

DEPARTEMENT ORTHOPHONIE

FACULTE DE MEDECINE

Pôle Formation

59045 LILLE CEDEX

Tél : 03 20 62 76 18

departement-orthophonie@univ-lille.fr



MÉMOIRE

En vue de l'obtention du
Certificat de Capacité d'Orthophoniste

présenté par

Elise DEMENGEON

soutenu publiquement en juin 2023

**Recours à la méthode SFA dans la prise en charge
des patients atteints de la maladie d'Alzheimer :
intérêt, état des lieux des indications dans la
littérature et de l'utilisation en pratique clinique**

MÉMOIRE dirigé par
Claire BEYLS WAROQUIER, Orthophoniste, Bousbecque
Marie-Laure SIMON, Orthophoniste, Lesquin

Lille – 2023

Remerciements

Je souhaite remercier mes directrices de mémoire, Madame Beyls Waroquier et Madame Simon, pour leurs conseils avisés et leur accompagnement bienveillant tout au long de la rédaction de ce mémoire. Merci pour votre intérêt et vos encouragements lors des moments de doutes.

Je voudrais également remercier toutes les personnes ayant répondu à mon questionnaire. Vous m'avez à la fois permis de mener à bien ce travail mais aussi appris sur la pratique professionnelle de ce métier que j'ai choisi il y a cinq ans et que je me réjouis de pouvoir bientôt exercer.

Un grand merci à mes maîtres de stage qui m'ont accueillie ces cinq dernières années. L'orthophoniste que je serai devra beaucoup à tout ce que vous m'avez apporté. Un merci tout particulier à Marie-Laure, pour avoir aiguisé ma pratique et le regard que je lui porte, à Constance pour sa vision scientifique et si encourageante de l'orthophonie, et à Alice pour sa passion pour ce métier qui n'a fait que renforcer la mienne.

Je remercie également mes proches et toutes celles et ceux qui ont contribué, par leurs mots, leur présence ou leur soutien à la réalisation de ce mémoire. Merci à ma famille pour son soutien indéfectible et particulièrement à ma sœur Léna pour ses conseils et multiples relectures. Merci à mes amis de toujours qui se reconnaîtront.

Merci enfin à ma famille lilloise, pour tous ces moments si particuliers que nous avons partagés ces cinq dernières années. Vous avez illuminé les moments de douceur et été d'un soutien sans mesure lors des moments plus amers. Merci pour votre présence, vos rires, votre amitié.

Résumé :

Les troubles du langage sont fréquents dans la maladie d'Alzheimer (MA). À la phase débutante de la maladie, ils sont caractérisés par une anomie prédominante. La théorie principalement retenue pour expliquer l'origine de ces troubles permet de les considérer comme étant de nature lexico-sémantique. La *Semantic Feature Analysis* (SFA), méthode de rééducation de l'anomie dans le cadre d'aphasies, a fait preuve de son efficacité dans de nombreuses études. Toutefois, peu d'indications existent dans la littérature concernant son utilisation dans les maladies neurodégénératives. Ce mémoire investigate ainsi l'intérêt que représenterait la SFA dans la prise en charge de l'anomie dans la MA et offre une synthèse de la littérature existante à ce sujet. Afin de connaître l'utilisation de cette méthode en pratique clinique, un questionnaire a été diffusé aux orthophonistes ayant une expérience dans la prise en charge de la MA sur le réseau social Facebook. Quarante-six répondants correspondaient aux critères, permettant l'analyse de leurs réponses. Les résultats ont montré qu'un nombre non négligeable d'orthophonistes utilisent la SFA auprès de leur patientèle malgré la pauvreté de la littérature. Cette dernière entraîne toutefois un manque d'uniformisation des pratiques, notamment dans les modalités de présentation de la thérapie. L'importante utilisation de la méthode en pratique clinique pourrait être source d'inspiration pour la recherche, permettant ainsi un essor de la littérature et un enrichissement mutuel intéressant.

Mots-clés :

Maladie d'Alzheimer - Troubles lexico-sémantiques - rééducation orthophonique - SFA

Abstract :

Language impairment is common in Alzheimer's disease (AD). At the early stages of the disease, it is mainly characterized by anomia. The main theory about the origin of this disorder gives it the name "lexico-semantic" disorders. *Semantic Feature Analysis* (SFA), treatment technique for anomia in aphasia, has proved its efficiency in many studies. However, few indications exist concerning its use in neurodegenerative diseases. This dissertation discusses the interest in using this method with people with Alzheimer's disease suffering from anomia and offers a synthesis of scientific literature on this topic. To know about the usage of this method in clinical practice, we sent out a survey on the social media platform Facebook with the inclusion criteria of being a speech-therapist with experience in AD care. Eighty-six respondents matched the criteria, allowing the analysis of their answers. Results have shown that, despite little literature, many speech-therapists use SFA with their AD patients. The little scientific writing leads to a lack of standardization of practices, particularly in the way of introducing SFA. The significant use of the method in clinical practice could be a source of inspiration for research, thus allowing a development of the literature and an interesting mutual enrichment.

Keywords :

Alzheimer's disease - lexico-semantic disorders - speech-language therapy - SFA

Table des matières

Introduction	1
Contexte théorique	1
1 Généralités sur la maladie d'Alzheimer	1
1.1 Epidémiologie	1
1.2 Lésions neuropathologiques	2
1.3 Critères diagnostiques	2
2 Manifestations cliniques de la maladie d'Alzheimer	3
2.1 Troubles cognitifs	3
2.2 Troubles comportementaux	3
2.3 Troubles langagiers et évolution	3
3 Troubles de la production lexicale et leur prise en charge dans la MA	4
3.1 Troubles de la production lexicale	4
3.2 Hypothèses de l'origine des troubles	5
3.3 Prise en charge orthophonique des troubles de production lexicale	5
4 Semantic Feature Analysis (SFA)	6
4.1 Présentation de la SFA	6
4.2 Principes et modalités	7
4.3 Efficacité	8
5 Utilisation de la SFA dans la prise en charge de la MA	8
5.1 La théorie sémantique	8
5.2 Intérêt de la SFA dans la rééducation de ces troubles	9
5.3 Littérature sur l'utilisation de la SFA dans la prise en charge de la MA	10
Méthode	11
1 Choix de la méthode d'enquête	11
2 Population d'étude	11
3 Elaboration du questionnaire	12
4 Diffusion du questionnaire	12
5 Analyse des données obtenues	12
Résultats	13
1 Participants	13
1.1 Données chiffrées de l'échantillon	13
1.2 Prise en charge de patients atteints de MA	14
2 Méthodes et prise en charge de la MA	15
2.1 Connaissance et utilisation de la SFA	15
2.2 Non-utilisation de la SFA	16
2.3 Prise en charge de l'anomie chez les patients Alzheimer	17
3 Utilisation de la SFA dans le cadre de la prise en charge des patients atteints de la MA	18
3.1 Expérience de la SFA auprès des patients MA	18
3.2 Motifs de son utilisation auprès de cette patientèle	19
3.3 Mise en place de la SFA auprès des patients Alzheimer	20
3.3.1 Matériel utilisé	20

3.3.2	Méthode d'administration	21
3.3.3	Complément de rééducation de la SFA	21
3.3.4	Stade de la maladie	22
3.3.5	Intérêt de la SFA dans la prise en charge des patients MA	23
4	Intérêt pour du matériel SFA	24
4.1	Intérêt pour un support et/ou protocole de la SFA auprès des patients MA	24
4.2	Intérêt pour une formation de la SFA auprès des patients MA	24
Discussion		25
1	Interprétation des résultats et apports pour la pratique clinique	25
1.1	Prise en charge des patients Alzheimer	25
1.2	Décision d'utilisation ou non de la SFA	26
1.3	Modalité d'utilisation de la SFA avec les patients Alzheimer	26
2	Limites de l'étude	27
2.1	Population d'étude	27
2.2	Hétérogénéité des méthodologies	28
2.3	Réalisation du questionnaire	28
2.4	Biais liés au questionnaire	28
3	Perspectives	29
Conclusion		29
Bibliographie		31
Liste des annexes		38
	Annexe 1. Questionnaire	38

Introduction

La maladie d'Alzheimer (MA) est une maladie neurodégénérative dont le déclin cognitif entraîne une perte d'autonomie du patient. Sa prévalence augmente avec l'âge et, au contraire d'autres pathologies neurodégénératives, ne diminue pas au cours des décennies (Gao, Burney, Callahan, Purnell, & Hendrie, 2019), ce qui en fait aujourd'hui un enjeu majeur de la société. En effet, si aucun traitement curatif n'existe de nos jours, la prise en charge de ces patients est d'autant plus importante que, chaque jour, la population mondiale vieillit. De plus, si la prévalence mondiale de la maladie est actuellement estimée à 24 millions de personnes, les experts prédisent une multiplication par 4 d'ici 2025 (Kumar & Singh, 2015). Les scientifiques distinguent plusieurs stades de la maladie, selon les symptômes observés. Ainsi, dans la forme typique, on observe dès le stade pré-déméntiel des symptômes tels qu'un déclin de la mémoire épisodique, des troubles visuo-spatiaux et dysexécutifs ou encore une atteinte du langage (Zvěřová, 2019). Cette dernière se traduit souvent par une anomie, phénomène communément appelé "mot sur le bout de la langue", qui représente une plainte fréquente des patients. Plusieurs théories ont été avancées par les chercheurs afin d'expliquer l'origine de ces troubles. La théorie principalement retenue postule l'existence de dysfonctionnements au niveau sémantique et permet aux chercheurs d'identifier les troubles lexicaux comme étant lexico-sémantiques (Huff, 1988). Face aux difficultés de communication en général et aux troubles lexico-sémantiques en particulier, plusieurs méthodes de rééducation existent. Parmi elles, les thérapies lexico-sémantiques sont celles ayant jusqu'alors montré les meilleurs résultats (Morello, Lima, & Brandão, 2017). Bien qu'il n'existe aujourd'hui aucune définition consensuelle concernant ces approches, elles proposent toutes aux patients des tâches d'entraînement lexical et sémantique telles que la dénomination, la recherche de caractéristiques sémantiques ou encore la compréhension de mots.

Parmi ces thérapies, la *Semantic Feature Analysis* (SFA), créée par Ylvisaker et Szekeres en 1985, est une méthode de rééducation des troubles de récupération lexicale utilisée chez les patients aphasiques. Si elle a initialement été créée pour la prise en charge de patients traumatisés crâniens, son efficacité a été démontrée avec les patients aphasiques dans leur globalité (Maddy, Capilouto, & McComas, 2014). Reposant sur un objectif de renforcement des traits sémantiques, la SFA semblerait indiquée dans la prise en charge des troubles lexico-sémantiques dont souffrent les patients Alzheimer.

La première partie de ce mémoire s'attachera ainsi à présenter l'intérêt que peut représenter la SFA dans la prise en charge de ces patients ainsi que les données actuelles de la littérature à ce sujet. Dans un second temps il sera question de réaliser un état des lieux de son utilisation avec cette population dans la pratique clinique des orthophonistes.

Contexte théorique

1 Généralités sur la maladie d'Alzheimer

1.1 Epidémiologie

La MA, considérée comme la première cause de trouble cognitif majeur du sujet âgé,

représente environ 70% des démences de la personne âgée (Ankri, 2009). Son incidence augmentant avec l'âge de façon exponentielle (Castellani, Rolston, & Smith, 2010), elle est aujourd'hui un réel enjeu de santé publique dans nos populations vieillissantes. Cela est d'autant plus vrai qu'elle est la première cause de dépendance de la personne âgée. En France, l'Inserm estimait à environ 1,3 millions le nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en 2020 (INSERM, 2017). Décrite par Aloïs Alzheimer en 1907, cette dernière est une affection neurodégénérative qui se caractérise par l'apparition insidieuse de troubles cognitifs et émotionnels ainsi que par des modifications du comportement. Si les troubles de la mémoire épisodique se trouvent généralement au premier plan (Apostolova, 2016), cela peut ne pas être le cas dans les formes atypiques de la maladie.

1.2 Lésions neuropathologiques

D'un point de vue physiopathologique, la MA est une affection dégénérative du système nerveux central qui conjugue deux processus simultanés. On observe ainsi deux types de lésions : des dépôts extracellulaires de peptides bêta-amyloïdes forment les plaques séniles tandis qu'en milieu intracellulaire la dégénérescence neuro-fibrillaire causée par l'accumulation de protéines Tau entraîne la mort du neurone et ainsi une atrophie cérébrale. Cette dernière débute généralement au niveau du cortex temporal interne avant de s'étendre au reste du cerveau (Galton, 2000). L'atrophie peut parfois être observée grâce à l'imagerie médicale telle que l'IRM, mais ne sera pas systématiquement visible.

1.3 Critères diagnostiques

La maladie d'Alzheimer est aujourd'hui considérée comme un trouble neurocognitif majeur. Ce dernier est défini par le DSM 5 (2013) comme un déclin cognitif par rapport au niveau antérieur dans un ou plusieurs domaines de la cognition, perçu par le patient, un informant fiable ou encore le clinicien. Il doit par ailleurs interférer avec l'autonomie.

En 2007 et 2010 un groupe d'experts, l'International Working Group, propose un raisonnement diagnostique en deux étapes : une étape d'identification clinique puis une étape d'identification du mécanisme physiopathologique grâce à la présence ou non de marqueurs physiopathologiques (LCR et TEP-amyloïde). Le National Institute on Aging and Alzheimer's Association (NIA-AA) actualise ces critères en 2011 en distinguant les différents stades de la maladie d'Alzheimer (stades préclinique, pré-démontiel et démontiel), en amplifiant les tableaux sémiologiques et en y incluant les biomarqueurs dans le but de mettre en avant une origine amyloïde et une dégénérescence neuronale.

Enfin McKhann et al. (2011) évoquent les critères cardinaux de démence liés à la MA qui incluent les critères de démence, un début insidieux ainsi qu'une aggravation objectivée de la cognition avec un déficit cognitif s'intégrant soit dans le phénotype amnésique soit dans un phénotype non-amnésique. Ces différents critères permettent ainsi les diagnostics de démence d'Alzheimer «probable», «probable avec preuve du processus pathologique de maladie d'Alzheimer», ou encore de Mild Cognitive Impairment (MCI) lié à la maladie d'Alzheimer. Le diagnostic de démence d'Alzheimer certaine, lui, n'est possible qu'en présence de lésions pathologiques à l'examen autopsique (Castellani et al., 2010).

