



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

DEPARTEMENT D'ORTHOAPHONIE DE LORRAINE

Année Universitaire 2013/2014

Mémoire de recherche

Présenté en vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie

Par

Cécile PILON et Anne SCHAFF

PERTINENCE DE PROPOSER DES ATELIERS D'EXPRESSION CORPORELLE
A DES PATIENTS ATTEINTS DE DEMENCE DE TYPE ALZHEIMER
DANS LE CADRE D'UNE PRISE EN CHARGE ORTHOPHONIQUE DE GROUPE

Soutenu le 29 septembre 2014

Membres du jury :

Monsieur le Professeur H. VESPIGNANI, Neurologue, Président du Jury

Madame B. BOCHET, Orthophoniste, Directrice du mémoire

Monsieur B. ISCH, Aide médico-psychologique, Assesseur

DEPARTEMENT D'ORTHOAPHONIE DE LORRAINE

Année Universitaire 2013/2014

Mémoire de recherche

Présenté en vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie

Par

Cécile PILON et Anne SCHAFF

PERTINENCE DE PROPOSER DES ATELIERS D'EXPRESSION CORPORELLE
A DES PATIENTS ATTEINTS DE DEMENCE DE TYPE ALZHEIMER
DANS LE CADRE D'UNE PRISE EN CHARGE ORTHOPHONIQUE DE GROUPE

Soutenu le 29 septembre 2014

Membres du jury :

Monsieur le Professeur H. VESPIGNANI, Neurologue, Président du Jury

Madame B. BOCHET, Orthophoniste, Directrice du mémoire

Monsieur B. ISCH, Aide médico-psychologique, Assesseur

REMERCIEMENTS

Nous remercions notre directrice de mémoire, Mme Brigitte Bochet, pour son enthousiasme vis-à-vis de notre projet, pour la confiance qu'elle nous a témoignée tout au long de cette année et pour sa bienveillance qui nous a permis de travailler sereinement.

Nous remercions notre assesseur M. Bernard Isch pour son accueil, pour sa participation aux ateliers et pour l'intérêt qu'il a porté à notre projet. Nous tenons également à remercier Mme Christelle Klein pour l'investissement dont elle a fait preuve en poursuivant les ateliers d'expression corporelle et pour son soutien tout au long de notre projet.

Nous remercions le Professeur Vespignagni, neurologue à l'hôpital de Nancy, de nous faire l'honneur de présider notre jury.

Nous souhaitons également remercier les quatre participantes à notre étude : Mme A. pour sa bienveillance et ses compliments, Mme B. pour sa bonne humeur et ses petits mots philosophiques, Mme G. pour son accueil et ses plaisanteries et Mme L. pour son dynamisme et son authenticité, ainsi que tous les résidents ayant également participé aux ateliers (Mme Bo., Mme Br., Mme D., M. G., M. K, Mme Lo., M. N., Mme Pa., Mme Po., M. R., M. T., Mme V. et Mme Q.) et ayant fait de ces moments des moments de plaisir.

Nous remercions M. Jean-Pierre Blancheton, directeur de l'EHPAD Korian le Gentilé, d'avoir accueilli avec enthousiasme notre projet au sein de son établissement et Mme Aïcha Dellaoui, directrice de l'EHPAD à sa suite pour nous avoir encouragées dans notre projet et pour avoir facilité les différentes démarches administratives. Nous remercions également tous les soignants qui ont participé à l'atelier : Aurore, Bernard, Christelle, Gaëlle, Ingrid, Valentin ainsi que Mme Sanchez, Mme Kontz, Mme Klein et les secrétaires de L'EHPAD Korian le Gentilé pour l'aide et l'accueil chaleureux qu'ils nous ont réservés.

Nous souhaitons aussi remercier les familles des patients qui nous ont permis de présenter des extraits de vidéos des ateliers en nous autorisant le droit à l'image de leur proche.

Nous remercions Stéphanie Millot, secrétaire de l'Association France Alzheimer de Nancy pour ses précieux conseils aux prémices de notre projet, ainsi qu'Ulises Piedra, intervenant de France Alzheimer, de nous avoir permis d'assister à l'un de ses ateliers musique.

Nous remercions également nos colocataires pour leur présence à nos côtés durant cette année, Nicolas pour nous avoir soutenues dans notre projet, nos familles pour nous avoir permis d'en arriver là aujourd'hui, ainsi que Nicole pour sa relecture attentive.

Enfin, nous remercions Claire Guiborat, secrétaire à l'école d'orthophonie, pour son efficacité, sa disponibilité et sa bonne humeur permanente.

SOMMAIRE

Introduction	1
Partie théorique.....	3
1 La démence de type Alzheimer.....	4
1.1 Description neuro-anatomique.....	4
1.1.1 Les plaques séniles	4
1.1.2 La dégénérescence neuro-fibrillaire	4
1.2 Symptômes cognitifs.....	5
1.2.1 Troubles mnésiques	6
1.2.2 Troubles du langage et de la communication	7
1.2.3 Apraxie	9
1.2.4 Agnosie	9
1.2.5 Troubles des fonctions exécutives	10
1.2.6 Difficultés d'orientation temporo-spatiale.....	11
1.3 Symptômes non cognitifs.....	11
1.3.1 Troubles du comportement.....	12
1.3.2 Troubles de l'humeur.....	13
1.3.3 Troubles psychotiques	13
1.3.4 Troubles des conduites élémentaires	13
1.4 Conséquences des différents troubles	14
1.4.1 Perte d'autonomie.....	14
1.4.2 Perte de la fonction cathartique de la parole.....	14
1.4.3 Repli sur soi et isolement social	14
1.4.4 Perte d'identité.....	15
2 Une prise en charge spécifique et adaptée basée sur les capacités du patient.....	16
2.1 Projets de prise en charge orthophonique pour des patients atteints d'une DTA ..	16
2.1.1 Spécificité de cette prise en charge.....	16
2.1.2 Intérêt de cette prise en charge	17
2.1.3 Objectifs de cette PEC : le triple combat des patients	18
2.2 Comment l'orthophoniste peut-il aborder sa prise en charge avec des patients atteints de DTA?.....	23
2.2.1 Une approche humaine adaptée.....	23
2.2.2 Les différentes approches thérapeutiques des troubles cognitifs et de la communication dans les DTA	24

2.3 L'outil clé d'une prise en charge orthophonique adaptée : un appui sur les capacités préservées du patient.....	26
2.3.1 Un être doué de mémoire.....	26
2.3.2 Un être émotionnel	27
2.3.3 Un être communicationnel et relationnel.....	28
2.3.4 Une identité masquée par la maladie, mais toujours présente	30
3 L'expression corporelle : une approche orthophonique pertinente pour des patients atteints de DTA ?.....	31
3.1 L'expression corporelle : un support de PEC adapté pour des patients atteints de DTA ?.....	31
3.1.1 Présentation de l'expression corporelle	31
3.1.2 Attrait pour expression corporelle	31
3.1.3 Les capacités préservées du patient employées par l'expression corporelle ..	32
3.2 Apports possibles de l'expression corporelle dans la PEC orthophonique des patients atteints de DTA.....	34
3.2.1 Communication	34
3.2.2 Fonctions cognitives	37
3.2.3 Comportement	39
3.2.4 Bien-être	39
4 Hypothèses théoriques.....	42
Partie méthodologique.....	44
1 Description de la population	45
1.1 Critères d'inclusion.....	45
1.2 Critères d'exclusion	45
1.3 Les patients participant à notre étude.....	45
1.3.1 Mme A	45
1.3.2 Mme B	46
1.3.3 Mme G	47
1.3.4 Mme L	47
2 Présentation des ateliers	48
2.1 Le cadre des ateliers.....	48
2.1.1 Un endroit connu, un espace tranquille	48
2.1.2 Un programme régulier.....	49
2.2 Le contenu des ateliers.....	49
2.2.1 Les éléments à intégrer aux ateliers.....	49
2.2.2 Les éléments à manipuler pour construire la trame d'un atelier.....	53
2.3 La manière de mener un atelier.....	55
2.3.1 Les grands principes	55

2.3.2	La transmission des consignes.....	56
3	Recueil des données	57
3.1	Choix des outils.....	57
3.2	Grille d'observation	58
3.2.1	Le contenu de la grille d'observation	58
3.2.2	La manière de compléter les grilles	61
3.3	Questionnaire permettant de recueillir les observations du personnel soignant familier aux patients	62
4	Hypothèses opérationnelles.....	64
	Analyse des résultats et discussion.....	66
1	Analyse des résultats	67
1.1	Analyse de la communication non-verbale.....	67
1.1.1	Versant expressif	67
1.1.2	Versant réceptif.....	69
1.1.3	Synthèse	70
1.2	Analyse de l'investissement de la communication verbale	71
1.2.1	Versant expressif	71
1.2.2	Versant réceptif.....	72
1.2.3	Synthèse	72
1.3	Analyse de l'investissement du statut d'interlocuteur	73
1.4	Analyse de l'investissement des liens sociaux.....	75
1.5	Analyse de la disponibilité à entrer en communication	77
1.5.1	Interprétation des observations	77
1.5.2	Interprétation des réponses au questionnaire	78
1.5.3	Synthèse	79
1.6	Analyse de la stimulation de la mémoire	80
1.6.1	Souvenir des précédents ateliers.....	80
1.6.2	Mémoire mobilisée au cours de l'atelier	81
1.6.3	Synthèse	82
1.7	Analyse des bénéfices de l'atelier sur l'orientation spatiale	82
1.8	Analyse de la stimulation des fonctions exécutives.....	84
1.8.1	Attention	84
1.8.2	Abstraction.....	84
1.8.3	Synthèse	85
1.9	Analyse du retentissement des ateliers sur les comportements de communication des patientes dans leur vie quotidienne	86
2	Discussion	87
2.1	Validation des hypothèses.....	87

2.1.1	Première grande hypothèse : stimulation et optimisation de la communication	87
2.1.2	Deuxième grande hypothèse : stimulation des fonctions cognitives altérées	88
2.1.3	Troisième grande hypothèse : retentissement dans la vie quotidienne	89
2.2	Limites de notre étude	89
2.2.1	Une étude clinique et non statistique	89
2.2.2	Une étude relativement courte	89
2.2.3	Une étude réalisée dans des conditions réelles	90
2.2.4	La finesse des observations	90
2.2.5	La finesse des analyses	90
	Conclusion	91
	Bibliographie	94
	Annexes	100
1	Présentation d'un atelier mené	101
2	Plaquette de présentation du projet	102
3	Affiche réalisée après chaque atelier	103
4	Grille d'observation de Mme L. complétée pour les séances 7, 8 et 9	104
5	Exemple d'un questionnaire à destination du personnel soignant complété	117

INTRODUCTION

La démence de type Alzheimer (DTA) représente aujourd’hui un enjeu majeur de santé publique. Selon Rousseau (2013), c'est la plus fréquente des démences, présente dans 70% des cas environ. Selon les données de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) in Poirier et Gauthier (2011), il y aurait un nouveau cas de DTA toutes les sept secondes à l'échelle mondiale. En France, on compterait plus de 900 000 cas aujourd’hui et ce nombre ne cesse d'augmenter du fait de l'allongement de la durée de vie de la population. D'après les prévisions de l'INSERM, deux millions de personnes devraient être atteintes par ce type de démence en France en 2020.

