans, ou au moins 10 mots avec un niveau d'étude de plus de 12 ans. Il s'agit d'une capacité affectée dans toutes les démences.

3.2.4. Alpha-span

Cette épreuve évalue la mémoire phonologique à court terme, notamment touchée dans l'APPnf et l'APPI. Cinq points sont alloués pour la répétition en ordre alphabétique de trois mots.

3.2.5. Lecture

La lecture à voix haute de trois mots et trois non-mots vise à rechercher une dyslexie de surface ou phonologique. Les mots sont de basse fréquence, bisyllabiques et irréguliers ; ils permettent de dépister une dyslexie de surface. Les non-mots sont bisyllabiques et leur lecture sollicite la voie phonologique. L'examineur attribue un point pour chaque item correctement lu.

3.2.6. Compréhension de phrases

L'épreuve de compréhension syntaxique consiste en un appariement phrase entendue-image. Elle peut être échouée dans la MA, l'APPI, l'APPnf, la DCL et les DV. Les phrases proposées sont de structures différentes : une phrase passive sans agent, une passive avec agent et une phrase clivée avec mise en relief du complément d'objet direct. Chaque item est noté sur quatre points, soit un total de douze points.

3.2.7. Dictée

Ce sous-test comprend six items : trois mots et trois non-mots. Il vise à dépister une dysorthographe et/ou une dysgraphie. Deux points sont alloués pour l'écriture correcte de chaque élément avec l'acceptation pour les non-mots de toute production appliquant le transcodage graphème-phonème.

3.2.8. Ecriture spontanée

On demande au sujet d'écrire une phrase comportant un sujet, un verbe et un complément. On ne tient pas compte des erreurs orthographiques dans la notation. Quatre points sont attribués si tous les éléments cités précédemment sont présents et si la phrase s'avère grammaticalement correcte.

3.2.9. Appariement sémantique

L'appariement sémantique de quatre mots écrits teste la mémoire sémantique, principalement diminuée dans la DS mais aussi dans la MA. Le score est de 16 points, avec quatre points accordés pour chacune des associations.

3.3. Normalisation et validité de l'outil

La normalisation a été effectuée sur une population témoin de 545 individus issus des quatre pays participants : Belgique, France, Québec et Suisse (Macoir *et al.*, 2017). Tous étaient en bonne santé physique et mentale (selon les critères du GREFEX), âgés de 50 à 80 ans, avec un niveau de scolarité inférieur ou supérieur à 11 ans d'études. Les résultats ont mis en évidence que l'âge et l'éducation affectaient significativement la performance au DTLA. Ainsi, les percentiles 5, 15, 25 et 50 ont été calculés pour différents groupes d'âge et niveaux d'éducation.

Le percentile 5 a été reconnu comme le score seuil le plus fiable et le percentile 15 a été posé comme score d'alerte.

Les validités discriminante, convergente et interne du test ont été étudiées (Macoir *et al.*, 2017). En l'occurrence, la passation du test auprès de 52 patients (dont 31 avec MA, 17 présentant une aphasie post-Accident Vasculaire Cérébral (AVC) et 4 ayant une APP) a permis de souligner la qualité de celles-ci. De surcroît, la fidélité test-retest a été vérifiée et confirmée par l'administration du DTLA à 20 sujets témoins sains avec six mois d'intervalle.

4. Objectifs et hypothèses

Le DTLA est un outil de dépistage des troubles du langage récent. Son élaboration s'est appuyée sur les derniers critères diagnostiques des syndromes démentiels tout en contrôlant les variables psycholinguistiques des items proposés. Ceux-ci ont été pris en compte pour le choix des épreuves et pour leur cotation. Sa validité et sa fiabilité ont été montrées lors d'études précédentes mais son intérêt clinique au sein des consultations mémoire mérite d'être exploré.

4.1. Objectifs

Le principal objectif de ce mémoire est d'évaluer l'intérêt du DTLA en CMRR en déterminant tout d'abord le nombre de sujets détectés par le DTLA comme déficitaires sur le plan du langage. Thomas-Antérion *et al.* (1995) constataient que sur les 78 patients consultant pour la première fois à la consultation mémoire de St-Etienne et présentant un syndrome démentiel, 50 avaient un syndrome aphaso-apraxo-agnosique. Cette proportion de 64,1% est conséquente mais regroupe aussi les sujets avec troubles praxiques et/ou gnosiques. Il faudra donc vérifier si le nombre de sujets avec troubles du langage au CMRR du CHU de Lille est suffisamment élevé pour justifier l'utilisation de l'outil.

Il s'agira ensuite de s'intéresser aux relations entre les plaintes du patient et de son entourage, spontanées ou sur incitation (recueillies avec le TCND) et les résultats au DTLA au CMRR de Lille. Ainsi, l'objectif secondaire vise à établir si une plainte langagière est systématiquement associée ou non à des troubles du langage nécessitant une consultation orthophonique. Cette étude se concentre sur les troubles cognitifs mineurs et majeurs puisqu'il s'agit de la population principale rencontrée au CHU de Lille.

4.2. Hypothèses

4.2.1. DTLA et troubles du langage

L'hypothèse principale est la suivante : le DTLA est un outil utile dans la pratique clinique au CMRR du CHU de Lille car il permet de détecter les troubles du langage.

4.2.2. Troubles du langage et plainte

La première hypothèse posée au sujet de la plainte est que la plainte langagière du patient est un bon indicateur de la présence de troubles du langage, ainsi quand un patient en formule une, son résultat au DTLA est pathologique.

Les hypothèses qui en découlent concernent les variations des résultats au DTLA en fonction du type de plainte (spontanée ou induite, provenant du patient ou de la famille) :

- Il y a plus de résultats déficitaires au DTLA quand la plainte est spontanée (versus quand elle est exprimée sur incitation),

- Quand l'entourage formule une plainte langagière, les résultats du patient au DTLA sont plus fréquemment pathologiques (versus quand elle vient du patient).

Sujet, matériel, méthode

Pour vérifier les hypothèses de ce mémoire, des données ont été récoltées au sein du CMRR du CHU de Lille après la constitution d'une grille de recueil. Puis celles-ci ont été analysées grâce à un traitement statistique ainsi qu'à une analyse qualitative des résultats au DTLA et des éléments contenus dans les dossiers et les courriers.

1. Sujets

Cette étude concerne tous les sujets ayant bénéficié d'une première évaluation au CMRR à partir de février 2017 (date de l'introduction systématique du DTLA dans le TCND) jusqu'au 21 septembre (inclus) de la même année, soit 282 patients. Le second critère d'inclusion correspond à une tranche d'âge comprise entre 50 et 80 ans puisque le DTLA est étalonné pour cette catégorie d'individus.

Des critères d'exclusion basés sur ceux du GREFEX et pouvant avoir des conséquences sur les performances cognitives, ont été établis. Ainsi, les dossiers présentant l'un des critères suivants n'ont pas été retenus:

- Langue maternelle étrangère,
- Troubles auditifs et/ou visuels ayant une répercussion sur les épreuves passées au cours de la journée,
- Antécédents neurologiques (AVC, Traumatisme Crânien et autres maladies neurologiques),
- Consommation de toxiques (alcool, drogue) ayant ou ayant eu des conséquences cognitives (par exemple, encéphalite herpétique).

2. Matériel

Pour ce travail, nous nous sommes appuyées sur les données contenues dans les dossiers médicaux des patients (qui regroupaient les courriers ainsi que le TCND). Le recueil de la plainte et la passation de l'outil de dépistage sont effectués par les internes et les étudiants en médecine (eux-mêmes formés par les internes) au cours de la passation du TCND. Ces étudiants changent toutes les trois semaines.

Le recueil des plaintes incitées se fait grâce au questionnaire contenu dans le TCND. Dans celui-ci, on relève des questions concernant : un manque du mot, des paraphasies, des troubles de la syntaxe, de la compréhension orale, de la compréhension écrite, des troubles de l'écriture, une dysorthographe. Ces questions sont consultables dans l'annexe 3 (page A4).

3. Méthode

Afin de tester les hypothèses de ce mémoire, une grille de recueil de données a été établie sur un tableur Excel. Pour son élaboration, nous nous sommes référées aux éléments relevés dans le TCND, dans les comptes-rendus de bilans neuropsychologiques et dans les courriers médicaux du CMRR. Aussi, nous nous sommes basées sur les données de la littérature. Cette

grille a été créée conjointement avec une autre étudiante, Maéva Asser travaillant en parallèle sur les liens entre les résultats au DTLA et ceux obtenus au GREMOTS (batterie de langage diagnostique utilisée au CMRR). Des catégories ont donc été ajoutées à celles nécessaires pour l'étude (par exemple, « plainte mnésique de l'entourage »). Les variables sélectionnées pour ce mémoire spécifiquement et leur type sont récapitulées dans l'annexe 4 (page A5).