2 Manifestations cliniques de la maladie d'Alzheimer

2.1 Troubles cognitifs

À la phase pré-déméntielle les premiers signes généralement observés sont les troubles mnésiques (Tran et al., 2012). Les différents troubles cognitifs apparaissent de manière insidieuse et peuvent être très hétérogènes. Dans la forme typique de la MA, qui représente 85% des formes de cette pathologie, les troubles principaux à la phase prodromale sont les troubles de la mémoire épisodique, touchant tout d'abord les souvenirs récents avant de s'étendre à tous les aspects de la mémoire épisodique (Apostolova, 2016). Ils seraient la conséquence d'une atteinte à la fois des processus d'encodage, de stockage et de récupération de l'information. Toutefois, comme McKhann et al. (2011) le précisent, la plainte mnésique, bien que majeure, n'est pas la seule rapportée par le patient. Les présentations cliniques sont très variables selon l'individu et les régions corticales atteintes. Malgré tout, on observe fréquemment, au second plan, des atteintes praxiques, gnosiques, des fonctions exécutives ou encore des fonctions visuo-spatiales (Castellani et al., 2010).

2.2 Troubles comportementaux

La maladie d'Alzheimer n'entraîne pas seulement des troubles cognitifs mais aussi des changements sur le comportement et le psychisme du patient qui évoluent selon plusieurs paramètres et ont tendance à s'aggraver avec l'avancée de la maladie. Ainsi d'après l'Inserm (2017), les troubles du comportement et de l'humeur tels que l'anxiété, la dépression ou encore l'irritabilité sont souvent observés au cours de la maladie. Les patients peuvent aussi se plaindre d'insomnies, d'hallucinations mais aussi d'agitation allant parfois jusqu'à l'agressivité. Bien que ces symptômes soient très variables entre les patients, les rendant difficiles à prédire (Cooper, Mungas, & Weiler, 1990), l'étude de Benoit et al. (2003) confirme que les symptômes comportementaux et psychologiques présents dès le stade précoce de la maladie concernent la majorité des patients. Une corrélation entre la détérioration cognitive et les troubles comportementaux a été observée. Par ailleurs, ces derniers auront tendance à s'aggraver avec l'avancée de la maladie (Apostolova, 2016).

Enfin le phénomène d'anosognosie est très fréquent chez les personnes atteintes de MA (Starkstein, 2014) et a un impact considérable sur les patients et leur prise en charge.

2.3 Troubles langagiers et évolution

Les troubles langagiers sont considérés comme les troubles cognitifs les plus fréquents après les troubles mnésiques (Tran et al., 2012) au début de la maladie. Contrairement à ces derniers, ils sont parfois très caractéristiques de la MA, rendant la distinction avec le déclin cognitif du vieillissement normal plus aisée (Eustache, 1993) et, de cette façon, le diagnostic clinique plus facile. Les troubles langagiers, lorsqu'ils sont présents, pourraient être visibles dès la phase pré-clinique et sont systématiques à la phase sévère.

La nature et l'évolution de ces troubles linguistiques ont été étudiées. Les études observent ainsi qu'au premier stade de la MA ils concernent principalement les troubles expressifs du langage oral avec une baisse de la fluence verbale et un manque du mot parfois rendu apparent par des circonlocutions ou des paraphrasies sémantiques (Huff, 1988). On note ensuite l'apparition de troubles de compréhension du langage élaboré tant à l'oral qu'à l'écrit

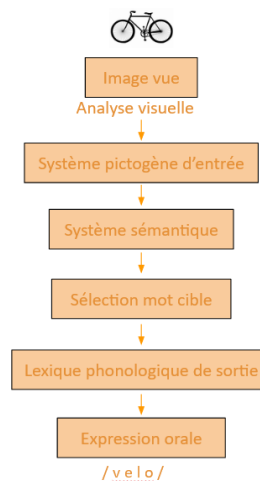
(Ferris & Farlow, 2013). Le stade suivant est marqué par une aggravation de ces symptômes : du côté expressif, malgré une relative préservation de la syntaxe et de la phonologie, le discours est fortement atteint du fait de l'omniprésence des difficultés de récupération lexicale. La dernière phase décrite est caractérisée par une atteinte de toutes les sphères du langage oral, mise à part la répétition, partiellement préservée du début à la fin de la maladie.

3 Troubles de la production lexicale et leur prise en charge dans la MA

3.1 Troubles de la production lexicale

Les troubles de la production lexicale sont caractéristiques des troubles langagiers dans la maladie d'Alzheimer (Kirshner, Webb, & Kelly, 1984) et sont parmi les premières manifestations de cette dernière (Chertkow, Whatmough, Saumier, & Duong, 2008 ; Huff, 1988). Principalement évalués grâce à l'épreuve de dénomination, ils sont la cible de nombreuses études dans la littérature. En effet, cette tâche sera l'une des premières échouées dans le cadre de la MA (Tran et al., 2012), et ce, chez la grande majorité des patients atteints de cette maladie (Kirschner et al., 1984 ; Shuttleworth & Huber, 1988). La dénomination d'image requiert plusieurs processus cognitifs : la perception et la discrimination visuelles de l'image cible précèdent l'étape sémantique au cours de laquelle la perception visuelle est reliée aux connaissances sémantiques superordonnées puis subordonnées du concept. Le mot cible est ensuite sélectionné avant que sa forme phonologique soit récupérée (Lin et al., 2014).

Schéma 1 : étapes de la dénomination



Les troubles de la dénomination se manifestent ainsi de différentes manières selon l'étape atteinte. De nombreuses études ont pu démontrer que les erreurs les plus fréquentes sont de type sémantique (Bayles & Tomoeda, 1983 ; Hodges, Salmon, & Butters, 1991 ; Martin & Fadio, 1983). Dans leurs études, ces chercheurs constatent une majorité de paraphasies sémantiques de type hyponyme ou hyperonyme. Ils notent par ailleurs l'utilisation de circonlocutions ou de périphrases. Enfin, ils décrivent par ailleurs des erreurs dites «visuelles» lorsque le patient dénomme l'image par un mot d'un concept visuellement proche. Hodges et al. (1991) analysent ces dernières comme un signe de déficit de l'analyse visuelle tandis que les erreurs de type subordonnées et superordonnées suggèrent des

connaissances sémantiques insuffisantes et les circonlocutions un défaut d'accès lexical.

La Batterie d'Évaluation des Troubles Lexicaux (BETL) (Tran & Godefroy, 2015), créée à l'Institut d'Orthophonie de Lille, est l'un des outils d'évaluation ayant été créé pour évaluer de la manière la plus fine possible les troubles de dénomination. Validé auprès de patients MA et MCI (Mild cognitive impairment), il s'inspire des travaux de la neuropsychologie cognitive et repose ainsi sur le modèle des traitements lexicaux d'Hillis et Caramazza (1990). Il permet d'évaluer l'ensemble des traitements lexicaux en tenant compte de différentes variables psycholinguistiques et tend à distinguer les différentes origines des troubles. En effet, ces dernières sont encore à l'origine de débats dans la littérature internationale. Actuellement plusieurs hypothèses ont ainsi vu le jour.

3.2 Hypothèses de l'origine des troubles

La première théorie que nous allons aborder concerne l'étape initiale de l'épreuve de dénomination d'image à savoir la perception et la reconnaissance de l'image : la théorie visuelle et visuo-sémantique. En effet, plusieurs études ont démontré la présence de déficits des capacités visuo-perceptives chez les patients Alzheimer, notamment au stade léger (Adlam, Bozeat, Arnold, Watson, & Hodges, 2006 ; Caine & Hodges, 2001). Dans leur étude, Kirshner et al. (1984) observent que les erreurs perceptives sont majoritaires chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Au contraire, Hodges et al. (1991) relèvent, en moindre proportion, les erreurs purement visuelles qui augmenteraient avec l'avancée de la maladie. Le défaut de discrimination visuelle causerait ainsi les troubles de production lexicale, ou du moins en serait un important prédicteur (Harnish et al., 2010).

La deuxième hypothèse présentée concerne la forme phonologique du mot. Selon cette hypothèse, le patient, après avoir correctement perçu, identifié et reconnu le concept présenté ne saurait pas dénommer correctement l'image du fait de difficultés de récupération de la forme phonologique du mot. Cette théorie s'appuie sur l'observation, lors de la tâche de dénomination, de l'aide de l'amorce phonémique (Tran et al., 2012), ainsi que des circonlocutions portant sur le mot cible. Ces dernières seraient évocatrices d'une préservation des représentations sémantiques.

La troisième théorie, la plus discutée dans la littérature, concerne l'étape sémantique. Cette théorie vient de l'étude des différentes erreurs produites par les patients lors de tâches de dénomination. Comme expliqué ci-dessus, de nombreuses études ont montré que la majorité des erreurs étaient de type sémantique (Hodges et al., 1991 ; Tran et al., 2012) : on parle alors de troubles lexico-sémantiques.

Enfin, Balthazar, Cendes, & Damasceno (2008) rappellent que de nombreuses fonctions cognitives sont impliquées dans la tâche de dénomination, chacune d'elles pouvant jouer un rôle dans l'échec de cette tâche par les patients atteints de maladie d'Alzheimer.

3.3 Prise en charge orthophonique des troubles de production lexicale

Plusieurs types d'approches orthophoniques existent pour la prise en charge globale des patients atteints de maladie d'Alzheimer. On peut ainsi citer des approches telles que l'utilisation de procédures de facilitations, l'exploitation de capacités mnésiques résiduelles

(Jacquemin, 2017 ; Rousseau, 2018a) ou encore les thérapies éco-systémiques (Rousseau, 2018b). La stimulation cognitive est quant à elle la technique la plus utilisée dans le cadre de la prise en charge de ces patients (Amieva, et al., 2007). Cette approche, qui se veut fonctionnelle, vise le renforcement des capacités cognitives préservées. Bien que globale et majoritairement axée sur le ralentissement de la perte d'autonomie du patient, elle peut être ciblée afin de prendre en charge les troubles de production lexicale.

Toutefois, l'anomie chez les patients Alzheimer pouvant être causée par une atteinte de chaque étape de la récupération lexicale, les chercheurs posent la question de l'intérêt de thérapies cognitives qui visent généralement une rééducation des fonctions exécutives (Colliaux, Cattini, & Duboisdindien., 2021). Ainsi, de nombreuses études portent sur les thérapies dites «lexico-sémantiques» qui visent la remédiation spécifique de ces troubles. Ces thérapies ont pour objectif de renforcer la connaissance des concepts et de leurs liens, ainsi que de consolider le lien entre le signifié et le signifiant, et ce, dans l'objectif d'augmenter les capacités de récupération lexicale chez des patients dont l'altération du système sémantique ou lexical a été objectivée (Léonard, Pillon, & de Partz, 2008). Dans le cadre de troubles sémantiques, plusieurs activités peuvent ainsi être utilisées : la catégorisation, la mise en correspondance définition/mot, le jugement sémantique, etc. Plusieurs études ont pu observer une réelle efficacité des thérapies lexico-sémantiques (Beales, Whitworth, & Cartwright, 2018 ; Morello et al., 2017). Dans leur étude, Jelcic et al. (2012) comparent la stimulation cognitive et la stimulation lexico-sémantique, indiquant un plus grand effet de cette dernière sur les capacités langagières. Colliaux et al. (2021) soulignent toutefois l'hétérogénéité des méthodes dans l'appellation «thérapie lexico-sémantique» et donc la difficulté d'évaluer leur efficacité et proposent ainsi le terme «thérapies basées sur les théories lexico-sémantiques».

4 Semantic Feature Analysis (SFA)

4.1 Présentation de la SFA

A l'instar de la maladie d'Alzheimer, l'un des symptômes les plus prégnants dans l'aphasie est le défaut de récupération lexicale, aussi appelé anomie. Il peut être expliqué par une atteinte des différentes étapes de la production du mot : atteinte de l'étape sémantique, de l'étape phonologique, ou atteinte combinée des deux étapes. Les thérapies visant à remédier à ces troubles lexicaux peuvent alors cibler le processus phonologique ou le processus sémantique, qui sont parfois difficiles à dissocier.

La SFA est une thérapie de récupération lexicale introduite par Ylvisaker et Szekeres (1985) dans le but de faciliter l'activation des réseaux sémantiques. Basée sur le modèle de Collins & Loftus (1975), cette méthode de rééducation a pour objectif la production des traits sémantiques des mots échoués en épreuve de dénomination. Selon cette théorie, en entraînant le réseau sémantique relatif à la cible - soit les mots ayant un lien avec la cible - cette dernière devrait être activée de manière plus importante, facilitant la récupération lexicale (Boyle & Coelho, 1995 ; Coelho, McHugh, & Boyle, 2000).