Selon Rousseau (2013), la DTA constituerait l'un des plus grands fléaux de ce siècle, parce qu'à l'heure actuelle la médecine ne sait encore ni la prévenir, ni la guérir, mais également parce qu'elle « *touche l'homme dans ce qui fait justement qu'il est homme : ses fonctions intellectuelles, son comportement, ses facultés de communication* ».

Cependant, même en l'absence d'un traitement curatif, il est possible de lutter contre la maladie. D'après Lesniewska (2013), il peut se passer une dizaine d'années, voire plus, avant que les troubles ne deviennent invalidants. Ainsi, il faut envisager la vie qu'il reste à vivre, même si on ne sait en mesurer les échéances, et mettre en place des projets de vie à court, à moyen et même à long terme, car, comme l'écrit Servan-Schreiber (2007) in Lesniewska (2013) : « *Ce qui compte par-dessus tout, c'est de nourrir le désir de vivre* ». C'est ce que projette également la « Fondation pour la recherche sur Alzheimer » par ses affiches représentant un couple de personnes âgées qui dansent et ayant pour slogan : « *Alzheimer, on peut l'avoir et continuer à être* ».

Ainsi, selon Lesniewska (2013), une prise en charge (PEC) adéquate du patient, selon son âge, le degré de ses troubles et ses centres d'intérêts, permettrait de retarder la détérioration. Différents thérapeutes peuvent s'unir à travers une PEC pluridisciplinaire (orthophoniste, kinésithérapeute, ergothérapeute, neuropsychologue, psychologue, etc.) afin de donner les moyens aux patients de vivre au mieux avec leur maladie. Depuis plus de dix ans, grâce à l'inscription à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), les

orthophonistes peuvent et se doivent de prendre en charge les patients atteints de maladies neurodégénératives telles que les démences. La PEC orthophonique vise à pallier les troubles du langage et de la communication, les difficultés mnésiques, les troubles des fonctions exécutives, ainsi que les difficultés d'orientation temporo-spatiale. Pour cela, plusieurs approches existent, s'appuyant toutes sur les capacités préservées du patient que sont la mémoire implicite, la capacité à ressentir des émotions et la communication non-verbale. Or, ces capacités sont justement celles mobilisées par un travail d'expression corporelle.

Etant toutes deux passionnées de danse et d'expression corporelle, nous défendons la même conviction : la danse, et plus largement l'expression par le corps, a des bienfaits indéniables et pourrait constituer un support à certaines rééducations orthophoniques. Pour nous, le corps est un moyen d'expression certain, permettant d'être interlocuteur sans parole. Il nous semble donc intéressant d'exploiter ce mode de communication pour toute personne, mais encore davantage pour des personnes dont la communication verbale n'est plus efficace. Ainsi, dans une visée communicative, nous pensons que l'expression corporelle pourrait être une approche bénéfique pour des patients atteints d'une DTA.

Nous souhaitons alors étudier la pertinence de proposer des ateliers d'expression corporelle à des patients atteints de DTA dans le cadre d'une prise en charge orthophonique de groupe. En d'autres termes, l'objectif de notre travail sera d'étudier si l'expression corporelle est un support orthophonique adapté permettant d'investir et d'enrichir la communication de patients atteints de DTA au cours d'une PEC orthophonique de groupe.

Pour ce faire, les fondements théoriques sur lesquels nous nous appuierons seront exposés dans une première partie. Puis, la démarche expérimentale choisie sera décrite dans une deuxième partie. Enfin, les résultats seront analysés et discutés dans la troisième et dernière partie.

PARTIE THEORIQUE

1 LA DEMENCE DE TYPE ALZHEIMER

C'est un médecin allemand spécialiste des aliénations mentales, Aloïs Alzheimer, qui fit la première description d'un cas de démence présénile en 1906, celui d'Auguste D. (51ans). Le cerveau de cette jeune patiente présentait des altérations anatomiques qui n'avaient jamais été observées auparavant. En 1910, le psychiatre Emil Kraepelin introduit le terme « maladie d'Alzheimer » pour dénommer ce type de pathologie.

Actuellement, la maladie d'Alzheimer et les démences séniles avec lésions cérébrales de type Alzheimer (dont l'apparition est plus tardive que la maladie d'Alzheimer) sont regroupées sous le terme de « Démences de Type Alzheimer » (DTA). Nous ne ferons donc pas de distinction sur l'âge d'apparition de la maladie dans notre mémoire et prendrons en considération à la fois la démence présénile décrite par Alzheimer ainsi que les démences séniles de type Alzheimer.

1.1 Description neuro-anatomique

Selon la Ligue Européenne Contre la Maladie d'Alzheimer (2014), on observe deux types de lésions chez les personnes atteintes de DTA : les plaques séniles et la dégénérescence neuro-fibrillaire.

1.1.1 Les plaques séniles

A la surface des neurones se trouve une protéine nommée APP (Amyloid Precursor Protein), qui libère une autre protéine, appelée bêta-amyoïde. Chez une personne atteinte de DTA, cette seconde protéine est mal régulée et se retrouve en trop grande quantité. Elle s'agrège alors sous forme de fibrilles insolubles qui forment les plaques séniles.

Les plaques séniles se propagent d'abord dans le cortex. Elles atteignent ensuite l'hippocampe (qui est une région essentielle à la mémoire et à l'apprentissage), puis elles se répandent dans l'ensemble du cerveau.

1.1.2 La dégénérescence neuro-fibrillaire

Lorsqu'un neurone communique avec un autre, un signal est transmis du corps du neurone à la synapse pour transférer l'information. Ce signal passe à travers le squelette du

neurone constitué de microtubules. Ces microtubules sont stabilisés par la protéine Tau. Or, dans la DTA, la protéine Tau devient anormale : elle est défectueuse et se détache des microtubules. A cause de cela, le squelette du neurone se dissocie car il n'est plus maintenu. Sans squelette, les neurones dégénèrent et les connexions entre les neurones se perdent. La protéine Tau anormale qui s'agrège dans le neurone forme des filaments. On dit alors que l'accumulation de ces filaments constitue la dégénérescence neuro-fibrillaire. A terme, elle provoque la mort du neurone.

Les dégénérescences neuro-fibrillaires se développent d'abord dans l'hippocampe, puis elles se propagent à l'ensemble du cerveau, ce qui provoque un dysfonctionnement global. La progression de ces lésions correspond aux symptômes de la maladie.

1.2 Symptômes cognitifs

Suivant la définition du DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1995¹), manuel de référence publié par l'American Psychiatric Association, la maladie d'Alzheimer est une pathologie du système nerveux se caractérisant par une détérioration acquise et progressive des fonctions cognitives et instrumentales. Elle comprend une altération de la mémoire (amnésie), ainsi qu'une perturbation d'une ou plusieurs fonctions cognitives : le langage (aphasie), la réalisation d'une activité motrice (apraxie), la reconnaissance (agnosie) et les fonctions exécutives. Une désorientation spatiale et temporelle peut également être observée, ainsi que des troubles du comportement et des perturbations affectives (dépression, apathie, anxiété).

Avant de décrire ces symptômes, il nous semble important de préciser que les DTA se traduisent par une grande hétérogénéité au niveau de l'atteinte cognitive à la fois interindividuelle et intra-individuelle, comme le précisent Colette, Van der Linden et Meulemans en 2002 (in Rousseau, 2004). Cela signifie que chaque malade présente un tableau clinique spécifique et que les diverses atteintes dont il souffre peuvent être présentes à des degrés variés.

¹ La version française du DSM V est actuellement attendue et permettra d'actualiser cette définition.

1.2.1 Troubles mnésiques

La mémoire à long terme, selon Bergson (1941) in Lejeune, Desana et Ducloy (2011), se subdivise en deux types de mémoire : déclarative (ou explicite) et non déclarative (ou implicite). La mémoire déclarative, comprend la mémoire sémantique (située dans le lobe temporal et le lobe frontal) et la mémoire épisodique (située dans l'hippocampe, le lobe frontal ainsi que dans des régions corticales). La mémoire non déclarative comprend la mémoire procédurale qui enveloppe le cervelet, le noyau caudé et le putamen, et la mémoire émotive (ou affective ou émotionnelle) dont le centre névralgique est l'amygdale.

Selon Rousseau (2013), dans 70% des cas environ, les troubles mnésiques sont les premiers signes de la DTA. En premier lieu un déficit léger va être observé, puis ce déficit va s'aggraver progressivement et de manière considérable pour finir par toucher toutes les composantes de la mémoire. Au bout de quelques mois, la vie professionnelle, sociale et familiale peut être entravée.

La composante de la mémoire la plus précocement atteinte dans la DTA est la mémoire explicite (comprenant les connaissances verbalisables) au sein de laquelle la mémoire épisodique (qui permet de lier une information ou un souvenir à un contexte notamment temporel) est particulièrement touchée. L'atteinte de cette mémoire épisodique va entraîner ce que l'on peut appeler une amnésie de la source, c'est-à-dire que la personne possède l'information sans pouvoir la rattacher au moment où cette information lui est parvenue, sans pouvoir savoir qui lui a donné cette information, sans pouvoir dire si cette information est vraie ou fausse et sans même savoir si elle vient de son vécu ou de son imaginaire. Selon Rousseau (2011), « *la conséquence de ce trouble va être que le malade Alzheimer va vivre dans un monde qui va mélanger le passé et le présent, le réel et l'imaginaire, le vrai et le faux...* ». En revanche, la mémoire sémantique (c'est-à-dire la mémoire des connaissances apprises, comme par exemple la date de la bataille de Marignan : 1515) est relativement bien préservée.

La mémoire de travail (c'est-à-dire la mémoire destinée au maintien temporaire et à la manipulation d'une information pendant la réalisation d'une tâche cognitive) est elle aussi rapidement perturbée, et notamment l'un de ses composants : l'administrateur central (Rousseau, 2011).