3.1. Variables

3.1.1. Variables descriptives

Un ensemble de variables descriptives a été déterminé. Tout d'abord, un identifiant patient a été créé pour chaque dossier afin d'anonymiser les données. Ensuite, les critères d'âge, de sexe et de niveau d'étude ont été inclus au vu des résultats trouvés par Macoir *et al.* (2017) qui révélaient leur influence dans les résultats au DTLA. Le statut professionnel du patient lors de la consultation (en activité, à la retraite...) est inclus dans le tableau avec la variable « profession ». Les variables « score au MMS » et « score à la Mattis », correspondant au score à l'échelle de la Mattis aussi nommée Dementia Rating Scale (Mattis, 1976) ont été ajoutées dans le but de disposer d'une information concernant le niveau cognitif global des individus.

Aussi, des variables ont été établies pour les critères d'exclusion : langue maternelle, troubles visuels, troubles auditifs, antécédents neurologiques, antécédents d'AVC et toxiques.

Des critères quant à un éventuel suivi orthophonique ont été ajoutés à la grille (suivi orthophonique, fréquence et durée du suivi) afin de disposer de données à propos des prises en charge des sujets. En effet, cela peut avoir des conséquences sur les performances au DTLA et sur la conscience des troubles donc sur la plainte.

Concernant le diagnostic, trois variables ont été intégrées : symptôme clinique prédominant, troubles mineurs/majeurs (gravité des difficultés) et diagnostic principal. Ces informations sont renseignées dans le formulaire TCND conformément au diagnostic en trois étapes requis par la BNA (Banque Nationale Alzheimer) et établi par une mesure du Plan Alzheimer de 2008-2012 (annexe 5, page A7). Nous avons regroupé dans « encéphalopathie » : les encéphalopathies métaboliques, celles infectieuses, éthyliques, anoxiques, carencielles, toxiques et auto-immunes. Les « pathologies psychiatriques » concernent : les troubles anxieux, les troubles obsessionnels compulsifs, les troubles bipolaires, psychotiques, neurodéveloppementaux et les autres troubles mentaux. De plus, nous estimions qu'il était intéressant de disposer des détails du diagnostic : savoir à quel stade de la maladie le patient se situait et quel symptôme était prédominant. Enfin, l'âge de début des troubles a constitué une variable apportant des informations supplémentaires quant à l'avancée de la pathologie.

3.1.2. Variables spécifiques à l'analyse plainte/score au DTLA

Des variables nécessaires à la validation des hypothèses ont été retenues. Dans un premier temps, la variable « informant » a été introduite. En effet, elle permettait de déterminer la cause de l'absence de données concernant les plaintes de l'entourage et d'avoir des informations complémentaires à propos de la proximité de l'informant avec le patient (aidant ou non). Nous avons aussi relevé dans le TCND ou dans les courriers, la présence ou non d'une anosognosie afin de voir s'il existait un lien entre le nombre d'individus anosognosique et le nombre de patients présentant une absence de plainte.

En ce qui concerne les plaintes, trois variables ont été établies : plainte langagière spontanée de la part du patient, plainte langagière incitée de la part du patient et plainte

langagière de la part de l'informant. Ces variables ne sont pas exclusives les unes des autres : pour un même dossier, on peut avoir à la fois une plainte spontanée et une plainte incitée par exemple. Ces trois variables ont permis de calculer deux autres types de données : plainte langagière de la part du patient et plainte concernant le langage (provenant du patient et/ou de l'informant).

Enfin, pour chaque score obtenu au DTLA, une variable a été déterminée. Une pour le score global et une pour la modalité pathologique ou normale ont aussi été élaborées. Afin d'obtenir une variable binaire et ainsi de simplifier l'analyse statistique, les sujets ayant obtenu la modalité « score d'alerte » ont été étudiés avec ceux ayant la modalité « normale ». La modalité « pathologique » concernait les patients avec un résultat inférieur au score seuil.

3.2. Procédure d'entrée des données

La grille de recueil a été remplie grâce aux informations contenues dans les dossiers médicaux des patients. Ceux-ci sont stockés au service des archives du CHU de Lille. Afin d'y accéder, une demande d'autorisation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a été effectuée et la consultation des dossiers a pu se faire durant quatre mois. Chaque semaine, la liste des dossiers à chercher était transmise aux infirmières pour les archives.

Dans ces dossiers, nous avons trouvé tous les éléments du tableau dans le TCND mis à part : les données concernant le score à la Mattis, les plaintes spontanées, le diagnostic, et parfois l'anosognosie. Le score à la Mattis était inscrit dans le courrier neuropsychologique, de même que la présence et le type de plaintes spontanées (que l'on retrouvait aussi dans le bilan orthophonique). Le diagnostic et la manifestation d'une anosognosie étaient notifiés dans le courrier médical de synthèse.

Concernant les plaintes incitées, nous nous sommes référées à l'interrogatoire contenu dans le TCND. Si pour l'une des catégories (manque du mot, paraphasies etc.) une plainte était notifiée, nous retenons une « plainte langagière incitée » (pour l'informant et/ou le patient). Les scores au DTLA étaient entrés dans la grille après vérification des données.

3.3. Analyse statistique

Les analyses statistiques ont été effectuées avec le logiciel R version 3.4.3. Les variables quantitatives ont été détaillées par des mesures de position (moyennes, quartiles), ainsi que des mesures de dispersion (écarts-types, intervalles interquartiles). Des histogrammes et des diagrammes en bâtons ont permis de représenter graphiquement ces mesures. Chacune des modalités des variables qualitatives ont été décrites par leur effectif, leur proportion. Elles ont été représentées grâce à un graphique : un diagramme circulaire ou un diagramme en barres. Des tests non-paramétriques adaptés aux types de variables (Wilcoxon ou Fischer) ont été utilisés pour les différentes comparaisons de fréquences.

Pour chacune des variables d'intérêt (plainte langagière du patient spontanée, plainte incitée et plainte famille), l'analyse exploratoire a été réalisée à l'aide du test de Fischer. Des Odds-Ratio ont été calculés pour chacune de ces variables en utilisant comme groupe de référence les patients ne présentant aucune plainte.

Résultats

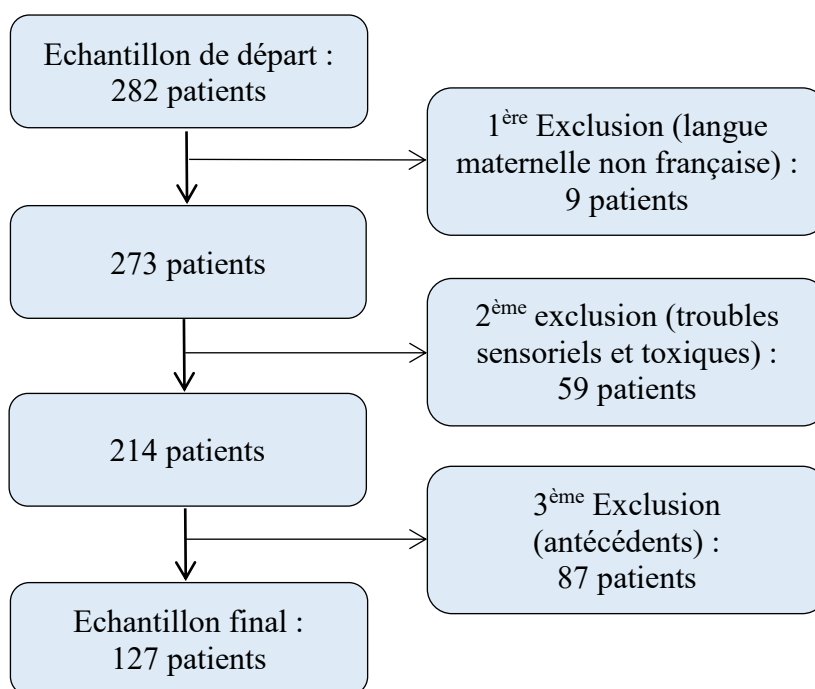
Une analyse statistique des données récoltées a permis d'obtenir une description de la population de l'étude ainsi qu'un calcul du nombre d'individus présentant chaque type de plainte (spontanée, incitée, provenant du patient ou de l'informant) en fonction de la modalité normale ou pathologique du DTLA.

1. Description statistique de la population

Une analyse comparative entre les dossiers inclus et ceux exclus a été effectuée puis les caractéristiques de l'échantillon inclus ont été davantage détaillées.