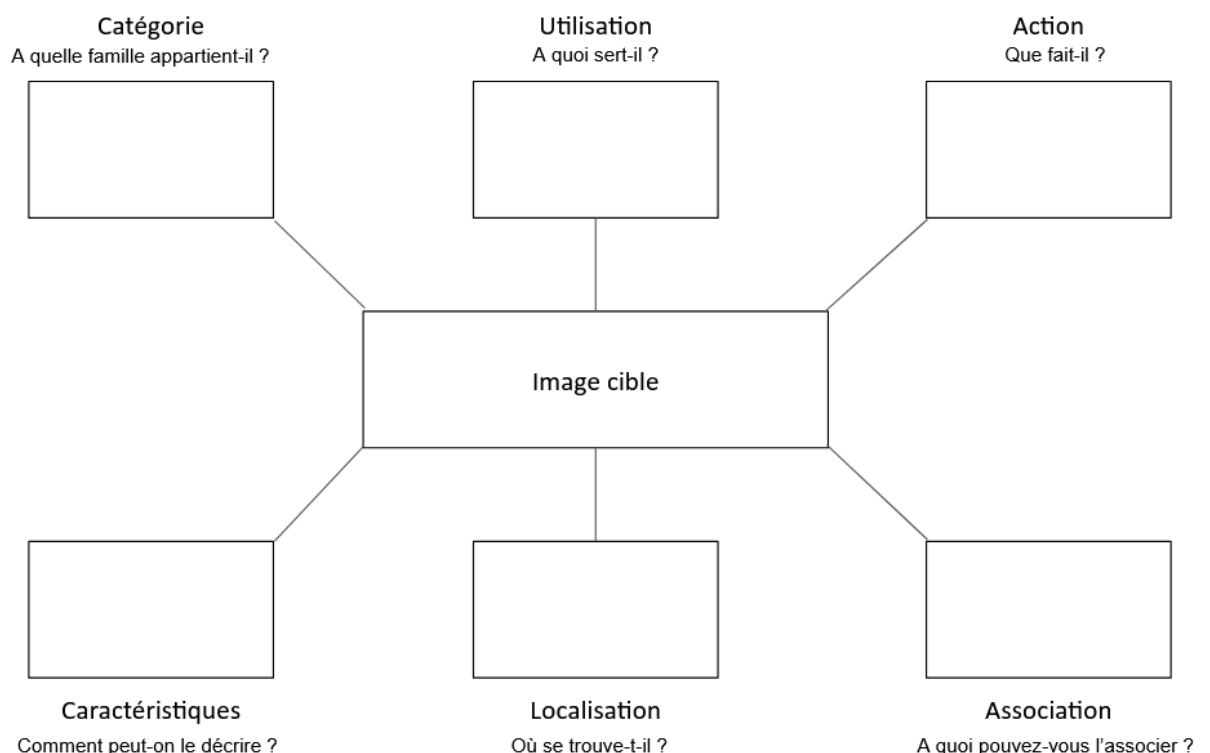
Originellement créée pour les enfants traumatisés crâniens, Massaro & Tompkins (1994) furent les premiers à l'utiliser avec des patients adultes traumatisés crâniens et permirent ainsi d'en démontrer l'efficacité avec ces derniers. En 1995, Boyle & Coelho testent le protocole avec un adulte souffrant d'aphasie non fluente des suites d'un Accident

Vasculaire Cérébral (AVC). Depuis, de nombreuses études et méta-analyses ont pu étudier les effets de la SFA sur différents types d'aphasies, à différents stades de sévérité (Quique, Evans, & Dickey, 2019). Aujourd'hui, la SFA s'adresse ainsi principalement aux personnes aphasiques souffrant d'un manque du mot d'origine sémantique.

4.2 Principes et modalités

Le protocole de la SFA a donc pour but de faire générer au patient les caractéristiques sémantiques des mots qu'ils n'ont pas su dénommer. Pour ce faire, le protocole inclut un support d'analyse des traits sémantiques à compléter avec le patient. Ce dernier est ainsi encouragé à produire les différentes caractéristiques relatives au mot-cible présenté sous forme d'image : sa catégorie, son utilisation, sa localisation, son action, ses propriétés et ses associations (Boyle, 2010). Ainsi, dans le cas où le patient ne parviendrait pas à dénommer l'image présentant une fourchette, il lui serait demandé de retrouver sa catégorie (*couvert*), son utilisation (*manger*), sa localisation (*la cuisine*), ses propriétés (*longue, pointue*) et ce à quoi il l'associe. Dans ce dernier cas, l'association est personnelle et peut être générée avec plus ou moins de facilités par le patient. Afin d'aider ce dernier dans la génération de ces caractéristiques, le praticien peut indiquer ou poser des questions telles que «à quoi sert-il?». Il peut enfin proposer des étayages qu'il lui faudra estomper au fur et à mesure de la rééducation (Boyle & Coelho, 1995).

Schéma 2 : planche d'administration du protocole SFA



Actuellement, il n'existe pas de procédure standardisée de la méthode SFA (Efstratiadou, Papathanasiou, Holland, Archonti, & Hilari, 2018). Ceci entraîne une grande difficulté à comparer les différentes études réalisées (Boyle, 2010 ; Quique et al., 2019) mais

aussi à décider en pratique clinique de quelle façon administrer cette méthode. Boyle (2010) propose ainsi de différencier les thérapies dites « SFA » de celles qui ne le sont pas. Les thérapies *Semantic Feature Generation* (SFG) correspondent au protocole initial de la SFA tandis que les thérapies *Semantic Feature Review* (SFR) demandent aux patients de reconnaître les traits sémantiques parmi des distracteurs et non de les générer. Cette méthode, bien que pertinente pour la rééducation sémantique, ne concerne pas le même niveau de traitement sémantique que la SFA et ne devrait donc pas être considérée comme telle.

4.3 Efficacité

Différentes méta-analyses nous permettent de répondre à la question de l'efficacité de la SFA auprès de patients aphasiques (Maddy et al., 2014 ; Quique et al., 2019). Elles rapportent des effets homogènes concernant l'efficacité de la méthode sur la dénomination. Dans leur méta-analyse, Quique et al. (2019) ont analysé douze études qui comprenaient au total 35 participants et utilisaient la génération de traits sémantiques, l'examen de traits sémantiques ou ces deux méthodes. Leurs résultats montrent ainsi une augmentation des performances de dénomination de 34% chez ces patients en comparaison avec ceux observés lors de l'évaluation initiale, et ce, tous types de stimuli confondus (items traités ou de généralisation), indiquant une efficacité de la méthode SFA sur la récupération lexicale. Les études ont par ailleurs démontré une généralisation de ses effets aux stimuli non traités, bien que de manière moindre comparé aux stimuli entraînés (Boyle & Coelho, 1995; Coelho et al., 2000; Maddy et al., 2014; Quique et al., 2019). Boyle & Coelho (1995) indiquent un maintien des résultats dans le temps à deux mois. Ces résultats seront à nouveau observés dans la réplication de leur première étude (Coelho et al., 2000).

Toutefois, les résultats observés dans ces différentes études sont influencés par de nombreux critères : la durée de la rééducation, le protocole utilisé, la sévérité de l'aphasie, l'intensité de la rééducation, etc. Ainsi, Quique et al. (2019) étaient les premiers à analyser directement l'effet de l'intensité de la rééducation. Ils ont alors pu observer qu'une thérapie plus intensive était associée à une augmentation de la précision de la dénomination. Cela était particulièrement vrai avec les éléments sémantiquement liés par rapport à ceux qui ne l'étaient pas.

Dans leur étude de la valeur prédictive des variables liées à la pratique, Gravier et al. (2018) ont, quant à eux, observé que ni le nombre total d'essais réalisés pour un item, ni le nombre moyen d'essais par heure, ni le temps total passé n'étaient prédictifs de la réponse au traitement. En revanche, un nombre moyen élevé de caractéristiques produites par le patient pour un item prédisait une meilleure amélioration de la dénomination mais aussi une généralisation aux items non travaillés.

5 Utilisation de la SFA dans la prise en charge de la MA

5.1 La théorie sémantique

Parmi les théories proposées dans la littérature afin d'expliquer les troubles de production lexicale chez les patients Alzheimer, la théorie sémantique est celle qui semble aujourd'hui être la plus unanime, elle explique ainsi les erreurs lexico-sémantiques observées chez les patients.

La théorie de la dégradation progressive du système sémantique (Adlam et al., 2006; Catricalà et al., 2015; Garrard, Lambon Ralph, Patterson, Pratt, & Hodges, 2005; Hodges, Graham, & Patterson, 1995; Hodges, Salmon, & Butters, 1992; Huff, Corkin, & Growdon, 1986; Laisney, Desgranges, Eustache, & Giffard, 2010; Lin et al., 2014; Martin & Fadio, 1983) repose sur l'observation d'erreurs sémantiques constantes à travers différentes tâches sémantiques. Selon cette théorie, l'atteinte serait alors indépendante de la modalité d'entrée et de sortie. Toutefois, une controverse existe concernant l'origine des troubles : certains auteurs expliquent les troubles lexico-sémantiques par un déficit de récupération des informations sémantiques dans un système sémantique intact. Ils soutiennent cette théorie par l'observation des effets d'amorçage sémantique lors de tâches de dénomination (Rogers & Friedman, 2008). Les informations stockées dans le système, bien que préservées, ne seraient alors plus accessibles au patient. Cependant, comme l'indique Giffard (2002), l'effet d'amorçage n'est pas nécessairement signe d'une préservation du système sémantique. En effet, ce dernier étant principalement observé avec les mots partageant une relation de coordonnées pour lesquels l'auteur indique un effet "d'hyperamorçage", il reflète en réalité la perte des attributs spécifiques. Cela est corroboré par la prévalence d'erreurs de type subordonné, qui indiquent une détérioration des informations spécifiques, avant celle des informations plus générales (Lin et al., 2014). De leur côté, Hodges et al. (1991) observent une augmentation des erreurs sémantiques au cours de la maladie, indiquant une diminution de l'information sémantique disponible. Cette atteinte progressive est en accord avec la théorie de dégradation sémantique de Warrington (1975) et permet d'expliquer les paraphasies sémantiques souvent observées. Enfin, dans leur étude, Garrard et al. (2005) constatent que la réussite à dénommer une image est associée à la capacité du patient à générer ses attributs sémantiques. Ils indiquent par ailleurs une capacité plus importante des patients à énumérer des caractéristiques partagées entre les membres d'une catégorie plutôt que des caractéristiques distinctives.

Certains auteurs avancent de leur côté l'idée que les troubles lexico-sémantiques sont expliqués par différents processus évoluant au cours de la MA. En effet, les fonctions mnésiques et le langage étant très intriqués dans la MA, l'origine exacte des déficits sémantiques reste difficile à éclaircir (Szatloczki, Hoffman, Vincze, Kalman, & Pakaski, 2015).

5.2 Intérêt de la SFA dans la rééducation de ces troubles

Comme expliqué ci-dessus, les troubles de récupération lexicale observables dans la MA sont probablement dus à une atteinte des représentations lexico-sémantiques, permettant l'appellation "troubles lexico-sémantiques". Or, dans le cas de troubles lexico-sémantiques, Tran (2007) indique la pertinence d'une rééducation ayant pour objectif de renforcer les concepts, les liens qui les unissent mais aussi le lien entre le signifié et le signifiant. De plus, comme évoqué précédemment, la stimulation cognitive est fréquemment utilisée au début de la prise en charge des patients Alzheimer afin de stimuler les habiletés préservées.

L'anomie dans la MA s'explique principalement par la perte des caractéristiques sémantiques des concepts, en commençant par les caractéristiques spécifiques. Or, par sa méthodologie, la SFA pourrait permettre un renforcement ou un réapprentissage des concepts et des traits les reliant, facilitant l'activation sémantique. De plus, il a été démontré dans de

nombreuses études que la SFA permet une amélioration de la récupération lexicale. Comme l'expliquent Balthazar et al. (2008), il est possible d'observer aux premiers stades de la MA de mauvaises performances en tâche de dénomination malgré un système sémantique apparemment intact. Cela s'expliquerait alors principalement par des difficultés d'accès lexical. Par ailleurs, certains chercheurs ont pu observer une aide apportée par l'indiçage phonémique à la récupération lexicale (Lin et al., 2014), confirmant cette hypothèse. De plus, Tran (2018) indique que la prise en compte de la sémantique propre au patient, présente dans la méthode SFA, est particulièrement encouragée dans les maladies neurodégénératives pour faciliter la mémorisation.

Ainsi la SFA, bien que principalement utilisée dans le cadre de la prise en charge de l'aphasie, semble être un choix pertinent pour la rééducation de l'anomie dans la maladie d'Alzheimer, et ce, malgré la différence de nature des anomies aphasiques et neurodégénératives (Colliaux et al., 2021). De par la stimulation sémantique qu'elle propose, la méthode permettrait d'intervenir auprès des troubles lexico-sémantiques, quel que soit le moment de la maladie et donc la cause sous-jacente aux troubles. Elle pourrait ainsi permettre de manière générale de retarder le déclin cognitif, plus spécifiquement l'apparition des troubles lexico-sémantiques et ainsi leur retentissement sur la vie quotidienne.

Enfin, la SFA semble d'autant plus indiquée que, dans leur étude comparant les différentes interventions visant l'amélioration de la récupération lexicale, Beales et al. (2018) indiquent que les approches de réapprentissage sont les plus efficaces dans le cadre de maladies neurodégénératives.

5.3 Littérature sur l'utilisation de la SFA dans la prise en charge de la MA

Dans la littérature internationale, l'utilisation de la SFA ne concerne encore que très peu les maladies neurodégénératives. En 2010, Marcotte et Ansaldo testent pour la première fois la méthode avec un patient atteint d'affection neurodégénérative. Le sujet était atteint d'Aphasie Progressive Primaire non fluente (APPnf), variante de l'APP dans laquelle aucune atteinte sémantique n'est observée (Gorno-Tempini et al., 2011). Les résultats ont toutefois été encourageants puisqu'ils ont objectivé une amélioration des capacités de dénomination avec l'activation de zones de traitement sémantique qui n'étaient pas activées avant la thérapie. Des études avaient précédemment montré une activation de ces mêmes régions chez des patients atteints de MA comme moyen de compensation. La SFA semble ainsi permettre un développement de mécanismes cérébraux compensatoires dans les anomies dégénératives.

En 2016, la méthode SFR a été proposée par Flanagan & Byrne à des patients Alzheimer ainsi qu'à un patient atteint d'APPnf. Leurs résultats, en contradiction avec ceux de l'étude précédente, montrent l'efficacité de la méthode uniquement avec les patients atteints de MA. Ce résultat, en accord avec leur hypothèse, s'explique selon eux par l'absence d'atteinte sémantique chez les patients atteints d'APPnf. Chez les sujets Alzheimer, les résultats ont permis de constater un maintien langagier du traitement sur plusieurs semaines, et ce, malgré l'atteinte mnésique sévère, rejoignant ainsi les résultats de Hung et al. (2017).

Enfin, dans plusieurs mémoires de fin d'études (Desgrouas, 2020; Sémédard, 2020) ainsi que dans l'étude de Mo, Sung, & Jeon (2015) la méthode SFA a été proposée à des

patients atteints de maladie d'Alzheimer aux stades léger et modérément sévère de la maladie. Les résultats, bien que non généralisables du fait de la petite taille des études, concordent avec l'étude de Flanagan & Byrne (2016). Une amélioration en dénomination a ainsi été observée dans les trois études. Le maintien des résultats et la généralisation de la dénomination à des items non travaillés ne sont cependant observables que dans l'expérimentation concernant la patiente de l'étude de Sémédard (2020) au stade modérément sévère de la maladie.