En revanche, au sein de la mémoire implicite, la mémoire procédurale (que Rousseau (2013) définit comme « *la mémoire des habiletés motrices accessible grâce à la performance* ») resterait préservée dans la DTA. A un certain stade d'évolution de la maladie, cette mémoire des habitudes, des rituels et des automatismes constitue donc, comme nous allons le montrer ultérieurement, un appui certain à la rééducation.

1.2.2 Troubles du langage et de la communication

L'atteinte linguistique peut être le premier symptôme de la DTA, même si elle apparaît en général après les troubles mnésiques. Cette atteinte se manifeste donc relativement tôt (au bout de quelques mois selon Rousseau, 2013) et va croître au fur et à mesure de la maladie, pouvant aller jusqu'à une perte totale des capacités de communication, rendant le discours quasi inintelligible. C'est ce que rapporte Witt (2007), le mari d'une femme atteinte d'une DTA : « *Janine parle aujourd'hui couramment l'Alzheimer, langue incompréhensible qui n'a pas de dictionnaire* ».

1.2.2.1 Le manque du mot

Les aptitudes lexicales et sémantiques sont les premières touchées dans la DTA. Un manque du mot est fréquemment retrouvé au stade initial. Selon Touchon, Gabelle et Brun (2013), ce manque du mot serait lié à un déficit d'encodage sémantique lors de l'étape de sélection lexicale, appelé déficit lexico-sémantique. Au cours de l'évolution de la maladie, il existerait une dégradation progressive des mécanismes de traitement sémantique.

1.2.2.2 Fluence verbale

La fluence verbale est elle aussi touchée dans la DTA. Dès le début de la maladie, on peut observer un ralentissement du débit de parole, ainsi que des perséverations dans le discours. D'après Hier (1985) in Rousseau (2013), le patient ferait davantage de pauses pour retrouver un mot en langage spontané et aurait des difficultés à enchaîner ses idées. Selon Touchon, Gabelle et Brun (2013), ces difficultés de fluence seraient dues à un dysfonctionnement exécutif qui entraverait l'efficacité des mécanismes d'exploration, de sélection, de contrôle et donc d'activation des représentations stockées en mémoire sémantique.

1.2.2.3 Discours

Un appauvrissement du discours, discret en début d'évolution, fait systématiquement partie du tableau clinique de la DTA. Selon Rousseau (2013), on observe un certain nombre de modifications quantitatives et qualitatives :

- une réduction globale et progressive des actes émis,
- une simplification des actes langagiers, tant du point de vue syntaxique que lexical,
- une diminution du nombre d'actes adéquats et une augmentation du nombre d'actes inadéquats,
- une augmentation du nombre d'actes non-verbaux.

De plus, selon Touchon, Gabelle et Brun (2013), le déficit de la mémoire de travail conduit fréquemment le patient à produire des phrases inachevées et à se répéter car il oublie le fil de ses idées au fur et à mesure de ses productions.

1.2.2.4 Communication

« La parole du sujet atteint de la maladie d'Alzheimer est souvent invalidée d'emblée » selon Touchon, Gabelle et Brun (2013). En effet, chacun peut observer que le patient peine à trouver ses mots, qu'un mot vient à la place d'un autre de façon incongrue, que des silences viennent rompre le fil de phrases déjà désorganisées, etc. Le danger est alors de délocuter la personne atteinte de DTA et de tourner son regard vers l'autre, le conjoint, l'enfant, le soignant.

Or, lorsque le patient perçoit un détachement affectif de la part de ses proches, il arrive qu'il se place en retrait de la communication, de manière plus ou moins importante. Rousseau (2013) explique cela en ces termes : « *« se sentant “partir”, se sentant dépossédé de son être »* (Maisondieu (1989) in Rousseau, 2013), *le malade d'Alzheimer n'a sans doute plus envie de parler, se sentant exclu du monde des communicants, il s'exclut lui-même du champ de la parole* ».

1.2.2.5 Compréhension orale

Dans les premiers stades de la maladie, la compréhension orale est relativement préservée, hormis quelques difficultés de compréhension syntaxique fine. Puis, lorsque les troubles évoluent, on observe des troubles de la compréhension du langage métaphorique et implicite, ainsi que des difficultés à opérer des inférences (Touchon, Gabelle et Brun, 2013).

1.2.2.6 *Langage écrit*

Selon Touchon, Gabelle et Brun (2013), au stade précoce, la lecture et la transcription sont relativement préservées chez les patients atteints de DTA. Cependant, des difficultés de lecture des mots irréguliers, une baisse significative de la fluence verbale écrite et des difficultés d'orthographe sont fréquemment observées. Puis, à mesure que la maladie progresse, les patients ont de plus en plus de difficultés à mettre du sens sur ce qu'ils lisent.

1.2.3 *Apraxie*

Il est possible que la personne atteinte d'une DTA présente une apraxie, c'est-à-dire une altération de la capacité à réaliser une activité motrice malgré des fonctions motrices intactes (Association France Alzheimer (FA), 2013).

Une apraxie constructive et une apraxie de l'habillage sont fréquemment rencontrées. Dans le premier cas, la personne ne peut plus réaliser le dessin d'un cube, d'une maison ou de toute figure géométrique simple. Dans le second cas, la personne n'est plus capable de réaliser la séquence des gestes nécessaires pour s'habiller.

Une apraxie idéatoire (impossibilité de manipuler des objets) et/ou une apraxie idéomotrice (impossibilité de réaliser des gestes arbitraires ou symboliques sans la présence de l'objet) peuvent également être observées.

1.2.4 *Agnosie*

La personne atteinte de DTA présente généralement des troubles gnosiques, c'est-à-dire qu'il lui est difficile, voire impossible, de reconnaître et/ou d'identifier des objets et/ou des personnes malgré des fonctions sensorielles intactes (Association FA, 2013).

Des agnosies visuelles, auditives ou tactiles peuvent être rencontrées, ce qui peut amener la personne atteinte de DTA à confondre les objets entre eux ou à ne plus comprendre leur fonctionnement, donnant lieu à des comportements aberrants ou dangereux. Lorsque la maladie évolue, il est également possible d'observer une prosopagnosie (impossibilité à reconnaître les visages, même familiers), voire une asomatognosie (trouble de la reconnaissance de son propre corps). D'après Rousseau (2013), ces troubles contribuent aux difficultés d'orientation spatiale.

1.2.5 Troubles des fonctions exécutives

On trouve fréquemment chez les patients atteints de DTA des troubles touchant les fonctions exécutives qui se manifestent notamment par des difficultés à faire des projets, à s'organiser, à ordonner dans le temps et à avoir une pensée abstraite.

1.2.5.1 Attention

L'attention est l'une des capacités cognitives élémentaires. Elle consiste à faire abstraction, pendant un temps donné, de toutes les sollicitations extérieures qui ne concernent pas l'objet de la réflexion (FA, 2013). Dans la DTA, l'attention devient de plus en plus limitée et se restreint à une seule action.

1.2.5.2 Planification

La planification se définit comme « *la capacité à concevoir et à enchaîner selon un ordre logique les étapes qui composent une action* » (FA, 2013). La plupart des patients atteints de DTA ne peuvent plus effectuer des tâches cognitives complexes nécessitant une certaine organisation (par exemple, ces personnes ne peuvent plus gérer l'organisation de leurs achats alimentaires).

1.2.5.3 Raisonnement, abstraction et conceptualisation

Selon l'Association FA (2013), le raisonnement recouvre la capacité à comprendre la logique d'un mécanisme et à conceptualiser, c'est-à-dire à relier des informations entre elles en utilisant des notions abstraites. Chez les patients atteints de DTA, on observe une atteinte de ces capacités qui se manifeste notamment par :

- des difficultés à concevoir ce qu'ils ne voient pas, par des difficultés à se figurer des éléments abstraits (ils comprennent les expressions de manière littérale),
- une perte de la faculté de jugement (une personne atteinte de DTA pourra par exemple porter un manteau en laine au mois de juillet),
- des difficultés d'anticipation des événements prévisibles.

Sur le plan langagier, Rousseau (2011) note des difficultés au niveau de la résolution de problèmes simples, du jugement de similitude, d'explication de proverbes et d'histoires absurdes, d'estimations cognitives.

1.2.5.4 *Initiation, inhibition et flexibilité mentale*

D'après Rousseau (2013), les personnes atteintes de DTA éprouvent des difficultés à initier verbalement ou de manière motrice. De plus, elles peinent à inhiber des comportements automatiques au profit de comportements volontaires (notion de « go no go »). Enfin, on relève chez ces patients des difficultés à faire preuve de flexibilité mentale, capacité à modifier son organisation perceptuelle, le cours de sa pensée ou son comportement pour s'adapter à l'environnement.

1.2.6 *Difficultés d'orientation temporo-spatiale*

Selon Rousseau (2013), la désorientation temporo-spatiale peut être présente précocement dans la DTA.

1.2.6.1 *La désorientation temporelle*

Le malade désorienté dans le temps se trouve dans l'incapacité à se situer dans le temps. Ce trouble évolue selon une logique « *décroissante* » selon FA (2013), c'est-à-dire qu'au début il ne saura plus dire quelle est l'année en cours, puis la saison, le mois, le jour de la semaine et l'heure. A un stade plus avancé de la maladie, on observe un télescopage entre souvenirs anciens et événements récents. Par exemple, la personne malade va vouloir aller chercher ses enfants à l'école. A ce stade, la personne ne se questionne plus sur ses repères temporels mais affirme une réalité qui n'est pas en lien avec la réalité objective.

1.2.6.2 *La désorientation spatiale*

Selon l'Association FA (2013), le malade désorienté dans l'espace n'est plus capable de se représenter mentalement l'espace dans lequel il évolue. Il ne pourra plus se diriger seul et les lieux auparavant familiers peuvent lui apparaître étrangers. Cette désorientation va amener la personne à déambuler ou à ne plus bouger par peur de se perdre.

1.3 *Symptômes non cognitifs*

Nous nous sommes inspirées de la classification faite par Micas et al (1997) in Lesniewska (2003) afin d'exposer les symptômes non cognitifs que peuvent présenter les patients atteints de DTA.