1.1. Procédure d'inclusion des dossiers

L'échantillon de départ était constitué de 282 sujets. Cependant, nous avons inclus 127 patients qui avaient entre 50 et 80 ans, qui consultaient pour la première fois au CMRR du CHU de Lille et qui ne présentaient aucun des critères d'exclusion. Neuf patients ont été exclus car leur langue maternelle n'était pas le français. Cinquante-neuf dossiers n'ont pu être analysés car la présence d'un trouble ou une consommation de toxiques ayant une répercussion sur les performances cognitives était mentionnée (12 cas de troubles visuels, 17 de troubles auditifs et 30 personnes consommant ou ayant consommé des toxiques). Enfin, 87 patients n'ont pu être inclus compte tenu de leurs antécédents (41 avaient eu un AVC et 46 un antécédent neurologique). Ces résultats sont représentés dans le graphique 1.



Graphique 1 : Flowchart de la population incluse

Les données des deux groupes (inclus/exclus) ont été comparées afin d'assurer que les populations ne présentaient pas de différences significatives. Les deux échantillons sont comparables pour tous les critères sauf « antécédents psychiatriques » ($p < 0.0001$). 74 cas parmi les inclus (soit 68%) n'en ont aucun contre 32 pour les exclus (46%). En fonction des

variables, l'échantillon peut ne pas être constitué de 127 individus puisque les analyses statistiques n'ont porté que sur les dossiers dont l'information était renseignée.

Concernant l'échantillon de départ, on relève 12 cas (sur 206 renseignés) pour lesquels le symptôme clinique prédominant établi dans le diagnostic est le langage.

1.2. Caractéristiques de la population étudiée

1.2.1. Caractéristiques générales

Parmi les 127 dossiers retenus, 74 sont des femmes (58 % des individus) et 53 sont des hommes (42 %). L'âge moyen est de 66.13 ans [64.72 ; 67.53] et l'âge moyen d'apparition des troubles est de 63.17 ans [61.59 ; 64.76]. On peut noter que la plupart des sujets sont droitiers (119 droitiers pour 7 gauchers et 1 ambidextre). La répartition entre les niveaux d'étude est quasiment équivalente avec 35 personnes ayant un niveau primaire, 31 possédant le niveau collège, le CAP ou le brevet, 35 ayant le niveau lycée (BAC, BEP) et 26 ayant fait des études supérieures. La majorité des dossiers inclus correspondent à des personnes retraitées (75 %). Concernant les antécédents psychiatriques (anciens et/ou actuels), on note 27 % de dépressions, 5 % d'autres troubles psychiatriques (troubles anxieux par exemple) et 1% de cas présentant à la fois une dépression et d'autres troubles psychiatriques. D'autre part, le score moyen obtenu au MMS s'élève à 23.46/30 (Intervalle de Confiance (IC) = [22.57 ; 24.36]) avec un score minimum de 5/30 et un maximal de 30/30. Le score moyen à la Mattis est de 124.31/144 (IC = [121.27 ; 127.34]).

10 sujets (8%) bénéficiaient d'une prise en charge orthophonique lors de l'évaluation au centre mémoire, avec une fréquence moyenne de 1.5 séances/semaine, depuis une durée moyenne de 5 mois.

1.2.2. Diagnostic clinique et étiologique

En ce qui concerne le diagnostic, le symptôme clinique prédominant nommé « amnésique » est le plus fréquent (46 % des cas), il est suivi de celui « cognitif dysexécutif ou comportemental » (31 %) puis de « atteinte diffuse » (13 %) et enfin de « langage » (7 %). L'ensemble des résultats est repris dans le tableau 2. Pour les individus dont le symptôme clinique prédominant retenu est le langage, tous ont passé le DTLA et quatre obtiennent un score pathologique (Tableau 6).

Tableau 2 : Symptômes cliniques prédominants de la population

Modalité	Effectif	Proportion
Amnésique	47	46 %
Cognitif dysexécutif et/ou comportemental	32	31 %
Diffus	13	13 %
Langage	7	7 %
Autre	3	3 %

Pour 58 des individus (48%), on relève des troubles mineurs, pour 41 (34 %) ils sont majeurs, pour 18 (15 %) il s'agissait d'une plainte sans trouble et enfin pour 4 sujets (3%) il n'y avait ni trouble ni plainte. Le diagnostic étiologique principal le plus représenté est « la maladie d'Alzheimer » (33 % des sujets), suivi des « pathologies psychiatriques » (18%) et des

« troubles cognitifs vasculaires » (17 %). Les différents diagnostics posés et leur proportion dans l'échantillon sont repris dans le tableau 3.

Tableau 3 : Diagnostics posés lors de la première consultation mémoire

Modalité	Effectif	Proportion
Maladie d'Alzheimer	31 (dont 2 APPI)	24%
Aucun diagnostic posé car absence de troubles	22	17%
MCI	17	13%
Pathologie psychiatrique	16	13%
Troubles cognitifs vasculaires	16	13%
Démence fronto-temporale	8	6%
Encéphalopathie	5	4%
Autre cas non démentiel	4	3%
Démence sémantique	4	3%
Maladie à corps de Lewy	2	2%
Anarthrie progressive	1	1%
Hydrocéphalie chronique	1	1%
Aphasie progressive non fluente	0	0%

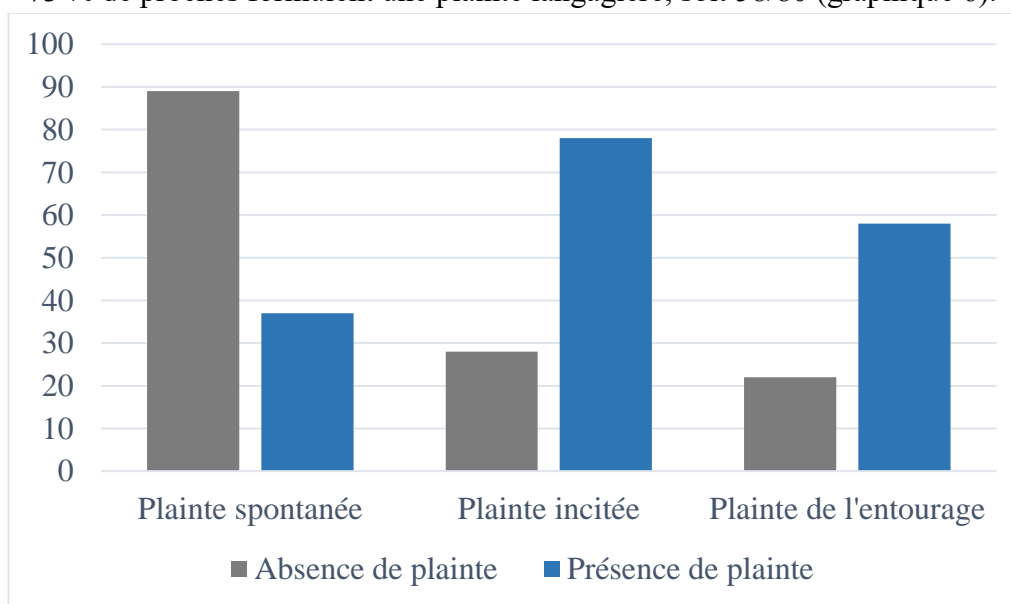
L'anosognosie concerne 28 % des dossiers analysés (soit 14 individus).

1.2.3. Types de plaintes présentées par l'échantillon

Lors de la consultation au CMRR, 80 patients sur 112 étaient accompagnés d'un informant avec 69 informants aidants et 11 informants non aidants.

Concernant les plaintes, plusieurs éléments sont relevés (graphique 2) :

- 29 % des patients inclus dans l'étude (soit 37/126) présentent une plainte langagière spontanée,
- 75 % une plainte langagière incitée, soit 79/106,
- 73 % de proches formulent une plainte langagière, soit 58/80 (graphique 6).



Graphique 2 : Nombre de patients en fonction de la présence ou non de chaque type de plaintes

Pour ce qui est des plaintes incitées, le nombre de sujets présentant chaque type de plaintes est repris dans le tableau 4. Pour rappel, les plaintes ne sont pas exclusives, ainsi un même individu peut présenter plusieurs types de plaintes.

Tableau 4 : Nombre de patients présentant chaque type de plaintes incitées

Type de plainte	Effectif	Proportion
Lexique	65	82%
Syntaxe	29	37%
Compréhension orale	24	30%
Graphisme	21	27%
Compréhension écrite	18	23%
Orthographe	17	22%

2. Présentation des résultats

Les résultats se rapportant à chaque hypothèse ont été récoltés. Ainsi, les données concernant le dépistage des troubles du langage par le DTLA et celles se rattachant au lien entre plainte et performances au DTLA ont été calculées.