L'objectif de ce mémoire est double. La première partie, réalisée ci-dessus, avait pour objectif de présenter l'intérêt que peut représenter la méthode *Semantic Feature Analysis* dans le cadre de la prise en charge des patients atteints de maladie d'Alzheimer mais aussi de faire l'état des lieux de la littérature internationale actuelle concernant ce sujet. Cette partie nous a ainsi permis de présenter l'intérêt que peut représenter la méthode SFA dans la prise en charge de l'anomie des patients Alzheimer. En dépit de ce constat, nous avons pu observer que très peu d'indications de l'utilisation de la méthode dans ce cadre existent dans la littérature à ce jour. En effet, si des expérimentations commencent à voir le jour, elles sont principalement réalisées dans le cadre de mémoires de fin d'études et non dans le cadre de travaux de recherches plus conséquents et dont les résultats pourraient être généralisables.

Après avoir abordé l'aspect théorique de ce sujet, il semble pertinent de s'intéresser à l'utilisation de la méthode SFA auprès de la population concernée dans la pratique clinique. Cela constituera la seconde partie de ce mémoire et permettra de valider ou non les hypothèses suivantes :

1. Les orthophonistes utilisant la SFA auprès de patients Alzheimer la proposent principalement au stade léger de la maladie.
2. Ces orthophonistes y voient un intérêt et observent des effets bénéfiques à la prise en charge.

Méthode

1 Choix de la méthode d'enquête

L'objectif de la seconde partie de ce mémoire est de dresser un état des lieux de l'utilisation de la SFA dans la prise en charge des patients Alzheimer ainsi que des modalités de celle-ci. Nous avons ainsi décidé de proposer un questionnaire auto-administré afin d'obtenir un maximum de réponses possibles.

2 Population d'étude

Nous avons choisi d'inclure dans notre enquête tout orthophoniste exerçant actuellement en libéral ou en structure auprès de patients atteints de MA. L'état des lieux permettant de faire le point concernant l'utilisation de la méthode SFA auprès des patients Alzheimer en pratique clinique à ce jour, les orthophonistes devaient travailler ou avoir travaillé auprès de cette population.

Tableau 1. Critères d'inclusion, critères d'exclusion et modalités de recrutement

Critère d'inclusion	Critère d'exclusion	Modalités de recrutement
Orthophonistes Prise en charge actuelle ou passée de patients atteints de maladie d'Alzheimer	Autres professionnels de santé Pas d'expérience dans la prise en charge de patients atteints de MA	Diffusion via les groupes d'orthophonistes sur le réseau social Facebook

3 Elaboration du questionnaire

Afin d'optimiser la diffusion du questionnaire (cf. Annexe A1), ce dernier fut élaboré de manière informatisée, accessible en ligne, à l'aide de l'outil Limesurvey hébergé par l'Université de Lille afin de garantir la protection des données personnelles. Une note d'information précédait le questionnaire, précisant les objectifs de l'enquête, les critères d'inclusion des participants ainsi que le temps nécessaire pour y répondre. Elle permettait par ailleurs d'assurer les répondants du caractère anonyme des réponses fournies.

4 Diffusion du questionnaire

Il fut décidé que le questionnaire serait diffusé via les groupes Facebook réservés aux orthophonistes, et ce, à différentes dates et à différents moments de la semaine et de la journée afin d'assurer une visibilité au plus grand nombre d'orthophonistes possible. La problématique de la présentation du questionnaire s'est posée : en effet, en stipulant dès la présentation de celui-ci qu'il concernait la méthode SFA, nous craignons que les personnes n'utilisant pas cette thérapie ne se sentent concernées. Or, les réponses des personnes ne l'utilisant pas nous intéressaient. Nous avons ainsi décidé de présenter l'enquête telle que s'intéressant à la prise en charge des patients Alzheimer, bien que le titre mentionne malgré tout la SFA.

Mis en ligne en décembre 2022, le questionnaire a été clôturé en février 2023 afin de procéder à l'analyse des données recueillies.

5 Analyse des données obtenues

Nous avons recueilli 148 réponses dont 58 étaient malheureusement incomplètes. Trente répondants n'ont pas répondu à la première question, laissant supposer que ces personnes avaient simplement cliqué sur le lien. Un grand nombre des personnes restantes ont arrêté de répondre avant le deuxième groupe de questions. Enfin, cinq personnes ont répondu en totalité aux questions sur le sujet mais se sont arrêtées au moment du troisième et dernier groupe de questions visant à connaître le centre de formation et l'année de diplôme. Parmi les 90 questionnaires complets, 86 correspondaient au critère d'expérience dans la prise en charge de personnes atteintes de maladie d'Alzheimer et sont donc analysés et présentés dans les résultats.

Résultats

Dans cette partie sont présentés les résultats de notre enquête. Dans un premier temps, nous dressons le profil général de notre échantillon. Puis, nous évaluons dans quelle mesure la méthode SFA est utilisée par les orthophonistes. Les réponses sont principalement regroupées selon, d'une part, les orthophonistes n'utilisant pas la méthode SFA auprès de leurs patients atteints de maladie d'Alzheimer, d'autre part ceux qui y ont recours avec cette population. Les pratiques des orthophonistes utilisant cette approche sont ainsi détaillées tandis qu'à l'inverse, sont présentées les raisons pour lesquelles les autres répondant(e)s n'en font pas usage. Enfin, nous mesurons l'intérêt des orthophonistes de notre échantillon pour la création de protocoles et de formations concernant la méthode SFA auprès de la population ciblée dans ce mémoire.

1 Participants

1.1 Données chiffrées de l'échantillon

Pour commencer cette étude, il était demandé aux répondant(e)s de préciser leur cadre d'exercice. Les données quantitatives sont données dans le tableau 2.

Tableau 2. Lieu d'exercice des répondant(e)s

Cadre d'exercice	Nombre d'orthophonistes exerçant dans ce cadre	Pourcentage d'orthophonistes exerçant dans ce cadre
Exclusivement en libéral	71	82,56 %
Autres : Hôpital + libéral	6	6,97 %
Exclusivement à l'hôpital	3	3,49 %
Exclusivement en autre structure (CMP/CMPP, EHPAD, hôpital de jour)	3	3,49 %
Autres : mixte (SESSAD, CAMSP, hôpital de jour)	3	3,49 %

Parmi les personnes correspondant aux critères de sélection, une très grande majorité exerce en libéral. Cela est assez représentatif de l'exercice orthophonique en France, l'activité libérale/mixte et hospitalière représentant respectivement 85,3% et 6,4% au national contre 89,53% et 3,49% dans notre échantillon (DREES, 2022). Les structures indiquées dans l'échantillon accueillent majoritairement des adultes, augmentant la probabilité de travailler avec des patients atteints de maladie neurodégénérative.

Concernant l'année d'obtention de leur diplôme, une grande partie d'entre elles ont été diplômées après la réforme des cinq années d'étude en 2013 (cf. Figure 1). Les répondant(e)s sont donc majoritairement de jeunes diplômé(e)s français(e)s diplômé(e)s après 2013, la médiane étant à l'année 2018. Parmi les 86 personnes répondantes, 12 d'entre elles

ont été diplômées en Belgique, les autres dans les centres de formations français. Une très grande majorité des répondant(e)s est diplômée du CFUO de Lille (29,07%). Ainsi plus d'une sur 7 a été diplômée en Belgique et près d'une sur 3 est diplômée du CFUO de Lille.

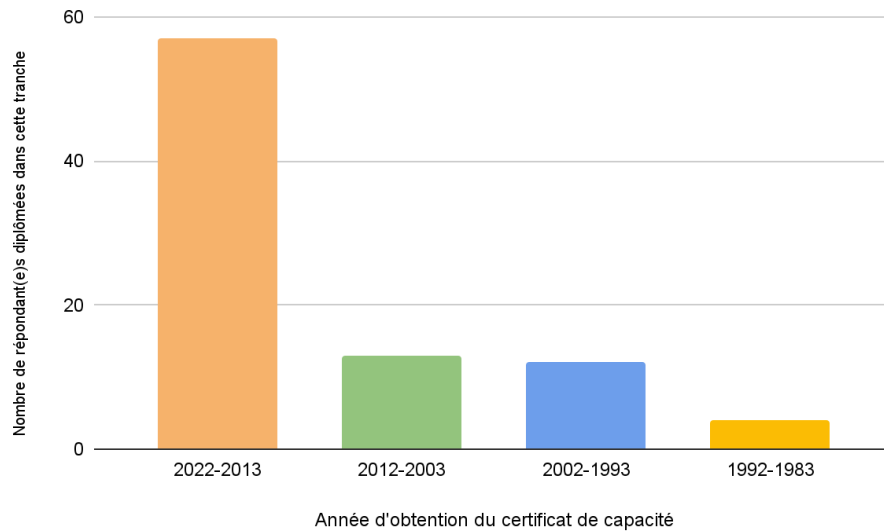


Figure 1. Année d'obtention du certificat de capacité d'orthophonie des répondant(e)s

1.2 Prise en charge de patients atteints de MA

Les orthophonistes pris(es) en compte dans ce questionnaire prennent actuellement ou ont, dans le passé, pris en charge des patients atteints de MA. Afin d'approfondir notre connaissance de leur expérience dans ce type de prise en charge, il leur était demandé de préciser la représentation de patients atteints de maladie d'Alzheimer dans leur patientèle. Les données quantitatives sont ainsi présentées dans la figure 2.

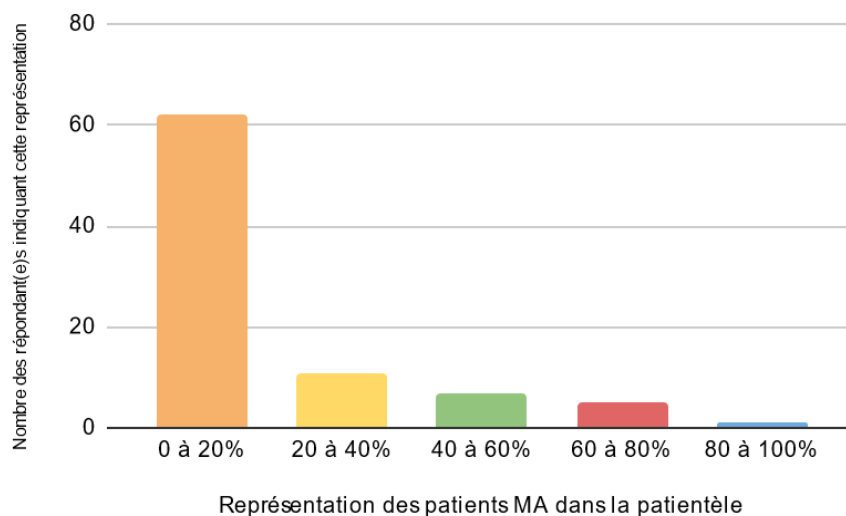


Figure 2. Représentation des patients atteints de MA dans la patientèle des répondant(e)s

Les maladies neurodégénératives en général et la MA en particulier font partie du décret de compétences des orthophonistes. Dans cet échantillon, on peut observer qu'elles sont globalement peu représentées dans la patientèle des orthophonistes répondant(e)s. Aucune donnée nationale n'existant à ce jour à ce sujet, il nous est impossible de connaître la représentativité de cette donnée. Il est intéressant de relever que parmi les huit orthophonistes indiquant une représentation supérieure à 60%, les 3/4 n'interviennent pas en structure mais exclusivement en libéral.

2 Méthodes et prise en charge de la MA

Cette partie est axée sur les différentes méthodes utilisées dans le cadre de la prise en charge de patients atteints de MA en général mais aussi sur la connaissance par les orthophonistes composant l'échantillon de la méthode cible de ce mémoire, la méthode SFA.

2.1 Connaissance et utilisation de la SFA

La première question de cette section concerne la connaissance et l'utilisation de la SFA par les répondant(e)s. Les données quantitatives sont présentées dans le tableau 3.

Tableau 3. Degré de connaissance et d'utilisation de la SFA par les répondant(e)s

		Nombre d'orthophonistes de l'échantillon		Pourcentage d'orthophonistes de l'échantillon
Orthophonistes n'ayant jamais entendu parler de la SFA (Groupe 1)		20		23,25 %
Orthophonistes ayant connaissance de la SFA, de manière théorique seulement (Groupe 2)		17		19,77 %
Orthophonistes utilisant la SFA	Avec leurs patients aphasiques seulement (Groupe 3)	49	7	56,98 %
	Avec leurs patients dont les patients atteints de MA (Groupe 4)		42	
Total		86		100 %

Parmi les orthophonistes ayant répondu au questionnaire, à la question "*Avez-vous connaissance de la méthode SFA comme moyen de rééducation ?*", 20 affirment n'avoir jamais entendu parler de cette méthode. 17 répondent connaître la SFA, mais de manière théorique seulement quand 49, indiquent l'utiliser en pratique clinique.

Afin d'orienter notre étude vers l'utilisation de la SFA dans la prise en charge des patients atteints de MA, la question de la population concernée était posée. 14,29% des

orthophonistes rapportent ne l'utiliser qu'avec leurs patients aphasiques tandis que 85,71% d'entre eux indiquent l'utiliser également avec leurs patients atteints de maladie d'Alzheimer. Trois d'entre eux signifient l'utiliser uniquement avec leurs patients Alzheimer. Ces résultats sont repris dans le tableau 3.

Tout au long de notre analyse, ces différents groupes de répondant(e)s seront distingués. Pour une plus simple analyse, nous avons ainsi décidé de les diviser en plusieurs groupes numérotés :

- Groupe 1 : orthophonistes n'ayant jamais entendu parler de cette méthode,
- Groupe 2 : orthophonistes connaissant la SFA, de manière théorique seulement,
- Groupe 3 : orthophonistes utilisant la SFA avec leurs patients aphasiques uniquement,
- Groupe 4 : orthophonistes utilisant la SFA notamment avec leurs patients atteints de MA.

2.2 Non-utilisation de la SFA

Dans ce paragraphe, nous distinguons deux types de répondants : le groupe 2 et le groupe 3 (cf. tableau 3).

Il était tout d'abord posé aux orthophonistes ne faisant pas usage de la SFA la question de la raison de cette abstention. Plusieurs réponses étaient proposées, présentées dans la figure 3.