1.3.1 Troubles du comportement

Si les troubles du comportement sont fréquents dans la DTA, il est nécessaire de garder à l'esprit qu'ils peuvent être la conséquence des troubles cognitifs liés à la maladie. Comme l'écrit Camus (1942), « *tout refus de communiquer est une tentative de communication ; tout geste d'indifférence ou d'hostilité est appel déguisé* ». Ainsi, pour la personne malade, les manifestations comportementales peuvent constituer le seul moyen d'expression permettant de faire part de leur souffrance face à leurs pertes successives. De plus, la personne atteinte de DTA ressent le changement de comportement de ceux qui l'entourent, qu'elle prend souvent comme un rejet voire un abandon. Cela peut également générer chez la personne malade des troubles du comportement qui vont amplifier les difficultés liées à l'atteinte organique.

1.3.1.1 Apathie

L'apathie, définie comme la perte ou la baisse de la motivation comparativement à l'état antérieur de la personne, est l'un des troubles majeurs consécutifs à la DTA selon l'Association FA (2013). Une indifférence affective, une perte d'intérêt ainsi qu'un manque d'initiative apparaissent. La peur d'échouer, le non-rappel de l'ordre d'une tâche, la baisse d'estime de soi, la diminution des capacités cognitives et la perte d'autonomie peuvent être à l'origine de cette apathie.

1.3.1.2 Agressivité

L'agressivité est une conséquence des nombreux symptômes présents dans la maladie, elle représente alors pour le patient un moyen de s'exprimer et de montrer son refus de la maladie. Les formes que peuvent prendre cette agressivité sont diverses et peuvent aller de l'irritabilité répétée à des agressions physiques. D'après Rousseau (2013), au moins une personne sur cinq atteintes par une DTA développerait de l'agressivité.

1.3.1.3 Errance et agitation

Rousseau (2013) estime à 19% le nombre de patients atteints de DTA qui présentent des comportements déambulatoires excessifs, notamment lorsque la démence est sévère. De plus, ces patients souffrent parfois d'agitation verbale et/ou physique.

1.3.2 Troubles de l'humeur

1.3.2.1 Anxiété et angoisse

Les altérations des facultés cognitives ont pour conséquence majeure de rendre l'environnement étrange et cognitivement incompréhensible pour la personne atteinte de DTA, perdant notamment ses repères de temps et d'espace. Or, la désorientation est une source d'anxiété (état chronique) et d'angoisse (expérience psychologique ponctuelle) très forte. Par exemple, la personne malade pourra poser des questions de manière répétitive sur l'heure qu'il est ou le lieu dans lequel elle se trouve.

Selon Rousseau (2013), l'angoisse de la personne malade est responsable d'un certain nombre de comportements de défense et de troubles de la communication.

1.3.2.2 Dépression

Les personnes atteintes de DTA se retrouvent souvent désœuvrées, dans l'impossibilité de faire nombre de choses. Selon Feil (2012), il existe trois comportements de base : être aimé, être utile et s'exprimer. Le sentiment d'être abandonné par ceux qu'il aime, de se sentir inutile ou de ne pas pouvoir s'exprimer, peut amener le patient atteint de DTA à la dépression. Selon Rousseau (2013), des symptômes évocateurs de dépression sont observés chez 39% des patients.

1.3.3 Troubles psychotiques

Les troubles psychotiques (qui comprennent des hallucinations, des idées délirantes, ainsi que des troubles de l'identification) sont fréquents chez les patients atteints de DTA. Drevets et Rubin (1989) in Rousseau (2013) estiment qu'au moins la moitié des personnes atteintes par ce type de démence développe à un moment de la maladie une psychose. D'après Burns, Jacoby et Levy (1990) in Rousseau (2013), 10% des personnes atteintes de DTA auraient des hallucinations auditives, 13% des hallucinations visuelles et 16% présenteraient des délires. Ces symptômes psychotiques s'accompagneraient presque toujours, selon Drevets et Rubin (1989) in Rousseau (2013), d'une accélération de la détérioration cognitive.

1.3.4 Troubles des conduites élémentaires

Sellal et Kruczak (2007) décrivent les éventuels troubles végétatifs présents dans la DTA. Ils font part des troubles du sommeil présents dans environ 40% des cas (somnolence

diurne ou réveils nocturnes), des troubles des conduites alimentaires (anorexie le plus souvent et dans de rares cas boulimie), des troubles sphinctériens se traduisant le plus souvent par une incontinence (présents dans les cas de démences les plus sévères) et des troubles sexuels (baisse de la libido et de l'activité sexuelle, conduites exceptionnelles de désinhibition).

1.4 Conséquences des différents troubles

Selon Rousseau (2013), l'évolution de la DTA se fait toujours dans le sens d'une aggravation, notamment du déficit mnésique. L'accumulation et l'augmentation des différents troubles relatifs à la DTA restreignent de manière importante l'autonomie physique, linguistique et sociale de la personne atteinte de DTA.

1.4.1 Perte d'autonomie

Avec l'évolution de la maladie, la personne malade aura de plus en plus de difficultés à entreprendre et à accomplir seule des activités de la vie quotidienne. Face aux troubles, l'entourage se voit donc dans l'obligation de restreindre la liberté de la personne malade, notamment en gérant ses biens, en lui interdisant de conduire ou en plaçant la personne dans une institution. Devant ces décisions qui sont prises sans elle, mais pour elle, la personne malade se voit privée de son autonomie. Pour Ploton (1987) in Lesniewska (2003), c'est l'apathie qui peut être considérée comme le signe de la perte d'autonomie, ne permettant plus au malade de mobiliser sa capacité à faire des choix.

1.4.2 Perte de la fonction cathartique de la parole

Selon Ploton (2010), il est important de souligner que « *la perte du discours verbal prive le malade de la possibilité universelle de mettre des mots sur ses émotions pour gérer son stress* ». La fonction cathartique de la parole, c'est-à-dire la décharge émotionnelle libératrice de la parole, est alors mise en défaut.

1.4.3 Repli sur soi et isolement social

Au vu de la progression des difficultés de la personne atteinte d'une DTA (amnésie, aphasicie, apraxie, etc.), le champ de ses activités se restreint progressivement, engendrant la perte des liens sociaux et le repli sur soi de la personne malade et de son aidant le plus proche.

1.4.4 Perte d'identité

Plusieurs éléments conduisent à fragiliser l'identité des personnes atteintes par une DTA. Tout d'abord, la perte de la mémoire épisodique, et à travers elle, la perte des souvenirs personnels participant à l'identité du patient, met à mal l'identité de ces personnes.

De plus, comme l'explique Rousseau (2011), la communication étant difficile entre la personne malade et son interlocuteur, il apparaît souvent un renoncement à l'échange. La personne malade perd alors son statut d'être communiquant et, à travers lui, une partie de son identité d'être humain.

A cela s'ajoute la baisse de ses capacités, ainsi que la diminution de ses relations sociales et de son autonomie, engendrant une dépression ainsi que des sentiments de perte : perte de l'estime de soi et perte de la confiance en soi (Fortino, 2013). Or, l'estime de soi et la confiance en soi permettent de renforcer l'identité ; leurs pertes fragilisent donc l'identité de la personne.

Enfin, selon Charazac (2009) in Lejeune, Desana et Ducloy (2011), les défaillances du corps, la perte de verticalité et l'épreuve des soins amènent la personne malade à la « *perte de son unité et de son identité corporelle* ».

- ➔ Les personnes atteintes de DTA souffrent de multiples symptômes (troubles cognitifs, troubles de la communication, troubles comportementaux, troubles de l'humeur) perturbant énormément leur vie quotidienne et celle de leurs proches.

- ➔ Face à de tels bouleversements, les personnes touchées par cette maladie ont besoin d'être accompagnées et soutenues. Une prise en charge adaptée doit leur être proposée.

2 UNE PRISE EN CHARGE SPECIFIQUE ET ADAPTEE BASEE SUR LES CAPACITES DU PATIENT

La revue Prescrire de février 2014 révèle la faible efficacité des médicaments actuellement utilisés pour traiter la maladie d'Alzheimer : « *Les médicaments de la maladie d'Alzheimer disponibles en 2014 ont une efficacité minime et transitoire. Aucun de ces médicaments n'a d'efficacité démontrée pour ralentir l'évolution vers la dépendance et ils exposent à des effets indésirables graves, parfois mortels.* » Dans ce contexte médicamenteux non satisfaisant, les interventions non-pharmacologiques (parmi lesquelles se trouve la prise en charge orthophonique) apparaissent essentielles pour ralentir au mieux l'avancée de la maladie et offrir au patient et à sa famille un accompagnement approprié (Rousseau et Gatignol, 2012).

2.1 Projets de prise en charge orthophonique pour des patients atteints d'une DTA

« *Ce qui se passe entre le stade initial et le stade final de la maladie est extrêmement variable d'un individu à l'autre et l'intervention du thérapeute peut y être pour beaucoup.* » Rousseau (2013)

2.1.1 Spécificité de cette prise en charge

D'après la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), le rôle de l'orthophoniste auprès des personnes atteintes de DTA est « *le maintien et l'adaptation des fonctions de communication* », autrement dit le maintien de la communication et la mise en place de stratégies de compensation des troubles installés (Rousseau et Gatignol, 2012). Ce libellé signe la spécificité de cette PEC, l'objectif n'étant pas de « *rééduquer* » les fonctions défaillantes comme dans la plupart des PEC orthophoniques, mais de trouver des solutions pour que les troubles soient les moins invalidants possibles. Ainsi, ce que l'orthophoniste peut faire est sans doute, selon Rousseau (2004), ce qu'il y a de plus noble à faire quand on exerce ce métier : aider un malade à conserver jusqu'au bout de son parcours le statut d'individu communicant, et donc son statut d'être humain.

2.1.2 *Intérêt de cette prise en charge*

« Non la vie ne s'est pas arrêtée avec la maladie, elle a juste pris un virage non prévu dans l'itinéraire que nous avions envisagé » F.J. in FA (2013).

2.1.2.1 *Agir pour faire face à la maladie : envisager de nouveaux projets*

Selon Lesniewska (2013), le malade doit se montrer actif pour affronter la maladie et ne pas se laisser abattre. Des recherches en psychologie (Lesniewska, 2013) ont prouvé que les patients passifs, pessimistes, qui ne se prennent pas en main, ont une évolution plus rapidement fatale que les autres, cela s'expliquant par une baisse de leurs défenses immunitaires. De ce fait, adhérer à une PEC visant à ralentir l'évolution de la maladie, telle qu'une prise en charge orthophonique, est déjà un bénéfice pour la santé du patient.