2.1. DTLA et troubles du langage

Le score moyen total au DTLA est de 80.71/100 (score minimum de 39 et maximum de 100) avec 46 % de performances pathologiques (59 passations sur 127). Les moyennes obtenues pour chaque épreuve sont regroupées dans le tableau 5.

Tableau 5 : Moyennes des scores obtenus à chaque épreuve du DTLA

Epreuve	Moyenne	Score minimal	Score maximal
Dénomination	11.35/12	0	12
Répétition	15.2/18	8	18
Fluences	5.67/15	0	15
Alphaspan	3.19/5	0	5
Lecture	5.81/6	0	6
Compréhension de phrases	10.55/12	4	12
Dictée de mots et de non-mots	9.85/12	0	12
Ecriture spontanée	3.62/4	0	4
Appariement sémantique	15.34/16	4	16

Sur les 127 sujets, le nombre d'individus obtenant le score maximal s'élève à :

- 115 pour l'écriture spontanée (91%),
- 114 pour la lecture (90%),
- 111 pour l'appariement sémantique (87%),
- 110 pour la dénomination (87%),
- 82 pour la compréhension de phrases (65%),
- 81 pour l'Alphaspan (64%),

- 66 pour la dictée de mots et de non-mots (52%),
- 48 pour les fluences (38%),
- 48 pour la répétition (38%).

Pour ce qui est des bilans orthophoniques proposés, sur les 109 patients inclus et dont la donnée a été renseignée, 33 ont bénéficié de la passation de l’outil diagnostique des troubles du langage « GREMOTS ».

En s’intéressant aux 7 patients avec symptôme clinique prédominant étiqueté « langage », on obtient les données renseignées dans le tableau 6, concernant leur diagnostic et leur performance au DTLA. Tous ces sujets présentaient une plainte langagière.

Tableau 6 : Caractéristiques des patients avec troubles du langage prédominants

Patient	Diagnostic	MMS	Score au DTLA	Modalité au DTLA	Epreuves du DTLA non réussies
1	MA (APPI)	23	77/100 (score seuil par rapport à l’âge et au niveau d’étude : 81)	Pathologique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fluence ▪ Répétition ▪ Dictée
2	DS	25	80/100 (score seuil : 75)	Normale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dénomination ▪ Fluences
3	Anarthrie progressive primaire	27	100/100 (score seuil : 75)	Normale	Aucune
4	DS	25	58/100 (score seuil : 75)	Pathologique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dénomination ▪ Répétition ▪ Fluences ▪ Alphaspan ▪ Dictée
5	DS	20	42/100 (score seuil : 78)	Pathologique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dénomination ▪ Répétition ▪ Fluences ▪ Alphaspan ▪ Lecture ▪ Compréhension de phrases ▪ Dictée ▪ Appariement sémantique
6	DS	25	90/100 (score seuil : 75)	Normale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dénomination ▪ Répétition ▪ Dictée
7	MA (APPI)	15	65/100 (score seuil : 75)	Pathologique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dénomination ▪ Répétition ▪ Fluences ▪ Alphaspan ▪ Dictée

2.2. Troubles du langage et plainte

Nous avons calculé le nombre d'individus présentant chaque type de plainte en fonction de la modalité normale/pathologique mentionnée pour le score total au DTLA.

2.2.1. Plainte langagière des patients

La présence d'une plainte langagière émanant du patient (qu'elle soit spontanée ou incitée) en fonction du résultat total au DTLA a aussi été analysée. On note ainsi que pour un DTLA dans la norme :

- 16 sujets n'expriment pas de plainte (27 % des cas),
- 44 en présentent une (73 %).

En ce qui concerne les scores totaux au DTLA qui sont pathologiques, on relève :

- 10 dossiers avec absence de plainte langagière (20 %),
- 41 dossiers avec une plainte concernant le langage (80 %).

L'OR (Odds Ratio) est à 1.48 (IC = [0.60;3.76]) : pour cet échantillon un individu qui présente une plainte langagière a 1.48 fois plus de risques d'avoir un DTLA pathologique qu'un patient qui ne se plaint pas spontanément. Pour 16 dossiers, aucune donnée sur les plaintes n'a été entrée (tableau 7).

Tableau 7 : Proportion de plaintes langagières de la part du patient en fonction de la modalité normale ou pathologique au DTLA

	DTLA normal (N = 68)	DTLA pathologique (N = 59)	OR	p.ratio	p.overall
					0.516
Absence de plainte	16 (27 %)	10 (20 %)	Ref.	Ref.	
Plainte de la part du patient	44 (73 %)	41 (80 %)	1.48 [0.60;3.76]	0.394	
Nombre de données non renseignées	16				

2.2.2. Plainte spontanée des patients

L'analyse statistique met en évidence que sur les 68 individus ayant un DTLA dans la norme, 50 n'expriment pas de plainte langagière spontanée tandis que 18 en présentent une. En ce qui concerne les patients avec score au DTLA pathologique, on note une absence de plainte pour 39 cas et au contraire une plainte chez 19 sujets (tableau 8). L'OR est à 1.35 (IC = [0.62;2.94]). Pour un dossier, l'information de la plainte n'est pas renseignée.

Tableau 8 : Proportion de plaintes langagières spontanées en fonction de la modalité normale ou pathologique au DTLA

	DTLA normal (N = 68)	DTLA pathologique (N = 59)	OR	p.ratio	p.overall
					0.564
Absence de plainte spontanée de la part du patient	50 (74 %)	39 (67 %)	Ref.	Ref.	
Plainte spontanée de la part du patient	18 (26 %)	19 (33 %)	1.35 [0.62;2.94]	0.448	
Nombre de données non renseignées	1				

2.2.3. Plainte incitée des patients

Concernant les sujets avec score total au DTLA dans la norme, on relève 16 dossiers pour lesquels aucune plainte langagière incitée n'est inscrite et 41 pour lesquels une plainte est notée. Pour ce qui est des patients avec score au DTLA pathologique, 11 n'abordent aucune difficulté langagière sur incitation tandis que 37 s'en plaignent (tableau 9). L'OR s'élève à 1.48 (IC = [0.60;3.76]). On note 22 dossiers non renseignés pour cette variable (soit environ un sixième des dossiers).

Tableau 9 : Proportion de plaintes langagières incitées en fonction de la modalité normale ou pathologique au DTLA

	DTLA normal (N = 68)	DTLA pathologique (N = 59)	OR	p.ratio	p.overall
					0.706
Absence de plainte incitée de la part du patient	16 (28 %)	11 (23 %)	Ref.	Ref.	
Plainte incitée de la part du patient	41 (72 %)	37 (77 %)	1.30 [0.54;3.27]	0.559	
Nombre de données non renseignées	22				

Parmi les 41 individus dont le DTLA est dans la norme mais qui présentent une plainte langagière incitée, on note que :

- 13 sujets sur 41 ont obtenu à l'outil de dépistage un score d'alerte,
- 13 présentent au moins deux types de plaintes langagières,
- 9 présentent une plainte concernant uniquement le lexique (sur ces 9 cas, 6 indiquent aussi des difficultés mnésiques),
- 6 se plaignent de leur graphisme.

Concernant les patients avec DTLA positif mais n'exprimant aucune difficulté langagière lors de l'entretien (soit 11 individus), on relève que 6 présentent une plainte mnésique.

2.2.4. Plainte des informants

Dans le cadre des scores au DTLA dans la norme, on relève 12 cas pour lesquels l'informant ne manifeste aucune plainte alors que pour 32 des difficultés concernant le langage sont soulevées par les proches. En ce qui concerne les patients avec DTLA pathologique, dans 9 dossiers aucune plainte n'est mentionnée tandis que pour les 26 autres, une plainte langagière est formulée (tableau 10). L'OR est de 1.08 (IC = [0.39;3.06]). Pour 48 dossiers, cette information est manquante (soit environ un tiers des dossiers), en raison d'une absence d'informant ou par absence d'indication dans le TCND.

Tableau 10 : Proportion de plaintes langagières des informants en fonction de la modalité normale ou pathologique au DTLA

	DTLA normal (N = 68)	DTLA pathologique (N = 59)	OR	p.ratio	p.overall
					1.000
Absence de plainte de la part de l'informant	12 (27 %)	9 (26 %)	Ref.	Ref.	
Plainte de la part de l'informant	32 (73 %)	26 (74 %)	1.08 [0.39;3.06]	0.884	
Nombre de données non renseignées	48				

Parmi les 32 informants exprimant une plainte au sujet du langage de leur proche malgré un résultat au DTLA dans la norme, on distingue :

- Pour 13 dossiers, un DTLA d'alerte,
- Pour 11 dossiers, un minimum de deux plaintes différentes (les plus nombreuses étant les plaintes à propos du lexique : 17 cas et celles à propos de la compréhension orale : 11 cas),
- Pour 4 dossiers, une seule plainte ne concernant pas le lexique (2 sont formulées au sujet du graphisme),
- Pour 3 dossiers, une unique plainte à propos du lexique.