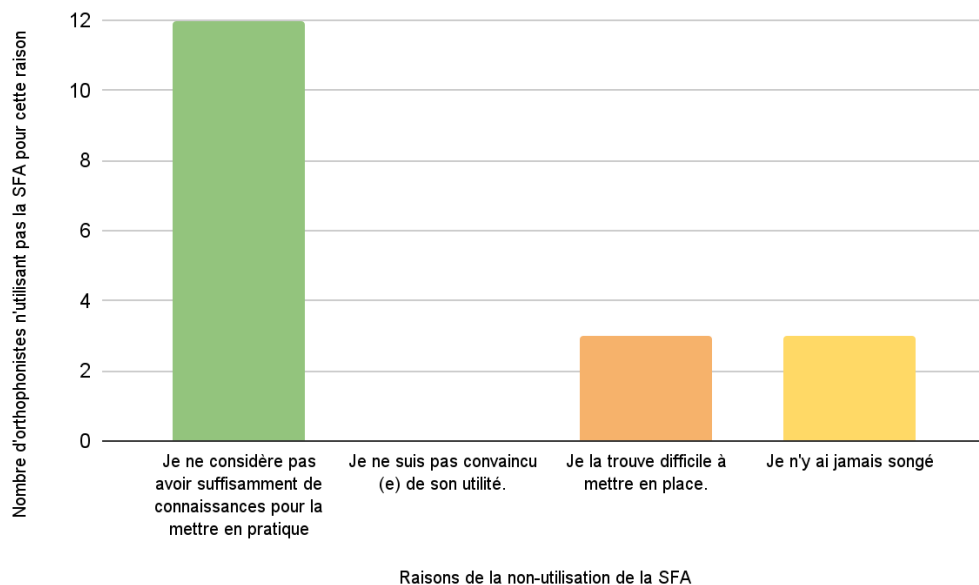


Figure 3. Raisons de la non-utilisation de la SFA en pratique clinique

Nous pouvons donc observer qu'aucun(e) orthophoniste répondant(e) ne fait pas usage de la SFA auprès de sa patientèle par manque de conviction concernant l'efficacité de cette méthode. Cette non-utilisation est cependant très largement motivée par un sentiment de manque de connaissances concernant la technique de rééducation.

Il était parallèlement demandé à celles et ceux ne l'utilisant qu'avec leurs patients aphasiques, la raison de la non-généralisation de cette utilisation à leur patientèle Alzheimer. Les données quantitatives sont reprises dans la figure 4.

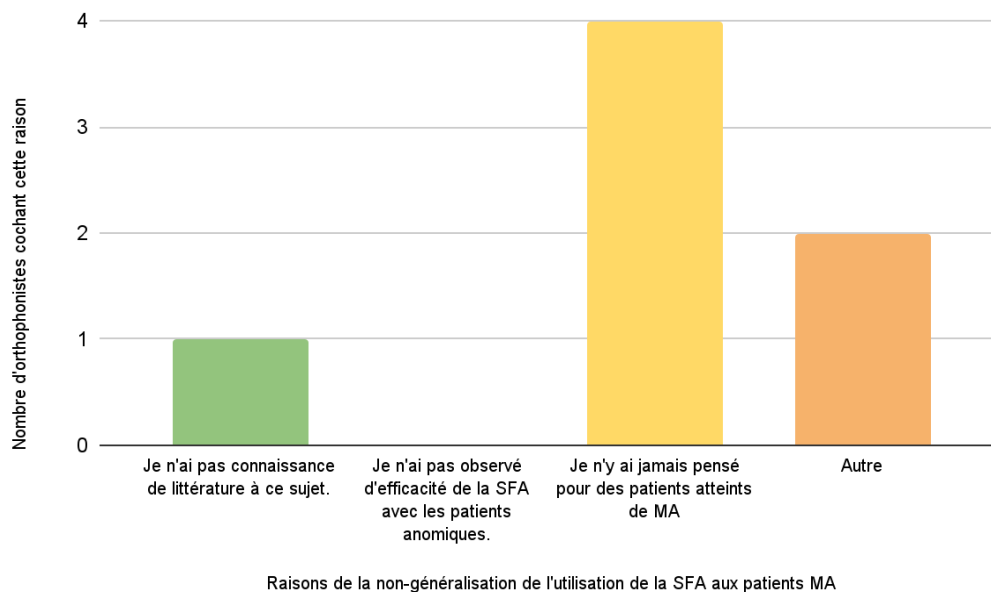


Figure 4. Raisons de la non-utilisation de la SFA auprès des patients MA

Parmi les sept personnes concernées, la majorité indique donc n'y avoir jamais pensé tandis qu'une personne signale ne pas avoir connaissance de littérature scientifique à ce sujet. Enfin, deux autres personnes donnent leurs propres raisons : l'une exerce depuis peu et n'a pas encore eu le temps de l'utiliser auprès de cette population tandis que l'autre exerce en EHPAD auprès de patients trop cognitivement atteints, et considère cela comme n'étant pas fonctionnel.

2.3 Prise en charge de l'anomie chez les patients Alzheimer

Il nous semblait intéressant de prendre connaissance des méthodes utilisées dans le cadre de la prise en charge de l'anomie chez les patients Alzheimer, lorsque la SFA n'est pas proposée. Cette question était ainsi posée à trois groupes distincts de répondant(e)s : ceux n'ayant pas connaissance de la SFA (groupe 1), ceux ne l'utilisant pas en pratique clinique (groupe 2) et ceux ne l'utilisant pas auprès de patients Alzheimer (groupe 3). Les réponses quantitatives sont présentées dans le tableau 4.

Tableau 4. Méthodes utilisées par les orthophonistes n'utilisant pas la SFA avec leurs patients MA

Méthodes de prise en charge de l'anomie chez les patients Alzheimer	Nombre d'orthophonistes utilisant ces méthodes de prise en charge par groupe				
	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Total	Pourcentage
Ébauche orale	17	14	6	37	33,33%
Rééducation de la communication	6	7	3	16	14,41%
Mise en place de techniques facilitatrices	14	12	7	33	29,73%
Mise en place d'aides externes	9	6	4	19	17,12%
Autres	3	2	1	6	5,41%

Les autres méthodes évoquées par les personnes répondantes sont des exercices de stimulation sémantique tels que l'association, l'évocation, la catégorisation. Les définitions, devinettes et concaténation de phrases sont évoquées par certain(e)s orthophonistes. Enfin la Thérapie Mélodique et Rythmée (TMR) ainsi que l'utilisation de différentes activités pour créer et maintenir la communication verbale sont utilisées.

3 Utilisation de la SFA dans le cadre de la prise en charge des patients atteints de la MA

Dans cette partie, les questions posées n'étaient présentées qu'au groupe 4, à savoir les orthophonistes ayant indiqué utiliser la SFA avec les personnes atteintes de MA. En effet, dans le but de faire l'état des lieux de la méthode auprès de cette population, plusieurs questions étaient formulées afin de prendre connaissance des détails de son utilisation. Le nombre d'orthophonistes ayant pu répondre à cette séquence de questions est donc de 42.

3.1 Expérience de la SFA auprès des patients MA

Afin de connaître plus en détail l'utilisation par ces orthophonistes de la SFA auprès de leur patientèle Alzheimer, il leur était posé la question du nombre de patients avec lesquels la méthode avait été utilisée. Les chiffres sont indiqués dans le tableau 5.

Tableau 5. Nombre de patients MA ayant bénéficié de la SFA par orthophoniste

Nombre de patients MA ayant bénéficié de la SFA	Nombre d'orthophonistes ayant utilisé la méthode avec ce nombre de patients MA
De 1 à 3 patients	21
De 4 à 6 patients	9
De 7 à 9 patients	4
10 patients	4
18 patients	1

Comme on peut l'observer, une grande majorité des personnes ayant répondu au questionnaire a testé la méthode SFA sur moins de trois patients. En effet, ils représentent 53,85% des orthophonistes du groupe 4 ayant répondu un chiffre à cette question. En parallèle de ces réponses, trois personnes ont répondu autre chose qu'un nombre : l'une indique l'utiliser avec tous ses patients Alzheimer, une autre avec tous ceux présentant une anomie, une enfin a proposé une réponse sans rapport avec la question.

3.2 Motifs de son utilisation auprès de cette patientèle

L'utilisation de la SFA auprès de la population Alzheimer apparaît peu dans la littérature. Il semble pourtant qu'un nombre non négligeable d'orthophonistes l'utilisent aujourd'hui auprès de cette population. Il était donc demandé aux orthophonistes de l'échantillon les raisons les ayant poussé à utiliser la méthode SFA auprès de la population concernée. À cette question, plusieurs réponses pouvaient être cochées. Parmi les 69 réponses cochées :

- 17 orthophonistes indiquent l'utiliser suite à l'observation de son efficacité auprès de patients aphasiques;
- 22 révèlent l'avoir lu dans la littérature scientifique,
- 26 en ont entendu parlé en formation,
- 4 réponses "autre" sont relevées : plusieurs indiquent avoir appris en formation initiale ou lu dans un magazine.

Les réponses en pourcentage sont indiquées dans la figure 4.

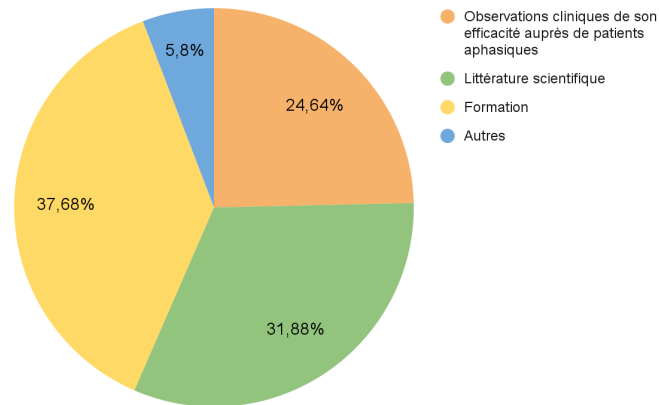


Figure 4. Pourcentage des réponses concernant la raison de l'utilisation de la SFA auprès de la patientèle MA

En étudiant les réponses de manière plus poussée nous constatons que, globalement, les orthophonistes l'utilisent pour plusieurs raisons. En effet, 21 personnes, soit 50% des orthophonistes répondant à cette question, ont coché plusieurs réponses parmi celles proposées.

3.3 Mise en place de la SFA auprès des patients Alzheimer

3.3.1 Matériel utilisé

La SFA nécessite un matériel précis. En effet, hormis les images d'items à dénommer, un support est indispensable pour réaliser cette rééducation. Il était ainsi demandé l'origine du support utilisé. Les données quantitatives sont indiquées dans la figure 5.

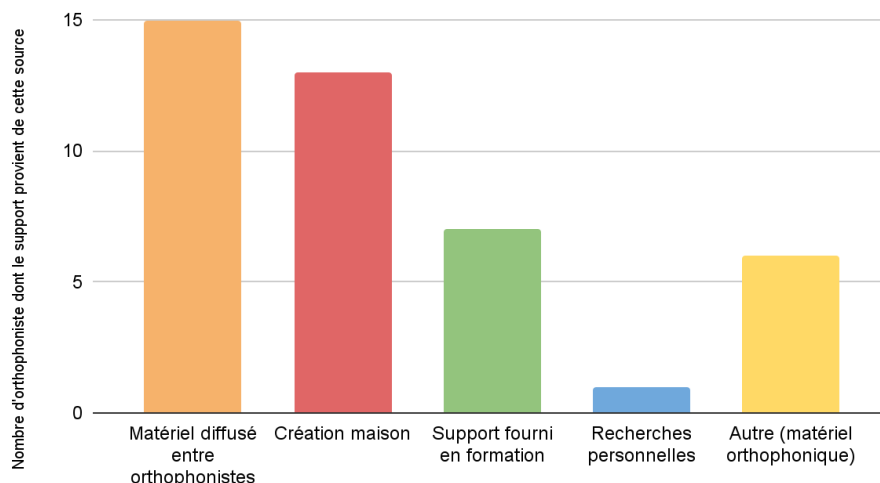


Figure 5. Origine du support SFA utilisé par les répondant(e)s

Toutes les personnes utilisant la SFA avec des patients Alzheimer parce qu'ils l'ont vu en formation utilisent un support fourni par la formation, permettant de supposer que les formations fournissent systématiquement le matériel nécessaire à la prise en charge. On peut par ailleurs relever que 66,66% des répondant(e)s utilisent un support dont l'origine n'est pas certifiée puisqu'ils sont 28 à créer leur matériel personnellement ou à le récupérer suite à la

diffusion d'un(e) collègue de son matériel . Finalement, les six orthophonistes cochant “autre” indiquent utiliser un support provenant de matériel commercialisé (langageoral.com, Activ Réseaux, Cérébrolex et Cérébroverbs, Nomemo-SFA).

3.3.2 Méthode d'administration

Dans la première partie de ce mémoire, différentes méthodes d'administration de la SFA étaient présentées. Bien que les méthodes de vérification de traits sémantiques ne soient pas à proprement parler de la SFA, il est possible d'observer dans la littérature que cette technique est souvent confondue avec la SFA “pure” (soit de génération de traits). Nous trouvons donc important de demander quelle méthode était la plus utilisée par les orthophonistes.

Tableau 6. Modalité d'administration de la SFA

	Nombre d'orthophonistes utilisant ce type de modalité de la SFA	Pourcentages de l'échantillon utilisant ce type de modalité de la SFA
Génération de traits sémantiques	20	47,62 %
Examen de traits sémantiques	1	2,38 %
Les deux	21	50 %

Il est intéressant de noter que si 50% des orthophonistes répondant(e)s utilisent les deux méthodes d'administration, aucune des personnes utilisant la SFA auprès des patients MA pour l'avoir exclusivement appris en formation ou lu dans la littérature n'utilise l'examen de traits sémantiques.

3.3.3 Complément de rééducation de la SFA

La méthode SFA vise spécifiquement la remédiation des troubles lexico-sémantiques et donc du manque du mot de manière plus générale. Toutefois, les patients atteints de maladie d'Alzheimer présentent des tableaux cliniques divers, marqués de nombreux troubles cognitifs. Ainsi, il semblerait surprenant que la SFA soit utilisée de manière exclusive. Il était donc demandé aux orthophonistes s'ils utilisent d'autres méthodes de rééducation en parallèle et, le cas échéant, lesquelles. Les réponses sont indiquées dans le tableau 7.