De plus, chaque être humain se construit au travers de projets personnels. Il en est de même pour la personne atteinte de DTA. Même malade, la personne s'inscrit dans un projet de vie future où vont être définis des objectifs à court, moyen mais aussi à long terme. Il est nécessaire d'envisager la vie qui reste à vivre même si on ne sait en mesurer les échéances. Comme l'indique le titre du journal des adhérents de FA en ce début d'octobre 2013 : « *La maladie arrive, la vie continue* ». Il s'agit donc, comme l'écrit Nietzsche (1888) in Lejeune, Desana et Ducloy (2011), de « *dire oui à la vie, y compris dans ses problèmes les plus étranges et les plus rudes* ». C'est dans cette optique que s'inscrit la PEC orthophonique, permettant d'aider le patient à se construire un nouveau projet de vie en prenant en compte ses envies, ses besoins, ses possibilités et l'évolution de la maladie.

2.1.2.2 *Efficacité de cette prise en charge*

Selon Rousseau et Gatignol (2012), « *tout ce qui est fonctionnel doit être privilégié, entretenu et stimulé pour que la dégradation soit la plus lente possible* ». En effet, comme le souligne Rousseau (1995), les capacités non exploitées du patient vont disparaître beaucoup plus rapidement que celles utilisées régulièrement, et notamment les capacités de communication et les capacités cognitives, capacités ciblées lors d'une intervention orthophonique. Selon Vidal et al. (1998) in Lesniewska (2003), grâce à la stimulation cognitive et psychosociale apportée par les thérapies non-médicamenteuses, non seulement la dégradation peut être ralentie, mais un bénéfice reste possible sur les capacités résiduelles des patients présentant une démence avancée. Ainsi, d'après Lesniewska, (2003), on observe une

amélioration de la communication des patients atteints de DTA ayant bénéficié d'une PEC orthophonique, tandis que chez des malades non suivis, on observe une baisse des capacités de langage et de communication.

Enfin, toujours selon Lesniewska (2003), les proches de patients atteints de DTA disent apprécier l'intervention orthophonique et trouvent qu'ils comprennent davantage le patient et qu'ils communiquent mieux avec lui. Or, aider l'aide à optimiser sa communication avec le patient, c'est également aider le patient.

Ainsi, les bénéfices de la PEC orthophonique sont triples : elle permet d'entretenir les capacités résiduelles et donc de ralentir la dégradation, elle peut permettre d'améliorer certaines capacités résiduelles et elle permet d'optimiser la communication aidant/aidé, et donc de renforcer le bien-être du patient.

2.1.3 Objectifs de cette PEC : le triple combat des patients

Voici le témoignage de Blandine (Gzil et Hirsch, 2012, in Deleplace, 2013), une personne atteinte de DTA, qui illustre les objectifs que peuvent revêtir une PEC orthophonique : « *Vivre avec cette maladie, c'est un triple combat. Le premier de ces combats, c'est avant tout de ne pas perdre mes capacités : me battre pour les garder le plus longtemps possible. Le deuxième c'est d'accepter, car si je n'accepte pas la perte de ces capacités, alors je n'ai qu'à sombrer. Donc ce 2^{ème} combat : m'accepter telle que je suis et ne serai plus. M'accepter avec tous ces moins. Et enfin, en même temps que ces deux combats : un troisième combat, celui de m'inventer des solutions, m'inventer un avenir. Le troisième combat est de trouver des solutions de remplacement.* »

En d'autres termes, les objectifs d'une PEC orthophonique sont (Rousseau, 2002) :

- maintenir les capacités de communication du patient et ralentir le processus de dégénérescence,
- permettre aussi longtemps que possible le maintien d'une vie socio-familiale et faire que le malade continue à être reconnu comme communiquant,
- s'adapter aux difficultés du patient et trouver des moyens permettant de les compenser.

2.1.3.1 « *Ne pas perdre mes capacités* » : stimuler les capacités résiduelles nécessaires à la communication

2.1.3.1.1 Mémoire, praxies, gnosies et fonctions exécutives

Comme l'expose Cornet (2010), la communication est le résultat de la mise en jeu des fonctions mnésiques, langagières, praxiques, gnosiques et exécutives. Ainsi, afin de préserver les capacités communicationnelles du patient, il va falloir entraîner non seulement les capacités langagières, mais également toutes les fonctions cérébrales citées ci-dessus.

Pour cela, l'orthophoniste va proposer des activités permettant de stimuler les fonctions cognitives en s'appuyant sur les centres d'intérêt du patient (Pottier, 2014). Cet aspect de la rééducation est basé sur le concept de réserve cognitive développé par Stern (2009) in Fossard (2013), qui suggère que le cerveau « *cherche activement à faire face au dommage cérébral en utilisant des systèmes de traitements cognitifs préexistants* » (c'est-à-dire en utilisant un réseau cognitif de manière plus intensive) et « *en recrutant de nouvelles voies de traitement* » (c'est-à-dire en activant d'autres régions cérébrales plus efficaces que celles visées initialement pour résoudre la tâche).

2.1.3.1.2 Langage et communication

Nous avons vu qu'il était nécessaire de stimuler les capacités résiduelles du patient qui participent à la fonction de communication. Il est également nécessaire de stimuler le langage et la communication afin qu'ils restent fonctionnels le plus longtemps possible (Bouzelloc et Le Lay, 2011).

Ainsi, l'orthophoniste proposera des mises en situation permettant d'exploiter les capacités de communication préservées, cela dans les conditions les plus écologiques possible, afin de permettre un transfert dans les activités de la vie quotidienne. Toute situation ou support pouvant favoriser le langage oral (chants, musiques, films, livres, journaux, sorties, etc.) ainsi que toutes les modalités de stimulations (vue, ouïe, odorat, goût, toucher) pourront être utilisés. Selon Patry-Morel (2006) in Bouzelloc et Le Lay (2011), cela permettra de maintenir les réseaux sémantiques existants, de favoriser les resurgences lexicales, d'entraîner la morphosyntaxe et de préserver au mieux les habiletés discursives et pragmatiques. Selon Bouzelloc et Le Lay (2011), c'est l'utilisation la plus fréquente possible des capacités de communication préservées qui permettra de les maintenir efficientes le plus longtemps possible.

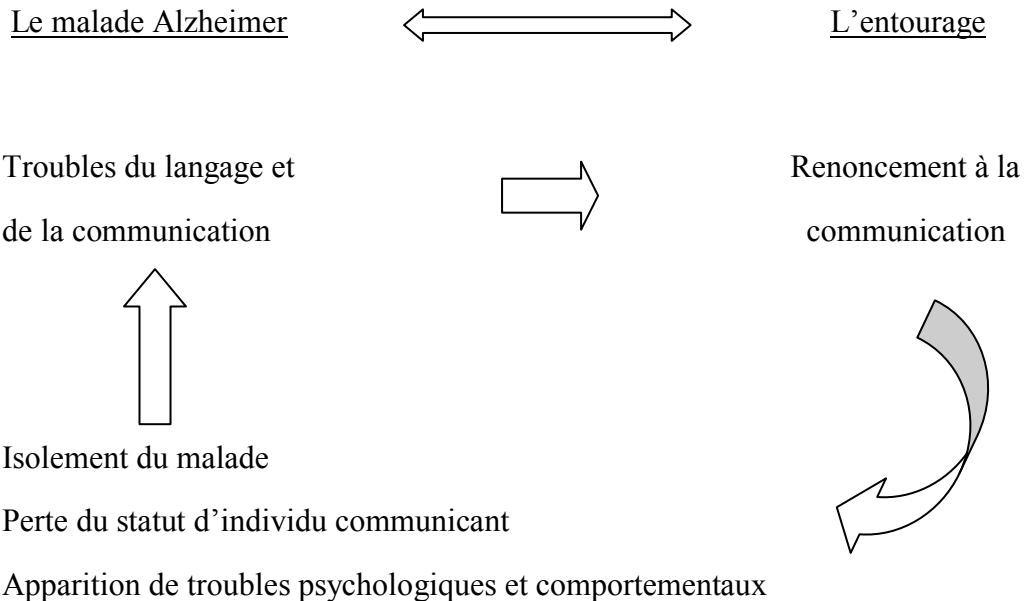
De plus, l'orthophoniste incitera le patient à communiquer le plus possible, même si les propos du patient sont erronés, car comme l'explique Rousseau (2013), ce sont les patients qui communiquent le plus, qui parviennent le mieux à communiquer, même s'il y a des actes inadéquats dans leurs tentatives de communication.

2.1.3.2 « *M'accepter telle que je suis* » : renforcer une identité fragilisée par la maladie en favorisant le maintien du statut d'être communicant

Les troubles du langage et de la communication apparaissant chez les patients atteints de DTA peuvent facilement conduire l'entourage et le personnel soignant à délocuter le malade, et ainsi à le priver de son statut d'interlocuteur, ce qui fragilise son identité (Rousseau, 1995). Or, l'un des rôles de l'orthophoniste, selon Rousseau et Gatignol (2012) est de faire en sorte que « *le malade soit toujours reconnu, à ses yeux et aux yeux de son entourage, comme un individu communicant, et tout simplement une personne à part entière* ». L'orthophoniste a donc pour mission de souligner les possibilités communicatives du patient auprès de ses proches et également auprès du patient lui-même, afin d'éviter que l'un ou l'autre des partenaires de l'interaction ne renonce à communiquer. Maintenir le statut d'être communicant du patient permet de consolider son identité, en renforçant l'un des trois comportements de base décrits par Feil (2012) : s'exprimer.

De plus, en favorisant la reconnaissance du statut d'être communicant à la personne atteinte de DTA, l'orthophoniste contribue à éviter l'apparition de troubles surajoutés (Rousseau et Gatignol, 2012) tels que l'isolement, les troubles psychologiques et les troubles comportementaux. Rousseau (2004) modélise la communication avec le malade atteint de DTA par le schéma présenté à la page suivante.

La communication avec le malade Alzheimer



En favorisant la communication du patient, l'orthophoniste peut contribuer à rompre ce cercle vicieux dans lequel peut entrer le patient par ses troubles du langage et de la communication.

2.1.3.3 « *Trouver des solutions de remplacement* » : optimiser la communication et faciliter les coûts mnésiques et cognitifs

« *S'il fonctionne sur un mode différent, le patient dit dément a aussi le droit d'exister sur un mode différent* » (Ogay, 1996).

2.1.3.3.1 *Optimiser la communication en adaptant l'environnement*

Selon Patry-Morel (2006) in Bouzelloc et Le Lay (2011), « *à terme, la rééducation du langage vise l'optimisation des capacités de communication* » dans la PEC orthophonique de patients atteints de DTA.

L'objectif, selon Pottier (2014), sera alors de s'adapter au mieux aux difficultés du patient en modifiant le contexte de la communication, en privilégiant un ou des canaux de communication particuliers et en adaptant son message aux possibilités intellectuelles du patient, en fonction de ses attentes, de ses désirs et de son histoire.