Discussion

Dans cette étude, on a souhaité déterminer si le DTLA avait un intérêt en centre mémoire. Afin de répondre à cet objectif, les données de 127 sujets ont été analysées. Il s'agissait des individus bénéficiant d'une première évaluation standardisée au CMRR du CHU de Lille entre janvier et septembre 2017. Les deux groupes inclus/exclus sont comparables pour tous les critères sauf les antécédents psychiatriques (la proportion d'individus n'en ayant aucun est supérieure pour l'échantillon inclus), donc les analyses sont valides pour l'échantillon. L'analyse des résultats statistiques permet de mettre en évidence la capacité du DTLA à dépister

les troubles du langage ainsi que les liens entre la plainte des patients et de leur informant et leur résultat au test de dépistage des difficultés langagières pour notre échantillon.

Thomas-Antérion *et al.* (1995) retrouvaient pour 64% des patients bénéficiant d'une évaluation à la consultation mémoire de St-Etienne un syndrome aphaso-apraxo-agnosique. Pour notre échantillon, des troubles du langage sont détectés grâce au DTLA dans 46% des cas. Avec un MMS moyen à environ 23/30, nous pouvons considérer que l'étude concerne principalement des individus aux phases débutantes de la maladie. Ainsi, la proportion de sujets détectés en consultation mémoire est conséquente et justifie la nécessité de dépister les troubles du langage, notamment dans les phases débutantes des maladies neurodégénératives cognitives.

En s'intéressant plus précisément aux épreuves du DTLA, on distingue que celles étant les moins bien réussies sont : la répétition et les fluences (seuls 38% des sujets obtiennent le score maximal), puis la dictée (52% des patients ont 12/12) et enfin l'Alphaspan (64% des individus réussissent). Un quart de notre population développe une MA et environ un tiers des sujets ont un trouble mnésique prédominant. Or l'épreuve de répétition (et notamment de phrases) ainsi que l'Alphaspan font intervenir la mémoire (phonologique et de travail) qui est touchée dès la phase débutante de la maladie. D'autre part, les fluences sont atteintes dans l'ensemble des maladies neurodégénératives cognitives et sont déficitaires dès la phase précoce de la MA (Amieva *et al.*, 2008; Auriacombe & Orgogozo, 2004). De plus, elles font intervenir les fonctions exécutives et ce symptôme clinique est prédominant pour un quart de notre population. Enfin, la dictée de mots du DTLA est très dépendante du niveau socio-culturel (Bardot-Houard & Bosc-Ridard, 2015). Les résultats obtenus au DTLA par les individus de notre échantillon semblent donc cohérents avec la proportion des différents types de diagnostics posés.

Un diagnostic est établi à l'issue de la journée d'examens mais aussi le symptôme clinique prédominant. Les troubles langagiers sont notifiés comme prédominants pour sept sujets de la population étudiée. En s'intéressant plus spécifiquement à ces individus, on note que tous ont bénéficié d'un bilan orthophonique révélant des troubles et un diagnostic de pathologie touchant le langage au premier plan : deux APPI, quatre démences sémantiques et une anarthrie progressive primaire. Le score au DTLA est pathologique pour quatre sujets sur sept. Il est dans la norme pour l'anarthrie progressive primaire, ce qui se justifie par le fait que le résultat quantitatif du test permet de détecter les troubles du langage et non pas les troubles arthriques. Ces derniers sont notés qualitativement avec la case « trouble articulaire » mais ils n'entrent pas dans la notation quantitative. Pour ce sujet, la case « troubles articulaires » a effectivement été cochée, d'où l'importance de tenir compte de l'aspect qualitatif pour la détection de ce type de pathologie. La performance se situe aussi dans la norme pour deux sujets avec démence sémantique. Pour l'un, l'analyse qualitative met en évidence qu'il s'agit d'un score d'alerte. Pour l'autre, cela peut s'expliquer par le score élevé au MMS (25/30) qui indique le stade précoce de la maladie. Concernant les épreuves pour lesquelles le score maximal n'est pas atteint, on retrouve des résultats cohérents avec les caractéristiques des pathologies (tableau 4, p 17). Par exemple, pour les deux APPI, le sous-test de répétition n'est pas réussi, or l'atteinte de la mémoire phonologique de travail est fréquente dans le tableau cognitif. Aussi, la dénomination est touchée pour tous les cas de démence sémantique, or l'atteinte lexicosémantique est la caractéristique principale de cette pathologie.

L'analyse des résultats permet donc de mettre en évidence la cohérence entre les diagnostics posés et les scores retrouvés au DTLA. Il serait intéressant dans les travaux ultérieurs d'analyser les résultats des patients à l'outil de dépistage en fonction des diagnostics

d'évolution afin de déterminer si le test dispose aussi d'une capacité prédictive. En effet, en étant suivis en centre mémoire, les sujets consultent six mois à un an après. Cela permet d'objectiver des modifications de performances et de constater l'évolution du diagnostic (qui ne peut pas toujours être posé lors de la première consultation). Une étude ultérieure pourrait donc s'intéresser aux patients avec scores d'alerte ou pathologique sans diagnostic initial de pathologie neurodégénérative afin de déterminer s'ils évoluent avec le temps vers une démence. D'autre part, grâce à la variable « suivi orthophonique », il serait possible de comparer l'évolution des résultats au DTLA entre les sujets bénéficiant d'une prise en charge orthophonique et d'autres n'étant pas suivis. Nous pourrions nous intéresser à l'importance du déclin selon chaque cas.

Notre analyse permet d'avancer que le DTLA détecte les difficultés langagières dans les pathologies constatées au CMRR et que celles-ci sont présentes dans près d'un cas sur deux. Cependant, notre travail a mis en évidence certaines difficultés pour la passation de l'outil. Dans de rares cas, les consignes de passation n'ont pas été respectées (par exemple, dans l'un des dossiers l'examineur a demandé des fluences littérales en « L » au lieu des fluences en « D »). De plus, des anomalies dans la cotation et dans le repérage des erreurs ont été constatées et corrigées. Notre étude étant une analyse rétrospective, des données se sont révélées manquantes. Les informations qualitatives du DTLA n'étaient pas toujours inscrites ou étaient parfois illisibles : on note 80 DTLA sur 127 pour lesquels une épreuve est échouée mais aucune information qualitative n'est renseignée. La vérification de la notation n'a donc pas pu être systématique. Etant un outil de dépistage, le DTLA doit pouvoir être fait passer par des étudiants ou des médecins tout-venant. Quelques indications pourraient donc être ajoutées aux consignes afin que les cotations correspondent davantage à ce qui est attendu. On a notamment relevé de nombreuses erreurs dans la correction de la dictée de mots irréguliers (en particulier pour « archange » dont l'orthographe « arcange » a été à plusieurs reprises acceptée) qui ont entraîné une sur-cotation. La particularité orthographique de ces mots pourrait peut-être être mise davantage en valeur (gras ou majuscules).

Ainsi, malgré certaines difficultés concernant la passation, l'outil semble disposer d'une capacité à détecter les troubles du langage dans les maladies diagnostiquées en consultation mémoire. Ensuite, nous souhaitons montrer l'utilité du DTLA en consultation mémoire en s'intéressant aux liens entre la plainte des sujets et leur score au test de dépistage. Nous avons posé comme hypothèse globale que la plainte langagière du patient est un bon indicateur de la présence de trouble du langage. Dans un premier temps, on a pu relever l'étendue des sujets se présentant avec une plainte langagière : 95 sur 127. Ce chiffre confirme l'importance de s'intéresser à ces plaintes. Dans un second temps, les résultats ont montré que 80% des patients avec un score au DTLA pathologique formulaient une plainte (spontanée et/ou incitée). Cependant, 20% des individus avec DTLA déficitaire (soit 10 patients) n'exprimaient aucune plainte. De plus, 73% des sujets sans trouble du langage détecté par l'outil en exprimaient une. Ainsi l'hypothèse est infirmée, la plainte des individus ne semble pas prédictive des performances langagières au DTLA. De plus, dans un nombre important de dossiers, des données se sont avérées manquantes (notamment pour les plaintes incitées). Nous pouvons donc supposer que le nombre de plaintes aurait été supérieur et donc les résultats encore moins corrélés.