Tableau 7. Méthodes utilisées en supplément de la SFA

	Nombre de personnes complétant la SFA par ce moyen	Représentation en pourcentage de la méthode parmi les réponses
Aucune, j'utilise exclusivement la SFA	3	4,05 %

	Nombre de personnes complétant la SFA par ce moyen	Représentation en pourcentage de la méthode parmi les réponses
Mise en place de techniques facilitatrices	29	39,19 %
Rééducation de la communication (type méthode PACE)	19	25,68 %
Mise en place d'aides externes	15	20,27 %
Autres	8	10,81 %

Les résultats montrent que très peu d'orthophonistes de l'échantillon utilisent exclusivement la méthode SFA en rééducation. En effet, 95,24% d'entre eux la combinent avec d'autres méthodes telles que les techniques facilitatrices ou la mise en place d'aides externes. Les orthophonistes ayant donné leur réponse personnelle évoquent principalement la prise en charge des fonctions cognitives telles que les fonctions exécutives et attentionnelles.

3.3.4 Stade de la maladie

Le manque du mot n'est pas un symptôme présent chez toutes les personnes atteintes de MA. Lorsqu'il l'est, il n'apparaît pas toujours au même stade de la maladie. Il était donc demandé aux orthophonistes à quel(s) stade(s) de la maladie la méthode était proposée aux patients, le degré d'atteinte pouvant influencer la prise en charge. Les orthophonistes pouvaient cocher différents stades.

Tableau 8. Stades de la maladie auxquels est proposée la SFA aux patients

	Stades de la MA				
	Stade très léger	Stade léger	Stade modéré	Stade sévère	Stade très sévère
Nombre d'orthophonistes indiquant utiliser la SFA à ce stade de la maladie	18	29	37	14	2
Pourcentage de prise en charge à ce stade de la maladie	18 %	29 %	37 %	14 %	2 %

Nous pouvons observer que la SFA est principalement utilisée dans les premiers stades de la pathologie. Très peu d'orthophonistes la proposent à un stade très sévère, et c'est principalement aux stades léger et modéré qu'elle est proposée. Aucun répondant n'indique l'utiliser à tous les stades, et parallèlement, peu ne l'utilisent qu'à un seul stade (8 orthophonistes parmi 42). On relève ainsi une tendance à l'utilisation de la méthode à plusieurs stades de la pathologie.

3.3.5 Intérêt de la SFA dans la prise en charge des patients MA

Avant de clôturer cette partie sur l'utilisation de la SFA auprès des patients atteints de MA, il semblait important d'évaluer si la prise en charge semble présenter un intérêt auprès de ces patients. Dans cette question, la notion d'intérêt pouvait prêter à confusion, comme nous pouvons le constater dans les réponses reçues. En effet, la question ne concernait pas l'efficacité même de la méthode mais bien son intérêt. Certain(e)s répondant(e)s concentrent ainsi leur réponse sur l'efficacité et les difficultés rencontrées pour la mesurer.

Parmi les personnes ayant testé cette technique face à l'anomie, seulement deux orthophonistes, soit 4,76% des personnes concernées, indiquent ne finalement pas voir d'intérêt à l'utilisation de cette méthode auprès de ces patients. Les quarante autres professionnels indiquent, au contraire, y trouver un intérêt.

A la demande de précisions concernant le manque d'intérêt de la méthode, l'un(e) des répondant(e)s pointe un manque de méthodologie qui l'empêche de noter une réelle efficacité. La deuxième personne concernée évoque, de son côté, la difficulté à proposer cette méthode aux patients à un stade avancé et dont le système sémantique est très atteint, en parallèle de troubles mnésiques handicapant l'apprentissage. Toujours selon cette orthophoniste, la méthode ne semble pas adaptée aux patients au stade débutant de la maladie, l'anomie étant peu évoquée par les patients. Hormis ces deux cas, des orthophonistes ayant indiqué constater un intérêt à la méthode précisent toutefois avoir un avis plus modéré : les effets, finalement impossibles à observer pour l'une, sont pour les autres difficiles à objectiver avec les outils d'évaluation de l'efficacité de la méthode tels que les lignes de base.

De leur côté, les orthophonistes relevant un intérêt à l'utilisation de cette méthode fournissent plusieurs explications. Un grand nombre d'entre eux évoque une compensation efficace du manque du mot chez les patients ainsi que l'observation de la conservation des traits sémantiques à plus ou moins long terme. Plusieurs mentionnent par ailleurs l'aspect écologique et modulable au patient et à son évolution ainsi qu'une mise en œuvre facile. Ainsi certain(e)s orthophonistes évoquent l'évolution possible de la SFA, en utilisant aux stades initiaux des images puis, lorsque la pathologie avance, les objets mêmes du quotidien afin d'être au plus proche des besoins et capacités du patient. Selon les répondant(e)s, les patients adhèrent bien au protocole, qu'ils investissent ainsi de manière satisfaisante. La méthode permet par ailleurs de développer des stratégies de recherche du mot cible qui sont généralisables à la vie quotidienne. Plusieurs orthophonistes mentionnent par ailleurs les données scientifiques concernant le sujet. Enfin certaines citent l'aspect générateur de communication et de souvenirs anciens de la méthode.

4 Intérêt pour du matériel SFA

A la fin du questionnaire étaient posées deux questions à tous les répondant(e)s pris en compte dans notre analyse, concernant leur intérêt vis-à-vis de ressources concernant la SFA auprès de patients MA.

4.1 Intérêt pour un support et/ou protocole de la SFA auprès des patients MA

La première question de cette dernière partie portait ainsi sur l'intérêt des orthophonistes de l'échantillon pour un support et/ou un protocole concernant l'utilisation de la SFA auprès des patients Alzheimer. Les pourcentages des orthophonistes intéressé(e)s sont reportés dans le tableau 9.

Tableau 9. Intérêt des orthophonistes de l'échantillon pour un support et/ou protocole de la SFA auprès de patients MA

	Orthophonistes étant intéressés en pourcentage par groupe			
	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Groupe 4
Indication d'intérêt pour un support et/ou protocole de la SFA dans le cadre de la prise en charge des patients atteints de MA	95 %	100 %	100 %	95 %

Les orthophonistes répondant(e)s sont majoritairement intéressés par un support et/ou protocole, ce qui semble avoir du sens au vu des réponses données concernant le support et la modalité d'administration de la SFA utilisés par les praticiens. En effet, on relevait peu d'uniformité concernant les méthodes mais aussi des supports principalement créés "maison" ou échangés entre orthophonistes.

4.2 Intérêt pour une formation de la SFA auprès des patients MA

Enfin, les répondant(e)s devaient indiquer leur intérêt, ou non, pour une formation à la SFA auprès de patients Alzheimer. À cette question, les réponses étaient plus disparates parmi les groupes, bien que la majorité soit intéressée. Tous les orthophonistes utilisant la SFA uniquement avec leurs patients aphasiques, au nombre de sept, se disent intéressé(e)s par une formation. Les personnes ne l'utilisant pas du tout en pratique clinique (groupe 1 et 2) sont 30 parmi 37 à indiquer l'être aussi. C'est le groupe utilisant déjà la méthode auprès de la population concernée qui est finalement le moins intéressé : 32 personnes composant le groupe de 42 portent un intérêt à cette proposition. Les pourcentages des résultats sont visibles dans le tableau 10.

Tableau 10. Intérêt des orthophonistes de l'échantillon pour une formation SFA auprès de patients MA

	Orthophonistes étant intéressés en nombre et en pourcentage par groupe			
	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Groupe 4
Indication d'intérêt pour une formation sur la SFA dans le cadre de la prise en charge des patients atteints de MA	80%	82,35 %	100 %	76,19 %

Discussion

1 Interprétation des résultats et apports pour la pratique clinique

1.1 Prise en charge des patients Alzheimer

Dans notre questionnaire, les méthodes de rééducation utilisées avec les patients atteints de MA étaient investiguées : une question s'adressait ainsi aux personnes n'utilisant pas la SFA tandis qu'une autre permettait d'interroger les personnes l'utilisant à propos des thérapies utilisées en complément de cette méthode. Concernant la prise en charge de l'anomie, l'ébauche orale et les entraînements sémantiques sont principalement évoqués par les répondant(e)s. Dans le cadre plus global de la prise en charge, l'une des méthodes majoritairement évoquées est la mise en place de techniques facilitatrices, ce qui corrobore la littérature qui l'évoque comme l'une des principales approches avec ces patients (Jacquemin, 2017). La rééducation de la communication de manière plus globale ainsi que la mise en place d'aides externes, toutes deux cochées de manière importante, indiquent une adaptation des prises en charge avec l'évolution de la maladie. En effet, si la mise en place d'aides externes est préconisée de manière précoce (Degiovani, 2008), elle permet l'anticipation de difficultés plus sévères aux stades plus avancés de la pathologie, pendant lesquels la prise en charge globale de la communication est plus intéressante. Cela correspond aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (2011), pour qui la prise en charge orthophonique de la maladie d'Alzheimer "vise à maintenir et à adapter les fonctions de la communication du patient". Enfin on note que d'autres techniques a priori destinées aux personnes aphasiques sont proposées aux patients Alzheimer telle que la TMR. Cela s'explique par le fait qu'une part importante des outils de rééducation des troubles acquis du langage ont été initialement créés dans le cadre de l'aphasiologie (Bucks et al., 2000).

1.2 Décision d'utilisation ou non de la SFA

Comme nous l'évoquions dans la première partie de ce travail, la SFA est l'une des méthodes dont l'efficacité a été le plus vérifiée dans le cadre de troubles lexico-sémantiques (Quique et al., 2019). Cette efficacité se retrouve dans les résultats de notre étude. En effet, la réponse concernant le manque d'efficacité de la SFA, bien que proposée dans plusieurs questions, n'a jamais été cochée comme argument de non-utilisation de la méthode, indiquant que les orthophonistes ont conscience et connaissance de cette efficacité. Par ailleurs, c'est le manque de connaissances concernant la SFA avec la population Alzheimer qui semble primer dans la décision de non-utilisation de la méthode, ce qui appuie nos observations concernant le peu de littérature existant à ce sujet.

De plus, on observe que lorsque les orthophonistes indiquent utiliser la SFA, cela n'est jamais pour une seule raison. Par ailleurs, la production et la transmission de connaissances (formation et littérature scientifique) semblent être un levier essentiel pour faciliter le recours à la méthode pour les patients de MA. En effet, seulement 1/4 des répondant(e)s se basent sur leur expérience clinique. Il est intéressant d'observer que les orthophonistes basent ainsi principalement leurs actions sur des preuves scientifiques et des consensus professionnels. Cette observation, alliée à celle de la non-utilisation de la SFA pour cause de manque de littérature, indique une évolution des pratiques dans la mouvance de la démarche Evidence Based Practice (EBP), fortement recommandée aujourd'hui (Maillart & Durieux, 2014).

1.3 Modalité d'utilisation de la SFA avec les patients Alzheimer

L'enquête nous a permis de constater la diversité des modalités d'utilisation de la SFA auprès des patients atteints de MA. En effet, les réponses divergent pour de nombreux paramètres : elles nous permettent tout d'abord d'observer la prévalence de supports créés et diffusés entre orthophonistes, sans origine vérifiée. Les supports fournis en formations, représentés eux aussi de manière importante, semblent être systématiquement distribués au cours de la formation. On note ensuite une utilisation non négligeable de l'examen des traits sémantiques qui, s'il n'est que très peu utilisé de manière exclusive, est pour la moitié de nos répondant(e)s, combiné à la génération des traits sémantiques, soit la SFA « pure », telle que créée par Ylvisaker et Szekeres (1985). S'il ne correspond pas au protocole initial de la SFA, il peut s'expliquer par l'adaptabilité constante des orthophonistes à l'évolution de la pathologie de leur patient : en effet, à un stade avancé, le déclin cognitif peut empêcher l'évocation des traits sémantiques, qui requiert de nombreuses fonctions mnésiques et exécutives. Se tourner vers l'examen des caractéristiques sémantiques pour poursuivre une stimulation de ces dernières peut alors être un moyen de poursuivre l'utilisation de la SFA. La vérification des traits sémantiques est d'ailleurs principalement utilisée dans le cadre d'aphasies très sévères, comme l'indiquent Cavanaugh et al. (2022). Toutefois, il est intéressant de constater que parmi les répondant(e)s n'utilisant pas la SFA suite à l'observation clinique de son efficacité auprès de patients aphasiques, aucun(e) n'utilise l'examen des traits sémantiques, laissant supposer que la distinction de ces deux modalités est réalisée en formation et dans la littérature et que la génération de traits sémantiques est préconisée. Les réponses permettent par ailleurs de constater que la SFA n'est que très peu utilisée de manière exclusive. Cela

corrobore la littérature ainsi que la réalité de la pathologie : les atteintes étant nombreuses (parole, langage, communication, cognition, etc.), il semble peu adapté de ne traiter qu'un seul symptôme de la pathologie.

Comme évoqué précédemment, la prise en charge orthophonique doit aussi évoluer avec l'avancée de la pathologie du patient et ainsi assurer le maintien de ses capacités. Si, aux premiers stades de la maladie, la rééducation concerne plutôt la rééducation des troubles langagiers, les stades plus sévères orientent généralement vers une prise en charge plus globale des troubles, notamment cognitifs et mnésiques. De plus, dans leur étude récemment publiée, Semiz, Miceli, Basaglia-Pappas, & Loureiro (2023) évoquent la plus grande plasticité cérébrale présente au stade léger de la maladie d'Alzheimer en comparaison aux autres stades, qui assurerait un plus grand impact de la méthode SFA sur les réseaux sémantiques. Nous avons ainsi émis l'hypothèse que la SFA était principalement utilisée au stade léger de la maladie. Dans le questionnaire, aucun des répondants indique utiliser la méthode à un seul stade ou à tous les stades de la pathologie. Toutefois, l'utilisation semble recouvrir de très nombreux stades puisque certains répondants la proposent jusqu'au stade très sévère. La majorité la proposent toutefois du stade très léger, au stade modéré. Nous pouvons supposer que les motivations à l'utilisation de la méthode ne seront pas les mêmes selon le stade de la maladie : au stade très léger, certains patients ne présenteront pas d'anomie rendant inutile la SFA, tandis qu'au stade très sévère l'atteinte mnésique et cognitive sera trop importante pour d'autres pour mener ce type de prise en charge.