Les possibilités d'adaptation du patient étant réduites, l'entourage aura un rôle primordial à jouer pour s'adapter aux capacités de communication de leur proche atteint de DTA. C'est au cours de séances destinées aux aidants que l'orthophoniste va leur transmettre des conseils pour qu'ils puissent faire face plus facilement aux troubles spécifiques du patient.

Voici quelques conseils essentiels pour faciliter la communication, qui ont été développés par Ploton (2010) :

- Mettre en place un cadre d'échanges protégé,
- Recourir à un maximum d'empathie, renforcée par un toucher chaleureux et une posture non-agressive,
- Savoir rejoindre le patient dans le registre émotionnel, registre resté performant,
- Respecter des préliminaires avant d'entrer dans le vif du sujet et prendre le temps d'attendre des réponses qui peuvent être longues à venir,
- Valider l'attitude de l'interlocuteur, son point de vue, ses réactions (par exemple : « Vous avez bien raison! » « C'est normal »),
- Soutenir son attention en ne le quittant pas du regard.

2.1.3.3.2 *Proposer des aides externes*

Chez les patients atteints de DTA, l'aspect fonctionnel de la mémoire, des fonctions cognitives, des fonctions exécutives et de la communication peut souvent être facilité par des aides externes (Bouzelloc et Le Lay, 2011). En effet, il est possible d'installer des repères temporels (calendrier, horloges, etc.), spatiaux (signalisation des pièces, stabilité de l'environnement, etc.), des aide-mémoires (utilisation d'un agenda dans lequel le patient écrit tout ce qui lui semble important, etc.) et des appuis à la communication (album photos permettant un support à la communication, etc.) permettant de soulager le coût cognitif demandé au patient.

2.2 Comment l'orthophoniste peut-il aborder sa prise en charge avec des patients atteints de DTA?

La PEC orthophonique doit prendre en compte le patient dans sa globalité (Rousseau, 2013), car les différents troubles affectent la personne malade dans son identité, son autonomie, son humeur, son comportement et son bien-être. Elle ne doit pas se cantonner à une approche uniquement “technique”, mais doit donc intégrer une importante dimension “humaine”.

2.2.1 Une approche humaine adaptée

Selon Benenzon (1992), « *l'établissement de la relation thérapeutique présuppose la nécessité de rejoindre le patient là où il se trouve* ». Ainsi, plusieurs méthodes ont été réfléchies et développées afin d'entrer en contact avec les personnes présentant une DTA de la manière la plus adaptée et la plus « humaine » possible.

2.2.1.1 L'établissement de la relation thérapeutique et l'espace thérapeutique

Ogay (1996) déclare qu'au cours de la première rencontre, c'est par l'échange émotionnel à travers les messages non-verbaux que sont le regard, la voix et le geste, que la communication va s'établir. Pour cela, il est nécessaire de se placer en position d'écoute et d'être attentif à tout signe que le patient peut nous transmettre. Cette première rencontre est à la base de la relation thérapeutique qui va s'établir entre le patient et le thérapeute.

L'espace thérapeutique proposé sera un lieu où le thérapeute va permettre, par tous les moyens dont il dispose, de restituer un pouvoir de décision au patient et de renforcer son identité mise à mal par la maladie (Ogay, 1996).

2.2.1.2 La Validation©, méthode de Naomi Feil

Feil (2005) propose une méthode de communication avec des personnes âgées désorientées pour lesquelles une DTA a été diagnostiquée : la Validation©. Pour Feil, la personne âgée désorientée essaye de finaliser les tâches essentielles de sa vie qu'elle n'a pas réussi à accomplir. Si ces personnes sont validées, c'est-à-dire si quelqu'un reconnaît et approuve leurs émotions, elles ne régresseront pas vers l'état végétatif.

Pour cela, la Validation© nécessite de l'empathie : il faut être authentique, ouvert d'esprit, à l'écoute et ne jamais être dans le jugement. La Validation© tente également de restaurer un certain bien-être chez la personne âgée désorientée en utilisant des stimuli non verbaux, tels que le contact visuel, le toucher, l'imitation des mouvements et les stimulations sensorielles. Lesniewska (2013) souligne que les auteurs de plusieurs publications constatent une amélioration du comportement et une diminution de la dépression chez les patients bénéficiant de cette méthode.

2.2.1.3 *La méthodologie de soin Gineste-Marescotti® dite « Humanitude »*

La méthodologie de soin Gineste-Marescotti® dite « Humanitude » se définit comme « *l'ensemble des particularités qui permettent à un homme de se reconnaître dans son genre* ». C'est une approche adaptée aux personnes désorientées présentant des troubles cognitio-comportementaux sévères.

Cette philosophie est centrée sur le lien patient-soignant et sur la reconnaissance de la qualité d'être humain de ces deux partenaires de soin, malgré les altérations cognitives du sujet âgé. Elle a pour but de remédier à la déshumanisation des actes de soins et à la mécanisation des gestes au quotidien. Pour cela, elle s'appuie sur les quatre piliers fondamentaux de la communication définis par Gineste et Marescotti : le regard (importance de la rencontre pupilles à pupilles), la parole (méthode d'« auto-feed-back » consistant à annoncer les gestes de soin et à décrire chaque action exécutée tout en étant attentif à une réponse), le toucher (tout en étant utile, le toucher professionnel est également un toucher de reconnaissance, facteur de bien-être) et la verticalisation (afin de lutter contre la grabatisation en mettant le corps en action et en renforçant l'estime de soi).

2.2.2 *Les différentes approches thérapeutiques des troubles cognitifs et de la communication dans les DTA*

Il existe de nombreux moyens permettant de tendre vers les objectifs de PEC établis. Selon Cornet (2010), ils « *ne sont pas exclusifs et sont le plus souvent combinés dans une prise en charge* ». Ces différents modes de PEC seront également variables en fonction de l'évolution de la maladie.

2.2.2.1 *Les groupes de parole*

L'objectif thérapeutique de ces groupes de conversation est de maintenir les aptitudes linguistiques, et notamment la compréhension orale syntaxique, car cette dernière s'avère particulièrement sensible à la stimulation conversationnelle selon Carreel (1990) in Rousseau (2004).

2.2.2.2 *La thérapie de réminiscence*

Cette thérapie consiste à remémorer des expériences positives du passé du patient, permettant ainsi d'exprimer des émotions et de se réapproprier un sentiment d'identité. Il s'agit d'évoquer des souvenirs autobiographiques à l'aide de photographies ou de musique, lors de séances individuelles ou en groupe. Elle vise à entretenir un moyen de communication le plus longtemps possible avec les patients (Lesniewska, 2013).

2.2.2.3 *La thérapie comportementale*

Le but de cette thérapie, inspirée des méthodes béravioristes, est de modifier les variables environnementales pour modifier les conduites du patient (Rousseau, 2004). Un certain nombre de conseils et d'attitudes « communicatives » à adopter face aux patients sont proposés, afin de favoriser leur communication verbale et non verbale, le plus important étant de toujours considérer le malade comme un interlocuteur à part entière.

2.2.2.4 *L'approche cognitive*

Rousseau (2011) distingue l'approche cognitive de la stimulation cognitive. L'approche cognitive cherche, à partir d'un bilan neuropsychologique objectivant les déficits et les capacités préservées du sujet, à appliquer des stratégies rééducatives appropriées à la spécificité de chaque trouble. Cependant, cette thérapie n'est efficace que pour les items précisément entraînés, aucun effet de généralisation n'est observé (Rousseau, 2011). D'après De Rotrou (2003) in Rousseau (2011), ce type d'approche ne prendrait pas en compte les capacités de réadaptation des patients dans toutes les activités de la vie quotidienne.

2.2.2.5 *La stimulation cognitive*

Dans une perspective plus globale et pragmatique, De Rotrou (2003) propose des « programmes de stimulation cognitive ». Ils comprennent un ensemble de méthodes pédagogiques, réalisées sous forme d'applications pratiques lors de simulations de situations

de vie quotidienne (Frambourt, De Rotrou et Cimetierre (1998) et De Rotrou (2003) in Rousseau, 2011). Les séances se déroulent en groupe et ont pour but de créer une dynamique favorable aux échanges sociaux et au maintien des savoirs cognitifs et fonctionnels résiduels. De plus, le programme de stimulation cognitive comprend une formation des familles et des soignants pour prolonger l'action des thérapeutes au quotidien.

2.2.2.6 La thérapie écosystémique des troubles de la communication

La thérapie écosystémique des troubles de la communication consiste à intervenir sur l'environnement dans lequel évolue le patient, et notamment sur son microsystème familial. Elle n'exclut pas une intervention d'approche plus cognitive, mais elle la complète en intégrant une vision plus globale du patient dans la PEC (Rousseau, 2011). Cette thérapie a pour objectif d'optimiser les conditions dans lesquelles se trouvent le patient afin que sa communication soit rendue la plus aisée possible et d'éviter les conditions perturbantes ou inhibitrices pour la communication du patient.

2.3 L'outil clé d'une prise en charge orthophonique adaptée : un appui sur les capacités préservées du patient

Judith Mollard (2013) dans le journal des adhérents de FA nous invite à « *ne pas se focaliser sur ce que la personne malade n'est plus en capacité de faire mais de s'appuyer sur les capacités préservées, voire, d'en découvrir de nouvelles* ». Selon Ylieff (1989), Ritchie et al. (1992) et Van der Linden (1994) in Lesniewska (2003), la démence n'entraîne pas l'altération de toutes les facultés en même temps et les troubles cognitifs et comportementaux n'évoluent pas de façon continue et inexorable. Il existe donc toujours des facultés résiduelles sur lesquelles peuvent s'appuyer les professionnels de santé.

2.3.1 Un être doué de mémoire

Selon Dewavrin (1997) in Lesniewska (2003), les atteintes des différents types de mémoire sont dissociées chez une partie des patients atteints de DTA. Ainsi, Lejeune, Desana et Ducloy (2011) expliquent qu'une réorganisation des systèmes de mémoire s'effectue dans la DTA. Alors que la mémoire épisodique se dégrade et disparaît progressivement, la mémoire implicite (contenant la mémoire procédurale et la mémoire émotionnelle) modifie

ses relations et s'amplifie. Dewavrin (1997) in Lesniewska (2003) souligne que c'est sur les composantes préservées de la mémoire qu'il faudra s'appuyer lors d'une PEC orthophonique, afin de compenser les types de mémoire altérés.