Cette observation doit tout de même être nuancée. Tout d'abord, concernant les individus avec aucune plainte langagière malgré un score au DTLA pathologique, six sur les dix expriment une plainte mnésique. On peut faire l'hypothèse d'une confusion entre langage et

mémoire ou bien de troubles prédominants sur la mémoire et gênant davantage le quotidien que le langage. Ensuite, sur les 44 sujets se plaignant de leur langage (de façon spontanée et/ou incitée) et analysés comme « score au DTLA normal », 13 présentent un score d'alerte. Dans ces cas, la présence d'une plainte peut s'expliquer. De plus, six patients exprimaient une plainte langagière portant sur le graphisme. Cette compétence n'est pas évaluée par le DTLA et les commentaires qualitatifs des examinateurs n'abordent pas cet aspect pour les dossiers étudiés. Nous pouvons alors considérer que leur plainte peut être justifiée. Enfin, neuf individus présentent une plainte à propos du lexique. Chercher ses mots est une caractéristique du vieillissement normal. Nous pouvons donc nous questionner sur la qualité des interrogations concernant le manque du mot dans le TCND.

Ces résultats nous ont menées à nous interroger sur la formulation des questions concernant les plaintes langagières incitées. On a pu constater qu'un nombre important de sujets exprimaient des difficultés concernant le lexique (65 sur 127). Or le mot sur le bout de la langue ou la recherche plus fréquente de noms propres appartiennent au tableau cognitif normal dans le cadre du vieillissement. Il est nécessaire lors de l'entretien avec le patient (en centre mémoire ou en cabinet orthophonique, lors d'un bilan) de poser des questions ciblées. Demander uniquement au sujet s'il cherche ses mots n'est pas suffisamment discriminant. Une réflexion quant à la formulation de l'incitation des plaintes doit avoir lieu et l'élaboration d'un outil de recueil des plaintes langagières serait pertinente. A l'heure actuelle, l'Echelle des Difficultés Cognitives de Mac Nair & Khan (1984) est fréquemment utilisée dans le dépistage des démences et elle comporte sept items concernant le langage (sur les trente-neuf la constituant). Cependant, certains items et notamment celui évaluant le manque du mot s'avèrent peu précis, par exemple : « Il m'arrive d'avoir le mot sur le bout de la langue et de ne pas pouvoir le sortir ». Une indication plus explicite sur la fréquence dans les questions ou davantage de détails permettraient de déterminer plus précisément si cela relève d'une gêne normale pour l'âge ou oriente vers un trouble. Ainsi, dans le but d'affiner le recueil de la plainte et d'obtenir des résultats plus objectifs à cette étude, il serait intéressant de mettre en place au CMRR un outil statistiquement validé, avec des items moins généraux ou ambigus que ceux du TCND.

Néanmoins, la conclusion selon laquelle la plainte langagière ne prédit pas des performances déficitaires au DTLA est cohérente avec ce qui a déjà été montré dans la littérature. En effet, dans l'étude de Thomas-Anterion et Richard-Mornas (2013), on notait une absence de trouble cognitif malgré une plainte des sujets dans trois quarts des cas. De même, la méta-analyse de Burmester, Leathem et Merrick (2016) concluait que les plaintes cognitives subjectives n'étaient pas un indicateur fiable de la présence de troubles mais qu'elles pouvaient constituer un indicateur du déclin cognitif (après diagnostic des troubles).

Ainsi on ne peut se fier à la plainte langagière pour prédire les résultats au DTLA. Cependant, il demeure possible qu'un seul type de plainte (spontanée ou incitée) soit un indicateur des performances au DTLA. Nous nous sommes donc intéressées à la différence entre plainte spontanée et plainte incitée. Les résultats mettent en évidence que 37 patients sur 126 présentent une plainte spontanée. Cette donnée a été renseignée dans la majorité des dossiers, on peut ainsi conclure que cela implique peu de sujets de l'étude. On a aussi pu relever 78 plaintes incitées sur 106 dossiers pour lesquels l'information avait été indiquée. Un questionnement favorise donc l'expression d'une plainte. Parmi ces 78 cas, 65 ont confirmé des difficultés pour le lexique et la deuxième plainte la plus fréquente concerne la syntaxe (retrouvée dans 29 dossiers). Les analyses quantitatives et qualitatives ont aussi permis de comparer les liens entre les 2 types de plaintes (spontanée/incitée) et les résultats au DTLA.

Nous avons supposé que les résultats seraient davantage déficitaires au DTLA en cas de plainte spontanée. On observe que parmi les individus avec score pathologique au DTLA, seuls 33% formulaient une plainte spontanée tandis que 77% en exprimaient une sur incitation. Ainsi les troubles sont davantage reconnus lors de questions ciblées que de façon spontanée. En revanche, pour les patients avec DTLA dans la norme, on constate qu'il y a plus de patients ne présentant aucune plainte spontanée langagière (74%) que de sujets en présentant une (26%). A l'inverse, pour les plaintes incitées, on relève davantage de patients se plaignant de leur langage malgré des performances normales au test de dépistage (72% des individus expriment une plainte). Ainsi pour les cas dont le score au DTLA se situe dans la norme, la plainte spontanée est plus fiable que la plainte incitée. L'hypothèse n'est pas validée mais on peut conclure que la plainte spontanée est plus fiable que la plainte incitée pour les scores au DTLA normaux de cet échantillon.

On peut supposer que l'hypothèse n'est pas confirmée en raison des questions peu discriminantes du questionnaire de plainte. En effet, on retrouve une importante proportion de sujets exprimant une plainte sur incitation : 78/105, les patients ont donc tendance à répondre positivement aux questions, qu'ils présentent des troubles ou non. Les plaintes sur incitation restent très examinateur-dépendantes : par exemple, le mot sur le bout de la langue ne devient symptomatique que s'il est fréquent. Comme mentionné précédemment, lors de l'entretien, il est nécessaire de préciser la fréquence et la gêne occasionnée par le symptôme, deux données peu prises en compte dans le TCND. D'autre part, pour justifier le faible taux de personnes se plaignant spontanément de leur langage bien qu'ils obtiennent un score au DTLA pathologique, tout d'abord, nous pouvons supposer que certains présentent une anosognosie. Néanmoins, cette donnée n'a pas été suffisamment renseignée pour que l'on puisse conclure. Egalement, il est possible que d'autres troubles perturbent davantage le quotidien des sujets et donc que les difficultés langagières passent au second plan et ne soient pas exprimées spontanément.

En définitive, la plainte langagière des patients ne prédit pas les résultats au DTLA et leur plainte incitée semble de prime abord plus fiable que celle spontanée. Cependant, ce résultat est à nuancer en raison de la qualité du questionnaire de plainte. Nous nous sommes par la suite questionnées sur la plainte des informants. Tout d'abord, 69 sur 80 sont aidants. Ainsi, la plupart des réponses récoltées pour la plainte des informants sont issues d'individus ayant normalement une bonne connaissance du patient. Environ les trois quarts des informants (58 sur 80) ont abordé des difficultés langagières. Nous avons posé comme hypothèse que lorsque l'entourage formulait une plainte langagière (spontanée et/ou incitée), les résultats au DTLA s'avéraient plus fréquemment pathologiques (*versus* quand elle venait du patient). Les résultats mettent en évidence que parmi les sujets avec troubles du langage ayant été détectés, la proportion d'informants signalant des difficultés est quasiment identique à celle des patients exprimant une plainte (74% pour la première et 80% pour la seconde). De plus, 73% des proches signalent des difficultés bien que le sujet n'ait pas de trouble objectivé. Ainsi, la plainte des informants n'est pas plus prédictive des capacités langagières des patients que celle de ces derniers. L'hypothèse est infirmée.

Ce résultat s'oppose à ceux retrouvés dans la méta-analyse de Burmester, Leatham et Merrick (2016). En effet, les auteurs avaient relevé dans quatre articles publiés, que les plaintes des informants étaient davantage prédictives des compétences cognitives des patients que la propre plainte de ces derniers. Cependant, ces études concernaient les plaintes et performances cognitives et non spécifiquement langagières. D'autre part, notre analyse ne porte que sur 79 dossiers pour cette variable puisqu'un tiers des données n'avait pas été renseigné. De surcroît,

pour l'ensemble des données concernant les plaintes langagières, les valeurs de l'intervalle de confiance témoignent du manque de puissance statistique : les résultats de ce mémoire ne sont applicables qu'à cet échantillon. Il serait intéressant de poursuivre cette étude afin d'obtenir des résultats généralisables.