Enfin, notre hypothèse concernant l'observation d'effets bénéfiques par les orthophonistes utilisant cette méthode auprès des patients atteints de MA est vérifiée. En effet, une très grande majorité des orthophonistes répondant(e)s indiquent trouver des bénéfices à l'utilisation de cette méthode. Certains évoquent ainsi l'efficacité de la méthode tandis qu'un grand nombre mentionne l'aspect fonctionnel, modulable et adaptable de la méthode au patient.

2 Limites de l'étude

2.1 Population d'étude

Lors de la récolte de réponses à notre questionnaire, il n'a été possible de prendre en compte que 86 réponses selon les critères d'exclusion et d'inclusion de notre étude. Les analyses quantitatives auraient nécessité davantage de participants pour que les résultats soient statistiquement significatifs. En effet, l'échantillon conservé n'est que peu représentatif de la population des orthophonistes qui en compte 28 273 en 2022 selon l'INSEE (2022).

De plus, l'un des critères d'inclusion était la prise en charge actuelle ou passée de patients atteints de maladie d'Alzheimer. Dans notre étude, aucune demande de diagnostic n'était formulée, la MA étant très souvent sous diagnostiquée pour de nombreuses raisons (Dartigues & Helmer, 2009 ; Garnier-Crussard et al., 2019). Il semblait ainsi trop restreint de demander comme critère d'inclusion un diagnostic posé. Dans la littérature, le terme "Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées" est fréquemment utilisé. Ces dernières désignent les démences neurodégénératives qui partagent avec la MA certains symptômes, tels que le début insidieux et l'évolution progressive (Fortin & Krolak-Salmon, 2010). Il aurait été possible de l'utiliser, mais ces différentes pathologies présentent des

caractéristiques propres et nous craignons de récolter des résultats moins ciblés et donc moins pertinents. Il a ainsi été décidé de ne prendre que le terme de Maladie d'Alzheimer, prenant le risque de perdre en précision.

2.2 Hétérogénéité des méthodologies

L'enquête permet de mettre à jour les différences d'utilisation de la méthode SFA auprès de la population d'Alzheimer. Cela n'est pas une surprise, au vu du peu de littérature existant à ce sujet. Ainsi, un nombre important de paramètres différents tels que les supports utilisés, les stades de la maladie auxquels la méthode est proposée, ou encore le mode d'administration. Force est de constater que les méthodes divergent de manière importante. En l'état, il est difficile de tirer des conclusions homogènes concernant l'utilisation de la SFA par les orthophonistes auprès de leur patientèle Alzheimer.

2.3 Réalisation du questionnaire

Lors de la réalisation du questionnaire, il avait été décidé de distinguer plusieurs groupes de participant(e)s. Ainsi, les questions différaient selon la réponse donnée à la question de l'utilisation de la SFA et la population concernée. Trois répondant(e)s ont indiqué n'utiliser la méthode qu'avec leurs patients atteints de MA, excluant ainsi son utilisation avec leurs patients aphasiques. Aucune question n'avait été conçue pour questionner ce choix. Il semble qu'il aurait été intéressant d'approfondir ce cas de figure.

De plus, une erreur est survenue lors de la réalisation du questionnaire : il était demandé aux orthophonistes n'utilisant pas la SFA, leur méthode de rééducation de l'anomie dans le cadre de la MA. Or, les méthodes proposées en réponse ne concernaient pas toute l'anomie mais la prise en charge globale du patient atteint de MA. Cette précision pouvait faire défaut au moment du choix des réponses.

2.4 Biais liés au questionnaire

Plusieurs biais apparaissent dans notre étude. La majorité d'entre eux sont liés à la nature même de notre enquête : l'enquête en ligne. Tout d'abord l'échantillon est non probabiliste, puisqu'il n'est pas contrôlé. En effet, aucun moyen n'existe pour vérifier qui répondait réellement à l'enquête. À cela s'ajoute le *digital divide* (Rivara et al., 2011), soit le fait que notre enquête ne s'intéresse qu'aux individus connectés à Internet, et dans ce cas précis, à Facebook.

De plus, lorsqu'on s'intéresse au pourcentage de répondants utilisant la méthode SFA auprès des patients MA dans l'échantillon, cela semble représenter une part importante des orthophonistes qui prennent en charge les patients atteints de maladie Alzheimer. Il serait ainsi tentant de penser que cela est représentatif de la population générale. Toutefois, bien que nous ayons désiré éviter ce biais, cela ne fut pas possible : le terme SFA était indiqué dans l'annotation accompagnant le questionnaire. Or, l'étude de Groves et al. (2006) démontre que les répondants sont généralement plus intéressés par le sujet que la population générale, ce qu'on appelle le biais d'attention sélective, expliquant probablement ce haut niveau de représentation des orthophonistes utilisant la SFA auprès de la population concernée.

3 Perspectives

Ce travail révèle tout d'abord l'intérêt que peut représenter la SFA dans le cadre de la prise en charge des patients MA, malgré un manque de littérature actuelle à ce sujet. Il semblerait ainsi qu'il soit possible de la proposer à différents stades de la maladie en adaptant les modalités de présentation. Le questionnaire réalisé auprès des orthophonistes l'utilisant auprès de ces patients permet d'observer l'impact du manque d'écrits scientifiques à ce sujet. En effet, alors même que les réponses permettent d'indiquer une vraie demande de littérature dans une démarche de pratique basée sur les preuves, la quasi-inexistence de celle-ci mène inévitablement à un manque d'uniformisation et d'homogénéité des pratiques. Ce dernier complique l'évaluation de l'efficacité du traitement. Par ailleurs, à la fin de l'enquête, deux questions étaient posées à tous les répondant(e)s : la première concernait leur intérêt pour un support ou un protocole de la méthode SFA avec la population Alzheimer, l'autre leur intérêt pour une formation à ce sujet. Les réponses étaient très majoritairement positives, confirmant l'intérêt important que présentent les répondant(e)s à des supports matériels et immatériels concernant la SFA auprès de cette population. Par ailleurs, les personnes indiquant être intéressées étaient principalement celles n'utilisant pas encore la méthode SFA dans ce cadre-là. Cela montre que le principal frein à la mise en œuvre de la méthode est une source fiable, que cela soit de la littérature scientifique ou des formations.

L'utilisation importante de la méthode en pratique clinique pourrait inspirer de prochaines études : les différentes modalités d'utilisation de la SFA, ainsi que le choix de la temporalité d'administration de celle-ci, s'expliquent par des motivations qui diffèrent. Il serait donc intéressant d'investiguer celles-ci pour faire émerger des recommandations concrètes. De cette manière, les études pourraient se concentrer sur la différence d'efficacité entre la génération de traits sémantiques et la vérification de traits sémantiques, puisque cette dernière a été plusieurs fois évoquée dans le cas de MA aux stades sévères. Elles pourraient ainsi aborder l'évolution possible de la méthode au fil de l'évolution de la maladie : les réponses obtenues laissent en effet supposer qu'il serait intéressant de faire varier les modalités d'administration de la méthode selon le niveau d'atteinte du patient. En parallèle, alors même que nous avons pu relever dans les réponses l'importance de la lecture de la littérature scientifique, les orthophonistes pourraient s'inspirer de méthodes évoquées dans la littérature telle que la *Elaborated Semantic Feature Analysis* (ESFA), comme proposé par Semiz et al. (2023) dans leur récente étude. Cette méthode, variante de la SFA, vise à optimiser le transfert des améliorations de la dénomination au discours. Cela permettrait un enrichissement mutuel entre la recherche et la clinique.

Conclusion

Les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer présentent des tableaux symptomatiques variés qui évoluent avec le développement de la maladie. L'une des plaintes principales des patients aux premiers stades de la maladie concerne le langage, et plus précisément l'anomie, aussi appelée "mot sur le bout de la langue". De récentes études ont permis d'approfondir la connaissance de l'origine de ces troubles désormais appelés 'lexico-sémantiques' du fait de l'hypothèse d'une atteinte du système sémantique. La méthode de rééducation SFA, créée pour les personnes victimes de traumatismes crâniens et

aujourd'hui utilisée auprès de patients aphasiques, a démontré son efficacité dans la remédiation des troubles lexico-sémantiques dans de nombreuses études. Pour autant, elle n'est aujourd'hui que très peu mentionnée dans la littérature dans le cadre de maladies neurodégénératives. Une récente revue de littérature indique toutefois l'efficacité des thérapies lexico-sémantiques en général pour les patients présentant une maladie d'Alzheimer, indiquant une très probable efficacité de la SFA auprès de ces patients.

Nous avons ainsi proposé un état des lieux de la littérature concernant la SFA dans la prise en charge de l'anomie chez les patients MA mais aussi de son utilisation dans la pratique clinique. À l'aide d'un questionnaire, nous avons investigué les prises en charge des patients Alzheimer en général et l'utilisation de la SFA auprès de cette population en particulier.

Les résultats obtenus mettent en évidence un décalage entre le peu de littérature existant sur le sujet et la réalité, un nombre important de répondant(e)s indiquant utiliser la SFA auprès de leur patientèle Alzheimer. Ainsi, sans distinction de l'utilisation ou non de la méthode en pratique clinique, un réel intérêt existe concernant l'utilisation de cette dernière auprès de la patientèle concernée. L'argument principal pour expliquer la non-utilisation de la méthode concerne le manque de littérature à ce sujet. Tandis que les orthophonistes l'utilisant évoquent les nombreux intérêts à l'utilisation de celle-ci auprès des patients Alzheimer, à qui elle est principalement proposée entre le stade très léger à modéré. La méthode est principalement utilisée par les orthophonistes à la suite d'une formation ou de la lecture de littérature scientifique mais les supports utilisés sont très variables et peu uniformisés. La SFA est par ailleurs utilisée de manière analogue dans deux modalités : la génération de traits sémantiques (soit le protocole SFA tel qu'initialement créé par Ylvisaker et Szekeres) et l'association de la génération et vérification de ces traits sémantiques. Dans le cadre de la MA, elle est toujours utilisée en complément d'autres méthodes de rééducation.

Un enrichissement réciproque et bidirectionnel entre la littérature scientifique et la pratique clinique serait intéressant. En effet, de plus amples investigations sur l'utilisation et l'efficacité de la SFA auprès de la population Alzheimer permettraient d'étoffer la littérature scientifique à ce sujet. Cette dernière pourrait ainsi s'inspirer de l'utilisation actuelle de la méthode des orthophonistes en pratique clinique. Une augmentation de ces études permettrait par ailleurs d'orienter les pratiques de ces derniers, qui tendent aujourd'hui vers une plus grande mise en pratique de l'EBP. Cela mènerait à une uniformisation des pratiques, facilitant l'évaluation de la méthode dans ce cadre.

Bibliographie

- Adlam, A.-L. R., Bozeat, S., Arnold, R., Watson, P., & Hodges, J. R. (2006). Semantic Knowledge in Mild Cognitive Impairment and Mild Alzheimer's Disease. *Cortex*, 42(5), 675-684.
- American Psychiatric Association, D., & American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (Vol. 5, No. 5). Washington, DC: American psychiatric association.
- Amieva, H., Andrieu, S., Berr, C., Buée, L., Checler, F., Clément, S., Dartigues, J.F., Desgranges, B., Dubois, B., Duyckaerts, C., Joel, M.E., Lambert, J.C., Nourhashemi, F., Pasquier, F., & Robert, P. (2007). *Maladie d'Alzheimer: enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux* (Doctoral dissertation, Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)).
- Ankri, J. (2009). Prévalence, incidence et facteurs de risque de la maladie d'Alzheimer: *Gérontologie et société*, 32 / n° 128-129(1), 129-141.
- Apostolova, L. G. (2016). Alzheimer Disease. *Continuum : Lifelong Learning in Neurology*, 22(2 Dementia), 419-434.
- Balthazar, M. L. F., Cendes, F., & Damasceno, B. P. (2008). Semantic error patterns on the Boston Naming Test in normal aging, amnesic mild cognitive impairment, and mild Alzheimer's disease : Is there semantic disruption ? *Neuropsychology*, 22(6), 703-709.
- Bayles, K. A., & Tomoeda, C. K. (1983). Confrontation naming impairment in dementia. *Brain and Language*, 19(1), 98-114.
- Beales, A., Whitworth, A., & Cartwright, J. (2018). A review of lexical retrieval intervention in primary progressive aphasia and Alzheimer's disease : Mechanisms of change, generalisation, and cognition. *Aphasiology*, 32(11), 1360-1387.
- Benoit, M., Staccini, P., Brocker, P., Benhamidat, T., Bertogliati, C., Lechowski, L., Tortrat, D., & Robert, P. H. (2003). Symptômes comportementaux et psychologiques dans la maladie d'Alzheimer: résultats de l'étude REAL.FR. [Behavioral and psychological symptoms in Alzheimer's disease: results from the REAL.FR study]. *La Revue de Médecine Interne*, 24(3), 319-324.
- Boyle, M. (2010). Semantic Feature Analysis Treatment for Aphasic Word Retrieval Impairments : What's in a Name? *Topics in Stroke Rehabilitation*, 17(6), 411-422.