D'après Rousseau (2011), la mémoire procédurale, qui est une composante de la mémoire implicite, est la mémoire la mieux préservée dans la DTA. Cette mémoire permet de se rappeler des procédures de façon inconsciente et automatique. En d'autres termes, « *on apprend sans retenir l'expérience de l'apprentissage* » (Bartolami, 2014). Les gestes sont appris grâce à leur répétition puis stockés, pour être ensuite retrouvés et utilisés sans nécessiter de rappel conscient. Ainsi selon Rousseau (2011), des apprentissages sont encore possibles par la répétition de comportements imités. Pour Lejeune, Desana et Ducloy (2011), cette mémoire procédurale peut favoriser la remise en mouvement du patient malgré l'apathie et l'apraxie car « *malgré la maladie, le corps n'a pas oublié le mouvement* ».

De même, grâce à la mémoire émotionnelle, le malade peut se souvenir de ce qu'il a ressenti même s'il a oublié ce qu'il a vécu. En effet, la mémoire émotionnelle, c'est-à-dire la capacité de ressentir des émotions et de s'en souvenir, a pour centre névralgique l'amygdale qui reçoit des informations par deux circuits distincts : le circuit thalamique (voie rapide) et le circuit cortical (voie lente). Comme l'explique LeDoux (1996) in Fortino (2013), un stimulus affectif peut déclencher une réponse sans intervention du cortex grâce au lien direct existant entre le thalamus et l'amygdale que l'on appelle le circuit thalamique. En d'autres termes, même si l'hippocampe, siège de la mémoire explicite, est touché dans la DTA, la mémoire émotionnelle reste fonctionnelle puisqu'elle concerne l'amygdale et que le recours au cortex n'est pas systématique.

2.3.2 ***Un être émotionnel***

Selon Ploton (2010), « *une chose semble acquise, on ne le répétera jamais assez, les malades d'Alzheimer gardent des possibilités de perception et d'expression dans le registre affectif* ». Les personnes atteintes de DTA observeraient une forme de primauté du registre affectif leur permettant de garder des capacités de perception et d'expression émotionnelles. On dit qu'elles sont « hypersyntones », vibrant en harmonie avec le milieu dans lequel elles se trouvent (FA, 2013), c'est-à-dire qu'elles sont extrêmement sensibles à l'ambiance dans laquelle elles sont plongées et sentent incontestablement les choses. Une étude menée par Guaita (2012) in Chaby (2012) montre que les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer

reconnaissent certaines émotions, mais également qu'elles y réagissent, même à un stade avancé de la maladie. Ainsi, selon Chaby (2012), « *voir autour de soi des visages souriants ou entendre des rires et partager des émotions pourrait apaiser les malades et leur procurer un certain bien-être* ».

Plusieurs raisons peuvent expliquer ces capacités émotionnelles. Tout d'abord, selon James (1890) in Damasio (1994), les émotions sont perceptibles grâce au corps. Selon lui, la représentation des émotions ne relève pas d'un processus intellectuel, mais est indéniablement liée à l'impression que l'émotion imprime dans le corps. C'est ce que défend également Damasio (1994) lorsqu'il écrit que « *la perception des émotions correspond à la perception directe d'un paysage particulier : celui du corps* ». Or, le corps de la personne atteinte de DTA est longtemps préservé, permettant ainsi à cette personne de conserver des capacités de perception émotionnelle.

De plus, d'après Rizzolati et Sinigaglia (2008), les émotions apparaissent comme étant immédiatement partagées entre les personnes grâce aux propriétés miroirs qui sont conservées chez les patients atteints de DTA (Polydor, 2011). Par exemple, la perception du dégoût chez autrui active chez nous les mêmes aires du cortex que celles qui sont impliquées lorsque nous ressentons nous-mêmes du dégoût. Ainsi, nous pouvons partager des émotions avec autrui grâce aux propriétés miroirs. Or, comme le rappelle Damasio (1994), exprimer et ressentir des émotions n'est pas un luxe. Cela nous permet de nous orienter par rapport à nos dispositions internes et nous aide à communiquer aux autres des indices qui peuvent aussi les aiguiller dans leur interaction avec nous.

Ainsi, comme le dit Ogay (1996), “*alors même qu'ils ne sont plus des êtres de parole, les "déments" restent des êtres de relation, perméables à leur environnement, disposant d'une sensibilité élevée, même lorsqu'ils présentent une certaine distance par rapport à la réalité*”.

2.3.3 Un être communicationnel et relationnel

Selon Aristote, « *l'être humain est par nature un animal social* ». En effet, l'homme ressent constamment le besoin de communiquer, d'entrer en relation avec les autres. Par cette vision de l'être humain, Aristote met en exergue la nécessité qu'a l'homme de communiquer. C'est d'ailleurs dans la relation à l'autre que l'homme va pouvoir se construire et construire ses propres repères. La communication apparaît donc vitale pour l'être humain.

Selon Choulet (2013), nous sommes actuellement « *éduqués dans l'idéologie du verbe* ». Ce philosophe amène les questions suivantes : « *N'oublions-nous pas que la communication ne se réduit pas à des mots? Que le corps tout entier peut permettre à l'Homme de s'exprimer ?* ». En effet, comme le souligne Choulet, la communication passe à 80% par les mimiques et les postures de la personne, à 13% par le ton de la voix et seulement à 7% par la parole. Le langage non-verbal occupe donc une place prépondérante dans la communication des individus. Selon Touchon, Gabelle et Brun (2013), les modalités non-verbales comprennent plus précisément : « *l'aspect extérieur* » (la forme du corps, la taille, le poids, la silhouette, les vêtements), « *les modalités proxémiques* » (la distance interpersonnelle, l'orientation dans l'espace, le contact corporel, l'odeur), « *la mimique et le regard* », ainsi que « *la voix* » (le ton, l'intensité, la vélocité, l'articulation, la mélodie du discours et les productions para-verbales : pauses et silences, cris, vocalisations diverses) et font intervenir les « *systèmes sensorimoteurs et les structures sous-corticales et cérébelleuses* ».

Selon Ogay (1996), le langage non-verbal permet de communiquer, car « *le corps exprime une partie de soi-même à autrui* ». Et, d'après Lejeune, Desana et Ducloy (2011), « *l'homme est ultrasensible aux mouvements des autres êtres humains* ». Ainsi, en percevant le corps de son interlocuteur, la personne va déclencher à son égard des réactions d'empathie ou d'antipathie, réactions à la base des relations interindividuelles. Cela est rendu possible grâce au système des neurones miroirs, qui va créer « *un espace d'actions partagées* » entre les différents participants de l'interaction (Rizzolatti et Sinigaglia, 2008). Dans cet espace, chaque acte apparaît « *immédiatement inscrit et compris, sans que cela ne requière aucune "opération de connaissance" explicite ou délibérée* ». Il y a donc compréhension de l'autre et communication avec l'autre par la perception de son corps.

Touchon, Gabelle et Brun (2013) affirment que, chez les patients atteints de DTA, « *les structures cérébrales impliquées dans la communication non-verbale gardent pendant très longtemps un degré de fonctionnalité non négligeable* ». Les personnes atteintes de DTA conservent donc des possibilités communicatives jusqu'à tard dans l'évolution de la maladie. Cela rejoint les propos de Rousseau (2011) lorsqu'il affirme que la communication verbale est de plus en plus affectée proportionnellement à la progression de la maladie, tandis que la communication non-verbale reste longtemps préservée. Witt (2007) illustre ces propos lorsqu'il dit à sa femme souffrant de DTA : « *ton corps tout entier parle* ».

2.3.4 Une identité masquée par la maladie, mais toujours présente

Comme nous l'avons vu dans la première partie, le parcours identitaire des patients atteints de DTA est fragilisé. Même si Locke in Lejeune, Desana et Ducloy (2011) fait de l'identité une question de mémoire, celle-ci ne se réduit pas au fonctionnement des neurones. Comme le soulignent Lejeune, Desana et Ducloy (2011), « *l'identité touche au corps, aux émotions, aux sentiments, au monde interne du malade, à son monde externe et à son contexte* ». D'ailleurs, de nombreux psychanalystes (Bowlby, 1969, Anzieu, 1976, Stern, 2003 et Lecourt, 1994) placent la construction de l'identité avant l'apparition du langage.

Selon Damasio (1999), il existerait deux consciences : la conscience-noyau et la conscience-étendue. La conscience-noyau doterait « *l'organisme d'un sentiment de soi relativement à un moment, maintenant, et relativement à un lieu, ici* » . C'est un phénomène qui ne dépend ni de la mémoire explicite, ni de la mémoire de travail, ni du raisonnement, ni du langage. Ainsi, les pertes affectant la personne atteinte de DTA touchent la conscience-étendue, mais conservent la conscience-noyau intacte. Or la conscience-noyau est à la base du « *Soi central* », qui est une entité transitoire sans cesse recréée pour chacun des objets avec lesquels le cerveau interagit.

Baruch poursuit cette analyse en affirmant, lors d'une conférence à Genève, citée in Ogay (1996), que « *dans les démences, le noyau de la personnalité n'est jamais atteint* », signifiant ainsi que l'essence même de la personne n'est pas touchée, mais simplement qu'elle peine à être exprimée. De même, Ploton (2009) fait l'hypothèse de « *l'existence d'une vie psychique inconsciente chez le dément* ». Feil (2012) déclare également que, malgré leur désorientation, les personnes souffrant de DTA conservent l'envie de s'exprimer et le désir d'investir leur identité.

- ➔ **Face à une DTA, il est possible d'agir. Une PEC spécifique et adaptée peut freiner la progression de la maladie et permettre d'optimiser les capacités du patient.**
- ➔ **Diverses approches peuvent être employées, l'élément clé de cette PEC étant l'appui sur les capacités préservées du patient atteint de DTA, à savoir la mémoire procédurale, les capacités à ressentir des émotions et la communication non-verbale.**

3 L'EXPRESSION CORPORELLE : UNE APPROCHE ORTHOPHONIQUE PERTINENTE POUR DES PATIENTS ATTEINTS DE DTA ?

« J'entends souvent cette expression : la danse de la vie. Elle me touche fort, car l'instrument par lequel la danse s'exprime est aussi celui par lequel la vie est vécue : le corps humain. » Graham (2003)

3.1 L'expression corporelle : un support de PEC adapté pour des patients atteints de DTA ?

3.1.1 Présentation de l'expression corporelle

« L'essence de la danse me paraît être d'exprimer l'homme, le paysage de son âme. » Graham (2003). L'expression corporelle, aussi appelée expression gestuelle ou langage du corps, se définit comme étant « *un type d'activité artistique dans lequel des techniques précises associées à des expressions personnelles se conjuguent ensemble, en utilisant le corps comme forme expressive et communicative* » (Rodriguez et Troll, 2006).