En conclusion, pour notre échantillon, on ne peut pas seulement s'appuyer sur la présence ou l'absence d'une plainte langagière pour prédire les individus qui auront un score au DTLA pathologique et donc potentiellement des troubles du langage. Nous avons montré que le DTLA a la capacité de détecter les difficultés langagières dans les pathologies diagnostiquées au CMRR. Par conséquent, il serait intéressant de l'instaurer dans la pratique courante (des consultations ou des centres mémoire mais aussi des cabinets médicaux) de façon systématique dans le cadre du diagnostic de démence. En effet, dans de nombreux cas et notamment avec l'évolution des pathologies, des troubles du langage et de la communication sont relevés. Ceux-ci sont prédominants et présents au premier plan dans les APP. Pour ces dernières, favoriser le dépistage précoce des troubles du langage et donc leur prise en charge rapide peut s'avérer nécessaire. La méta-analyse de Routhier, Gravel-Laflamme et Macoir (2013) met en évidence que les approches thérapeutiques des troubles du langage dans les APP agrammatiques et logopéniques sont efficaces. Cependant, dans la population que nous avons étudiée, nous n'avons relevé aucune APPnf et peu de cas d'APPI ou de démences sémantiques. Ces diagnostics restent donc rares et le travail de collecte de données doit être poursuivi afin de rendre l'échantillon plus représentatif de la population.

Le dépistage précoce des troubles du langage peut présenter un véritable intérêt pour la mise en place d'une prise en charge orthophonique dans le cadre des APP mais aussi pour les autres pathologies neurodégénératives. En effet, la littérature met en avant qu'une intervention orthophonique précoce peut influencer sur la préservation des compétences cognitives le plus longtemps possible grâce à des axes préventifs (stimulations cognitives et langagières). L'article de Degiovani (2008) souligne aussi qu'une prise en charge précoce des troubles de la communication favorise la diminution des troubles du comportement. D'autre part, le patient dispose de meilleures capacités langagières en début de pathologie, celles-ci permettent ainsi d'obtenir sa participation à l'établissement des objectifs (Bayley *et al.*, 2013). De plus, l'apprentissage des moyens de compensation (notices pour les activités de la vie quotidienne, agenda, cahier de vie, etc.) demeure plus simple tant que les capacités cognitives et notamment celles langagières sont préservées ou peu atteintes. Enfin, en début de pathologie, les aidants se montrent parfois plus disponibles pour l'apprentissage des aides. Une prise en charge précoce permet de les préparer à l'évolution des troubles ainsi qu'aux adaptations qui seront nécessaires.

Néanmoins, la prise en charge orthophonique doit se justifier par la prédominance et les répercussions dans le quotidien des troubles langagiers ainsi qu'une demande et une motivation du patient. Cette considération se reflète dans le nombre d'individus suivis en orthophonie dans notre échantillon puisque seuls 10 patients sur 127 bénéficient d'une prise en soin. Cependant, sur ces dix sujets, neuf présentent un DTLA dans la norme et pour l'un d'entre eux, un diagnostic de « ni trouble ni plainte » a été posé. Au vu de ce résultat, se pose la question du motif de prise en charge. Une hypothèse explicative peut être que la prise en soin concerne des domaines non évalués par le DTLA (par exemple, la dysphagie, la dysarthrie, les troubles du graphisme) ou les troubles cognitifs non langagiers (bien qu'ils n'apparaissent pas dans la nomenclature des actes orthophoniques).

En conclusion, le dépistage précoce des troubles du langage peut présenter un intérêt pour la mise en place d'un suivi orthophonique mais sa principale fonction sera d'indiquer la

nécessité ou non d'un bilan orthophonique. Ce dernier participera à la pose du diagnostic médical. En effet, le diagnostic orthophonique permet d'exclure ou au contraire d'orienter vers les maladies neurodégénératives touchant au premier plan le langage (les APP). Il favorise aussi la vérification de la cohérence entre le diagnostic médical et les difficultés langagières objectivées lors des épreuves.

Conclusion

La validité de l'outil DTLA avait été montrée au cours d'une précédente étude (Macoir *et al.*, 2017). Depuis la publication du test, celui-ci peut être utilisé dans un contexte de dépistage des troubles du langage chez les sujets âgés. Cependant, l'intérêt clinique de l'outil de dépistage n'avait pas encore fait l'objet d'études. Par une récolte des données portant sur tous les patients consultant pour la première fois au CMRR du CHU de Lille en 2017, l'intérêt du DTLA dans la pratique des soins primaires a pu être confirmée. La grille d'analyse a permis de s'intéresser aux liens entre les plaintes des sujets et leurs performances au DTLA.

L'analyse des résultats a ainsi mis en évidence que les scores obtenus au DTLA semblent cohérents avec les pathologies présentées par les sujets de l'échantillon. De plus, on a constaté que les liens entre la plainte des individus et leur résultat à l'outil de dépistage des troubles du langage n'étaient pas confirmés par ce travail. Ainsi pour la population étudiée on ne peut s'appuyer uniquement sur la présence ou l'absence de plainte exprimée pour prédire les patients ayant un DTLA pathologique ou normal. L'intérêt du DTLA dans la pratique du CMRR du CHU de Lille semble donc confirmée. D'un point de vue orthophonique, cet outil permet l'orientation des patients avec troubles du langage probables vers un orthophoniste. Cela favorise la pose du diagnostic orthophonique qui participe au diagnostic médical. Dans un second temps, pour les patients exprimant une gêne dans leur quotidien et souhaitant une prise en charge, une intervention peut être proposée de façon précoce. La littérature montre qu'une prise en charge orthophonique précoce présente de nombreux avantages.

L'analyse des résultats a aussi permis de s'interroger quant à la qualité des questions proposées pour le recueil de la plainte. Elles pourraient être davantage discriminantes si elles abordaient la fréquence de manifestation des difficultés. En effet pour certains symptômes (notamment le manque du mot), la fréquence permet de distinguer le vieillissement normal du vieillissement pathologique. L'élaboration d'un auto-questionnaire évaluant plus finement les difficultés serait une piste intéressante à explorer.

Enfin, poursuivre l'étude sur un plus grand nombre de sujets favoriserait l'obtention d'un échantillon plus représentatif de la population et réaliser un suivi des sujets étudiés permettrait d'observer l'évolution des patients diagnostiqués.

Bibliographie

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V)*. Elsevier Masson.
- Amieva, H., Le Goff, M., Millet, X., Orgogozo, J. M., Pérès, K., Barberger-Gateau, P., ... Dartigues, J. F. (2008). Prodromal Alzheimer's disease: successive emergence of the clinical symptoms. *Annals of neurology*, 64(5), 492–498.

- Amieva, H., Rullier, L., Bouisson, J., Dartigues, J.-F., Dubois, O., & Salamon, R. (2012). Attentes et besoins des aidants de personnes souffrant de maladie d'Alzheimer. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 60(3), 231-238. doi : [10.1016/j.respe.2011.12.136](https://doi.org/10.1016/j.respe.2011.12.136)
- Ash, S., McMillan, C., Gross, R. G., Cook, P., Gunawardena, D., Morgan, B., ... & Grossman, M. (2012). Impairments of speech fluency in Lewy body spectrum disorder. *Brain and language*, 120(3), 290-302.
- Auriacombe, S., & Orgogozo, J.-M. (2004). Syndrome démentiel. *EMC-Neurologie*, 1(1), 55–64.
- Bakchine, S., & Habert, M.-O. (2007). Classification des démences : aspects nosologiques. *Médecine Nucléaire*, 31(6), 278-293. doi : [10.1016/j.mednuc.2007.04.005](https://doi.org/10.1016/j.mednuc.2007.04.005)
- Bardot-Houard, C., & Bosc-Ridard, M. (2015). *Dépistage des troubles du langage dans le vieillissement – version francophone : contribution à la normalisation et à la validation du D-TLVf : étude auprès de 260 sujets témoins et de 5 patients Alzheimer*, Mémoire d'orthophonie. Université de Lille 2.
- Bayley, P. J., Borson, S., Boustani, M., Dean, M., Frank, L., Lin, P.-J., ... Schmitt, F. A. (2013). Improving dementia care: the role of screening and detection of cognitive impairment. *Alzheimer's & Dementia*, 9(2), 151-159.
- Bézy, C., Renard, A., & Pariente, J. (2016). *GREMOTS: Batterie d'évaluation des troubles du langage dans les maladies neurodégénératives*. Bruxelles, De Boeck Supérieur.
- Burmester, B., Leatham, J., & Merrick, P. (2016). Subjective Cognitive Complaints and Objective Cognitive Function in Aging: A Systematic Review and Meta-Analysis of Recent Cross-Sectional Findings. *Neuropsychology Review*, 26(4), 376-393. doi : [10.1007/s11065-016-9332-2](https://doi.org/10.1007/s11065-016-9332-2)
- Clément, F., Belleville, S., & Gauthier, S. (2008). Cognitive complaint in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 14(02), 222-232.
- Croisile, B. (2005). Une batterie rapide de dénomination (BARD) en consultation mémoire. *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie*, 12(120), 526-530.
- Croisile, B., Tedesco, A., Bernard, É., Gavant, S., Minssieux-Catrix, G., & Mollion, H. (2012). Les pathologies démentielles avant 65 ans. Expérience de la file active d'une consultation mémoire neurologique. *Revue Neurologique*, 168(2), 161-169. doi : [10.1016/j.neurol.2011.09.003](https://doi.org/10.1016/j.neurol.2011.09.003)
- Dartigues, J.-F., Helmer, C., Letenneur, L., Péres, K., Amieva, H., Auriacombe, S., ... & Barberger-Gateau, P. (2012). Paquid 2012 : illustration et bilan. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*, 10(3), 325-331. doi : [10.1684/pnv.2012.0353](https://doi.org/10.1684/pnv.2012.0353)
- Degiovani, R. (2008). La place de l'intervention orthophonique dans le parcours de vie des personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 8(46), 37-42. doi : [10.1016/j.npg.2008.01.016](https://doi.org/10.1016/j.npg.2008.01.016)