- Boyle, M., & Coelho, C. A. (1995). Application of Semantic Feature Analysis as a Treatment for Aphasic Dysnomia. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 4(4), 94-98.
- Bucks, R. S., Singh, S., Cuerden, J. M., & Wilcock, G. K. (2000). Analysis of spontaneous, conversational speech in dementia of Alzheimer type: evaluation of an objective technique for analysing lexical performance. *Aphasiology* 14, 71–91.
- Caine, D., & Hodges, J. R. (2001). Heterogeneity of semantic and visuospatial deficits in early Alzheimer's disease. *Neuropsychology*, 15(2), 155-164.
- Caramazza, A., & Hillis, A. (1990). Where do semantic errors come from ? *Cortex*, 26, 95-122.
- Castellani, R. J., Rolston, R. K., & Smith, M. A. (2010). Alzheimer Disease. *Disease-a-Month*, 56(9), 484-546.
- Catricalà, E., Della Rosa, P. A., Plebani, V., Perani, D., Garrard, P., & Cappa, S. F. (2015). Semantic feature degradation and naming performance. Evidence from neurodegenerative disorders. *Brain and Language*, 147, 58-65.
- Cavanaugh, R., Quique, Y. M., Dickey, M. W., Hula, W. D., Boss, E., & Evans, W. S. (2022). Practice-related predictors of semantic feature verification treatment for aphasia. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 31(5S), 2366-2377.
- Chertkow, H., Whatmough, C., Saumier, D., & Duong, A. (2008). Chapter 25 Cognitive neuroscience studies of semantic memory in Alzheimer's disease. *Progress in Brain Research*, 169, 393-407.
- Coelho, C. A., McHugh, R. E., & Boyle, M. (2000). Semantic feature analysis as a treatment for aphasic dysnomia : A replication. *Aphasiology*, 14(2), 133-142.
- Colliaux, M., Cattini, J., & Duboisdindien, G. (2021). Efficacité des thérapies basées sur les théories lexico-sémantiques pour les patients présentant une maladie d'Alzheimer de stade léger à modéré : Une revue de la littérature. *Revue de psychologie : 13*, 181-204.
- Collins, A. M., & Loftus, E. F. (1975). A spreading-activation theory of semantic processing. *Psychological Review*, 82, 407–428.
- Cooper, J. K., Mungas, D., & Weiler, P. G. (1990). Relation of Cognitive Status and Abnormal Behaviors in Alzheimer's Disease. *Journal of the American Geriatrics Society*, 38(8), 867-870.
- Dartigues, J. & Helmer, C. (2009). Comment expliquer le retard au diagnostic de maladie d'Alzheimer en France ?. *Gérontologie et société*, 32(128-129), 183-193.

- 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.
- Desgrouas, L. (2020). *Effets d'un protocole de type « Semantic Features Analysis » chez quatre patients atteints de la maladie d'Alzheimer au stade léger et présentant un manque du mot : reprise et adaptation du matériel de rééducation issu du mémoire orthophonique de M. Bolze (2018) (Mémoire).*
- Efstratiadou, E. A., Papathanasiou, I., Holland, R., Archonti, A., & Hilari, K. (2018). A Systematic Review of Semantic Feature Analysis Therapy Studies for Aphasia. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 61(5), 1261-1278.
- Eustache, F. (1993). 9. Langage, vieillissement et démences. Dans : Francis Eustache éd., *Langage et aphasie: Séminaire Jean-Louis Signoret* (p. 205-227). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.
- Ferris, S., & Farlow, M. (2013). Language impairment in Alzheimer's disease and benefits of acetylcholinesterase inhibitors. *Clinical Interventions in Aging*, 1007.
- Flanagan, K. J., & Byrne, G. J. (2016). Semantic Feature Training for the Treatment of Anomia in Alzheimer Disease : A Preliminary Investigation. *Cogn Behav Neurol*, 29(1), 12.
- Fortin, M. P., & Krolak-Salmon, P. (2010). Alzheimer's and related diseases: toward earlier and more accurate diagnosis. *La Revue de Medecine Interne*, 31(12), 846-853.
- Galton, C. J. (2000). Atypical and typical presentations of Alzheimer's disease : A clinical, neuropsychological, neuroimaging and pathological study of 13 cases. *Brain*, 123(3), 484-498.
- Gao, S., Burney, H. N., Callahan, C. M., Purnell, C. E., & Hendrie, H. C. (2019). Incidence of Dementia and Alzheimer Disease Over Time : A Meta-Analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(7), 1361-1369.
- Garnier-Crussard, A., Vernaudeau, J., Auguste, N., Moutet, C., Dauphinot, V., & Krolak-Salmon, P. (2019). Perception of benefits and risks of neurocognitive disorders diagnosis: A French national survey. *Journal of Alzheimer's Disease*, 67(4), 1267-1275.
- Garrard, P., Lambon Ralph, M., Patterson, K., Pratt, K., & Hodges, J. (2005). Semantic feature knowledge and picture naming in dementia of Alzheimer's type : A new approach. *Brain and Language*, 93(1), 79-94.

- Giffard, B. (2002). The dynamic time course of semantic memory impairment in Alzheimer's disease : Clues from hyperpriming and hypoprimering effects. *Brain*, 125(9), 2044-2057.
- Gorno-Tempini, M. L., Hillis, A. E., Weintraub, S., Kertesz, A., Mendez, M., Cappa, S. F., Ogar, J. M., Rohrer, J. D., Black, S., Boeve, B. F., Manes, F., Dronkers, N. F., Vandenberghe, R., Rascovsky, K., Patterson, K., Miller, B. L., Knopman, D. S., Hodges, J. R., Mesulam, M. M., & Grossman, M. (2011). *Classification of primary progressive aphasia and its variants. Neurology*, 76(11), 1006-1014.
- Gravier, M. L., Dickey, M. W., Hula, W. D., Evans, W. S., Owens, R. L., Winans-Mitrik, R. L., & Doyle, P. J. (2018). What Matters in Semantic Feature Analysis : Practice-Related Predictors of Treatment Response in Aphasia. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 27(1S), 438-453.
- Groves, R. M., Couper, M. P., Presser, S., Singer, E., Tourangeau, R., Acosta, G. P., & Nelson, L. (2006). Experiments in producing nonresponse bias. *International Journal of Public Opinion Quarterly*, 70(5), 720-736.
- Harnish, S. M., Neils-Strunjas, J., Eliassen, J., Reilly, J., Meinzer, M., Clark, J. G., & Joseph, J. (2010). Visual Discrimination Predicts Naming and Semantic Association Accuracy in Alzheimer Disease. *Cognitive and Behavioral Neurology*, 23(4), 231-239.
- Hodges, J. R., Graham, N., & Patterson, K. (1995). Charting the progression in semantic dementia : Implications for the organisation of semantic memory. *Memory*, 3(3-4), 463-495.
- Hodges, J. R., Salmon, D. P., & Butters, N. (1991). The nature of the naming deficit in Alzheimer's and Huntington's disease. *Brain*, 114(4), 1547-1558.
- Hodges, J. R., Salmon, D. P., & Butters, N. (1992). Semantic memory impairment in Alzheimer's disease : Failure of access or degraded knowledge? *Neuropsychologia*, 30(4), 301-314.
- Huff, F. J. (1988). The disorder of naming in Alzheimer's disease. In L.L. Light & D. M. Burke (Éds.), *Language, Memory, and Aging* (1^{re} éd., p. 209-220). Cambridge University Press.
- Huff, F. J., Corkin, S., & Growdon, J. H. (1986). Semantic impairment and anomia in Alzheimer's disease. *Brain and Language*, 28(2), 235-249.
- Hung, J., Bauer, A., Grossman, M., Hamilton, R. H., Coslett, H. B., & Reilly, J. (2017). Semantic Feature Training in Combination with Transcranial Direct Current Stimulation (tDCS) for Progressive Anomia. *Frontiers in Human Neuroscience*, 11, 253.

- Jacquemin, A. (2017). Stratégies et méthodes de prise en charge cognitive chez des patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou autre démence. *Psychol NeuroPsychiatr Vieil*, 7(4), 9.
- Jelcic, N., Cagnin, A., Meneghello, F., Turolla, A., Ermani, M., Dam, M. (2012). Effects of lexical-semantic treatment on memory in early Alzheimer disease. *Neurorehabil Neural Repair*, 26(8), 949-56.
- Kirshner H.S., Webb, W.G., Kelly, M.P. (1984). The naming disorder of dementia. *Neuropsychologia*, 22, 23-30.
- Kumar, A., & Singh, A. (2015). A review on mitochondrial restorative mechanism of antioxidants in Alzheimer's disease and other neurological conditions. *Frontiers in Pharmacology*, 6, 206.
- Laisney, M., Desgranges, B., Eustache, F., & Giffard, B. (2010). L'altération du réseau lexico-sémantique dans la maladie d'Alzheimer et la démence sémantique à travers le prisme des effets d'amorçage sémantique. *Revue de neuropsychologie*, 2(1), 46.
- Léonard, B., Pillon, A., & de Partz, M. (2008). Reacquisition of semantic knowledge by errorless learning in a patient with a semantic deficit and anterograde amnesia. *Aphasiology*, 22(5), 447-488.
- Lin, C.Y., Chen, T.B., Lin, K.N., Yeh, Y.C., Chen, W.T., Wang, K.S., & Wang, P.N. (2014). Confrontation Naming Errors in Alzheimer's Disease. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 37(1-2), 86-94.
- Maddy, K. M., Capilouto, G. J., & McComas, K. L. (2014). The effectiveness of semantic feature analysis : An evidence-based systematic review. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 57(4), 254-267.
- Maillart, C., & Durieux, N. (2014). L'évidence-based practice à portée des orthophonistes : intérêt des recommandations pour la pratique clinique. *Rééducation orthophonique*, 257, 71-82.
- Martin, A., & Fedio, P. (1983). Word production and comprehension in Alzheimer's disease : The breakdown of semantic knowledge. *Brain and Language*, 19(1), 124-141.
- Massaro, M., & Tompkins, C. (1994). Feature analysis for treatment of communication disorders in traumatically brain injured patients: An efficacy study. *Clinical Aphasiology*, 22, 245-256.
- McKhann, G. M., Knopman, D. S., Chertkow, H., Hyman, B. T., Jack, C. R., Kawas, C. H., Klunk, W. E., Koroshetz, W. J., Manly, J. J., Mayeux, R., Mohs, R. C., Morris, J. C.,

- Rossor, M. N., Scheltens, P., Carrillo, M. C., Thies, B., Weintraub, S., & Phelps, C. H. (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.
- Mo, K. O., Sung, J. E., & Jeong, J. H. (2015). The effects of semantic feature analysis treatment on naming performance in Korean individuals with early dementia of the Alzheimer's type: Using a familiarity of nouns scale. *Communication Sciences & Disorders*, 20(1), 34-47.
- Morello, A. N. da C., Lima, T. M., & Brandão, L. (2017). Language and communication non-pharmacological interventions in patients with Alzheimer's disease : A systematic review. *Communication intervention in Alzheimer. Dementia & Neuropsychologia*, 11(3), 227-241.
- Quique, Y. M., Evans, W. S., & Dickey, M. W. (2019). Acquisition and Generalization Responses in Aphasia Naming Treatment : A Meta-Analysis of Semantic Feature Analysis Outcomes. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 28(1S), 230-246.
- Rivara, F. P., Koepsell, T. D., Wang, J., Durbin, D., Jaffe, K. M., Vavilala, M., Dorsch, A., Roper-Caldbeck, M., Houseknecht, E., & Temkin, N. (2011). Comparison of Telephone with World Wide Web-Based Responses by Parents and Teens to a Follow-Up Survey After Injury, *Health Services Research*, 46(3) : 964-981.
- Rogers, S. L., & Friedman, R. B. (2008). The underlying mechanisms of semantic memory loss in Alzheimer's disease and semantic dementia. *Neuropsychologia*, 46(1), 1-21.
- Rousseau, T. (2018a). Les thérapies dans la maladie d'Alzheimer. Dans Thierry Rousseau éd., *Maladie d'Alzheimer et troubles de la communication* (2^e éd., p. 81-90). Elsevier.
- Rousseau, T. (2018b). Les thérapies du langage et de la communication. Dans Thierry Rousseau éd., *Maladie d'Alzheimer et troubles de la communication* (2^e éd., p. 91-124). Elsevier.
- Szatloczki, G., Hoffmann, I., Vincze, V., Kalman, J., & Pakaski, M. (2015). Speaking in Alzheimer's Disease, is That an Early Sign? Importance of Changes in Language Abilities in Alzheimer's Disease. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 7.
- Sémédard, M. (2020, décembre). *Effets de la méthode Semantic Feature Analysis (SFA) sur l'anomie dans une tâche de dénomination chez une patiente présentant une maladie d'Alzheimer au stade modérément sévère : étude de cas* (Mémoire).
- Semiz, M., Miceli, A., Basaglia-Pappas, S., & Loureiro, I. S. (2023). Investigation de l'effet de la Semantic Feature Analysis sur le manque du mot au stade débutant de la maladie

- d'Alzheimer: études de cas. *Glossa*, 93-130.
- Starkstein, S. E. (2014). Anosognosia in Alzheimer's disease : Diagnosis, frequency, mechanism and clinical correlates. *Cortex*, 61, 64-73.
- Shuttleworth, E. C., & Huber, S. J. (1988). The naming disorder of dementia of Alzheimer type. *Brain and Language*, 34(2), 222-234.
- Tran, T. M. (2007). Rééducation des troubles de la production lexicale. In P.-D. & B. V. Mazaux J.-M. (Éd.), *Aphasie et aphasiques*. Issy-les-Moulineaux, Masson.
- Tran, T. M. (2018). Traitement des troubles lexico-sémantiques, *Rééducation orthophonique*, N°275, 117-132.
- Tran, T. M. & Godefroy, O. (2015). Batterie d'Evaluation des Troubles Lexicaux (BETL). Isbergues : Ortho Edition.
- Tran, T. M., Dasse, P., Letellier, L., Lubjinkowic, C., They, J., & Mackowiak, M.A. (2012). Les troubles du langage inauguraux et démence : Étude des troubles lexicaux auprès de 28 patients au stade débutant de la maladie d'Alzheimer. *SHS Web of Conferences*, 1, 1659-1672.
- Warrington, E. K. (1975). The Selective Impairment of Semantic Memory. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 27(4), 635-657.
- Ylvisaker, M., & Szekeres, S. (1985). *Cognitive language intervention with brain-injured adolescents and adults*. Mini-seminar Presented at the Annual Convention of the Illinois Speech-Language Hearing Association.
- Zvěřová, M. (2019). Clinical aspects of Alzheimer's disease. *Clinical Biochemistry*, 72, 3-6.

Sites consultés :

- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (2022). Consulté le 17 mars 2022, à l'adresse. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>
- Institut national de la santé et de la recherche médicale. (2017). Consulté 18 avril 2022, à l'adresse. <http://www.inserm.fr>
- Institut national de la statistique et des études économiques est une direction générale du ministère de l'Économie et des Finances. (2022). Consulté le 16 mars 2023, à l'adresse. <http://www.insee.fr>

Liste des annexes

Annexe 1. Questionnaire