- Déjos, M., Sauzéon, H., & N’Kaoua, B. (2012). La réalité virtuelle au service de l’évaluation clinique de la personne âgée : le dépistage précoce de la démence. *Revue Neurologique*, 168(5), 404-414. doi : [10.1016/j.neurol.2011.09.005](https://doi.org/10.1016/j.neurol.2011.09.005)
- Dubois, B., Touchon, J., Portet, F., Ousset, P., Vellas, B., & Michel, B. (2002). Les 5 mots: un test simple et sensible pour le diagnostic de la maladie d’Alzheimer. *Presse Med*, 31, 1696-9.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). ‘Mini-mental state’: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198.
- Fortin, M.-P., & Krolak-Salmon, P. (2010). Maladie d’Alzheimer et maladies apparentées : vers un diagnostic plus précis et précoce. *La Revue de Médecine Interne*, 31(12), 846-853. doi : [10.1016/j.revmed.2010.08.006](https://doi.org/10.1016/j.revmed.2010.08.006)
- Godefroy, O. (2008). *Fonctions exécutives et pathologies neurologiques et psychiatriques : évaluation en pratique clinique*. Marseille, Solal.
- Gorno-Tempini, M. L., Hillis, A. E., Weintraub, S., Kertesz, A., Mendez, M., Cappa, S., ... & Boeve, B. F. (2011). Classification of primary progressive aphasia and its variants. *Neurology*, 76(11), 1006-1014.
- Graham, N. L. (2000). Dysgraphia in dementia. *Neurocase*, 6(5), 365-376.
- Haute Autorité de Santé - ALD n° 15 - Maladie d’Alzheimer et autres démences. (s. d.). Consulté 28 mars 2017, à l’adresse http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_820000/fr/ald-n-15-maladie-d-alzheimer-et-autres-demences
- Haute Autorité de Santé - Maladie d’Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge. (s. d.). Consulté 28 mars 2017, à l’adresse http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1148883/fr/maladie-d-alzheimer-et-maladies-apparentees-diagnostic-et-prise-en-charge
- Hugonot-Diener, L. (2005). Le dépistage de la plainte. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 5(27), 19-23. doi : [10.1016/S1627-4830\(05\)82574-7](https://doi.org/10.1016/S1627-4830(05)82574-7)
- Hugonot-Diener, Laurence, Bardeau, E., Thomas-Antérion, C., Robert, P., & Collection, A. de M. (2009). *Gremoire : Tests et échelles de la maladie d’Alzheimer et des syndromes apparentés*. Marseille, Solal.
- Lechowski, L., Forette, B., & Teillet, L. (2004). Démarche diagnostique devant un syndrome démentiel. *La Revue de Médecine Interne*, 25(5), 363-375. doi : [10.1016/j.revmed.2003.07.003](https://doi.org/10.1016/j.revmed.2003.07.003)
- Leuga, G., Bula, C., & Schenk, F. (2017). *Du vieillissement cérébral à la maladie d’Alzheimer* (2° éd.). Bruxelles, De Boeck Supérieur.

- Macoir, J., Fossard, M., Lefebvre, L., Monetta, L., Renard, A., Tran, T. M., & Wilson, M. A. (2017). Detection Test for Language Impairments in Adults and the Aged-A New Screening Test for Language Impairment Associated With Neurodegenerative Diseases: Validation and Normative Data. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*. doi : 10.1177/1533317517715905
- Magnin, E., Teichmann, M., Martinaud, O., Moreaud, O., Ryff, I., Belliard, S., ... & Démonet, J.-F. (2015). Particularités du variant logopéniq ue au sein des aphasies progressives primaires. *Revue Neurologique*, 171(1), 16–30.
- Mattis, S. (1976). Mental status examination for organic mental syndrome in the elderly patient. *Geriatric Psychiatry: A Handbook for Psychiatrists and Primary Care Physicians*, 77–121.
- McKeith, I. G., Dickson, D. W., Lowe, J., Emre, M., O'brien, J. T., Feldman, H., ... & Perry, E. K. (2005). Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies third report of the DLB consortium. *Neurology*, 65(12), 1863-1872.
- McKeith, I. G., Boeve, B. F., Dickson, D. W., Halliday, G., Taylor, J.-P., Weintraub, D., ... Ballard, C. G. (2017). Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies Fourth consensus report of the DLB Consortium. *Neurology*, 89(1), 88–100.
- McKhann, G. M., Knopman, D. S., Chertkow, H., Hyman, B. T., Jack, C. R., Kawas, C. H., ... & Mayeux, R. (2011). The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & dementia*, 7(3), 263-269.
- Morin, C., & Sommet, I. (2015). *Intérêt clinique du Gremots comme outil d'évaluation du langage au CMRR de Lille : étude de la batterie auprès de 12 patients suivis au CMRR de Lille*, Mémoire d'orthophonie. Université de Lille 2.
- Neary, D., Snowden, J. S., Gustafson, L., Passant, U., Stuss, D., Black, S. al, ... & Albert, M. (1998). Frontotemporal lobar degeneration A consensus on clinical diagnostic criteria. *Neurology*, 51(6), 1546–1554.
- Pariel-Madjlessi, S., Opéron, C., Péquignot, R., Konrat, C., Léonardelli, S., & Belmin, J. (2007). Syndromes démentiels du sujet âgé : démarches diagnostiques. *La Presse Médicale*, 36(10, Part 2), 1442-1452. doi : [10.1016/j.lpm.2007.04.021](https://doi.org/10.1016/j.lpm.2007.04.021)
- Petit, S., Ousset, P. J., Pigois, C., Agniel, A., Cardebat, D., Demonet, J. F., ... & Puel, M. (1997). Principaux syndromes révélés lors d'une consultation spécialisée de la mémoire. *La Revue de Médecine Interne*, 18(3), 201-209. doi : [10.1016/S0248-8663\(97\)89296-X](https://doi.org/10.1016/S0248-8663(97)89296-X)
- Robin, F., & Rozières, A. (2016). *Dépistage des troubles du langage dans le vieillissement, version francophone : suite de la normalisation et de la validation du D-TLVf*, Mémoire d'orthophonie. Université de Lille 2.
- Routhier, S., Gravel-Laflamme, K., & Macoir, J. (2013). Les approches thérapeutiques non pharmacologiques des troubles du langage dans les variantes agrammatique et logopéniq ue de l'aphasie progressive primaire : revue de la littérature. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*, 11(1), 87–97.

- Sachdev, P., Kalaria, R., O'Brien, J., Skoog, I., Alladi, S., Black, S. E., ... & Chui, H. (2014). Diagnostic criteria for vascular cognitive disorders: a VASCOG statement. *Alzheimer disease and associated disorders*, 28(3), 206.
- Thomas-Antérion, C., Regetti, I., Lemesle, B., Foyatier-Michel, N., Laurent, B., & Michel, D. (1995). Consultation spécialisée de mémoire et prise en charge des syndromes démentiels. *La Revue de Médecine Interne*, 16(4), 255-259. doi : [10.1016/0248-8663\(96\)80704-1](https://doi.org/10.1016/0248-8663(96)80704-1)
- Thomas-Antérion, C., & Richard-Mornas, A. (2013). Situations de plaintes ou de déficits « psychocognitifs » observées lors d'une première consultation de mémoire en CM2R. *Revue Neurologique*, 169(2), 97-107. doi : [10.1016/j.neurol.2012.05.011](https://doi.org/10.1016/j.neurol.2012.05.011)
- Wilson, J. M. G., Jungner, G., & Organization, W. H. (1970). Principes et pratique du dépistage des maladies. Consulté à l'adresse <http://www.who.int/iris/handle/10665/41503>