Selon Choque (2005), l'expression corporelle convient à tous, les différents exercices pouvant s'adapter aux possibilités de chacun. Elle peut notamment permettre « *une ouverture vers le monde extérieur pour une meilleure communication* », « *de plus grandes possibilités pour l'expression de sa vie intérieure* » (expression de soi par le geste) et le « *développement de ses facultés d'imagination, de création* ». Toujours d'après Choque (2005), l'expression corporelle « *peut être utilisée comme support à une technique thérapeutique ; mais elle peut tout simplement être utile pour mieux vivre la vie quotidienne* ».

3.1.2 Attrait pour expression corporelle

Une enquête de Lesniewska (1993) in Lesniewska (2003), réalisée auprès de 279 patients âgés de 80 ans environ et résidant en institution gériatrique, montre que les personnes âgées ont un attrait certain pour la danse, d'autant plus que le bal pour cette génération représente un élément marquant de leur culture (Lesniewska (2013) estime à 73% le nombre de personnes âgées ayant dansé lors des bals musettes et guinguettes).

De plus, d'après son expérience de l'animation d'un atelier de danse-thérapie, Lesniewska (2003) a constaté que 85% des patients dansent bien ou très bien. Elle observe de l'enthousiasme auprès des participants, manifesté par « *des sourires, exclamations, expressions de joie, compliments, baisers et remerciements* ». On retrouve ici le « *besoin de danser* » si cher à Schott-Billman (2001) in Lesniewska (2013), qui ne disparaît ni avec l'âge ni avec la maladie.

Pour qu'une PEC thérapeutique se révèle bénéfique, il semble nécessaire que les patients y adhèrent et y trouvent du plaisir. Partant de ce postulat et des constatations citées ci-dessus, l'expression corporelle apparaît donc comme un moyen possible de PEC de ces patients âgés.

3.1.3 *Les capacités préservées du patient employées par l'expression corporelle*

3.1.3.1 *Le corps, porte d'entrée vers la communication*

Chez les personnes atteintes de DTA, les facultés somatiques demeurent dans la plupart des cas longtemps intactes. Pour Hoenner et Gardey (2004), « *fonder une thérapie sur un socle encore mobilisable et dynamique, à partir du pôle sensori-moteur, offre une alternative aux soins traditionnels* ». C'est ce dont parle également Perruchon (1994) in Lesniewska (2003) lorsqu'il mentionne l'existence du « *retour au pôle perceptivo-affectivo-moteur* » dans les démences sévères, d'où la pertinence, selon cet auteur, de proposer des thérapies non-verbales.

L'expression corporelle, par la mobilisation du corps, permet au sujet dément de restructurer son schéma corporel et favorise ainsi la réappropriation de son corps propre. Ces éléments sont plus qu'importants, car, d'après Wallon (1963) in Hoenner et Gardey (2004), « *c'est grâce à l'image du corps, étayée et véhiculée par le schéma corporel, qu'il est possible d'entrer en communication* ».

3.1.3.1.1 *Communication non-verbale*

« *Le mouvement est un langage. Ce n'est pas de l'esthétique, ni de la décoration. Pas d'avantage une illustration de la musique, mais une expression en soi.* » selon le chorégraphe et danseur Ek (2010) in Martinez (2010). Pour la chorégraphe Graham (2003), grâce à l'expression corporelle, « *le corps dit ce que les mots ne peuvent dire* ».

Graham (2003) souligne l'importance du geste dans la communication. Pour elle, « *pour communiquer avec autrui, il faut le geste* ». Dans le mouvement existerait également une certaine authenticité. Ainsi, selon Graham (2003), « *le mouvement ne ment pas* ». Le geste permet donc une communication authentique.

Pour Rizzolatti et Sinigaglia (2008), « *les neurones miroirs jouent un rôle majeur dans la reconnaissance et la compréhension du sens des événements moteurs d'autrui* ». Ainsi, la reconnaissance des actions, voire des intentions, des autres dépend en première instance de notre patrimoine moteur. Cette compréhension est implicite, d'origine pragmatique, non réflexive. De plus, Mead (1910) in Rizzolati et Sinigaglia (2008) explique que la « *conversation de gestes* » présente dans les phases préliminaires du comportement de nombreux animaux (soins, parades, jeu, lutte, etc.) amène les animaux à des réajustements mutuels de gestes. C'est en vertu de ces réajustements « *que les actions des animaux acquièrent une valeur sociale en leur permettant de préfigurer des formes de communication* ». Ces neurones miroirs persisteraient même avec la maladie, selon Polydor (2011). Et comme l'expliquent Rizzolatti et Sinigaglia (2008), ces neurones jouent un rôle dans « *des formes plus ou moins complexes d'imitation, d'apprentissage, de communication gestuelle, voire verbale* ». Ainsi, les gestes constituent « *une autre forme de communication* », Rizzolatti (2008) in Polydor (2009).

L'expression corporelle permettrait alors de communiquer avec un outil fréquemment préservé chez les patients atteints de DTA : le corps.

3.1.3.1.2 *Mémoire corporelle*

D'après Dejours (1986) in Hoenner et Gardey (2004), la mémoire ne serait pas uniquement stockée dans une seule zone (le cerveau) mais elle se répartirait dans chaque unité cellulaire du système nerveux central. Le corps étant longtemps préservé dans cette pathologie, la mémoire corporelle serait donc elle aussi un appui pour les personnes souffrant de DTA. D'ailleurs, comme l'écrivent Lejeune, Desana et Ducloy (2011) : « *le geste atteste que le corps est encore doué de mémoire [...] le corps se souvient* ».

L'expression corporelle permettrait de stimuler l'une des mémoires les plus préservées chez les personnes atteintes de DTA : la mémoire corporelle.

3.1.3.2 *Les émotions exprimées par le mouvement*

Le terme émotion vient de « *emovere* » signifiant « *mettre en mouvement* ». Pour Cros (2004), l'expression corporelle fait appel au mouvement, aux émotions, aux sens. Ainsi, mouvement et émotion sont étroitement liés (Damasio, 1999), l'émotion reposant fondamentalement sur le corps (Lejeune, Desana et Ducloy, 2011). Par le corps et le mouvement qui sont les instruments de l'expression corporelle, une communication va s'établir entre le monde des émotions, qui est intérieur, et le monde extérieur (Cros, 2004).

Pour Spinoza (1677) in Heller (1991), comme l'émotion permet de connecter les pensées à la corporalité, la personne peut exprimer ses émotions par le mouvement. Ainsi, l'expression corporelle permet d'extérioriser ses émotions, celles-ci étant préservées dans la DTA, ce qui peut constituer un support à la communication de ces personnes.

D'après Gatignol et Rousseau (2012), un contexte d'échanges faisant appel aux sentiments et générant de l'émotion pourrait davantage inciter le patient atteint de DTA « *à s'exprimer même si ses capacités linguistiques ne lui permettent pas toujours d'être cohérent* ». Ainsi, l'expression corporelle suscitant l'émotion par le mouvement pourrait redonner une certaine appétence à communiquer à la personne atteinte de DTA.

3.2 *Apports possibles de l'expression corporelle dans la PEC orthophonique des patients atteints de DTA*

Afin de « *vaincre le spectre de la détérioration globale* », Lesniewska (2013) préconise notamment d'optimiser les facultés restantes, d'augmenter le nombre d'activités agréables et de stimuler les activités artistiques. Or, c'est ce que permet l'expression corporelle. Une amélioration des troubles cognitifs et comportementaux ainsi que de la qualité de vie serait alors possible. D'ailleurs, pour Halprin (2010), « *la danse peut nous transformer et nous guérir à tous les âges de la vie* ».

3.2.1 *Communication*

3.2.1.1 *Communication non-verbale*

D'après Personne (1994) in Ogay, (1996), « *lorsque le sujet âgé souffre de ne pas pouvoir communiquer avec ceux qui l'entourent et que la parole est insuffisante, le corps devient l'élément indispensable à la compréhension de la personne âgée* ». C'est ce que

décrivent également Lejeune, Desana et Ducloy (2011), pour qui l'expression corporelle apparaît comme un nouveau moyen de communication, lorsque le langage verbal n'arrive plus à être outil pour communiquer. Or, comme le rappelle Rousseau (2013), dans l'intervention orthophonique, c'est bel et bien la communication dans sa globalité qui prime.

3.2.1.2 *Communication verbale*

Dans leur étude, Hoenner et Gardey (2004) constatent un apport en communication verbale des thérapies à médiation corporelle : « *des verbalisations sous forme de phrases courtes, claires, précises et souvent bien situées temporellement sont ainsi déclenchées, de même que des expressions d'émotions, [parfois] associées à une verbalisation* ».

Cliniquement, Gentilucci (2003) in Rizzolatti et Sinigaglia (2008) observe un lien entre les systèmes gestuels et les systèmes vocaux. Il remarque que « *le recours à des gestes manuels peut aider des patients souffrant de lésions cérébrales à récupérer l'utilisation de la parole* ». En effet, dans son étude, Gentilucci fait l'expérience d'indiquer de la main droite un écran sur lequel sont présentés des objets, ce qui aide les personnes aphasiques à les nommer.

Selon Ploton (2010), le seul moyen de créer des conditions de communication à la fois fiables et sécurisantes avec des patients atteints de DTA à un stade sévère est le canal corporel. En se sentant investi dans la position de « *sujet pensant-parlant* », le locuteur osera le langage. L'expression corporelle pourrait donc constituer un support à la communication verbale.

3.2.1.3 *Statut d'interlocuteur, liens sociaux et appétence à communiquer*

La PEC de groupe permet de préserver un lien social, d'éviter un repli sur soi, de sortir les patients de l'isolement et de provoquer l'entraide entre les participants (Rousseau et Gatignol, 2012). Comme l'affirment Gautron et Gatignol (2010), « *Le groupe offre un environnement plus stimulant pour les personnes démentes et permet une meilleure progression au niveau de la sociabilité et de la capacité à communiquer. Le patient peut y retrouver une identité sociale* ». Au niveau communicationnel, d'après Rousseau et Gatignol (2012), le groupe permet au patient de retrouver son statut de sujet communicant, de favoriser ses interactions verbales et non-verbales et de s'adapter davantage à son interlocuteur. Le groupe apparaît alors comme un lieu d'échanges et de communication.

De plus, « *le geste ouvre au malade un espace relationnel* », selon Lejeune, Desana et Ducloy (2011). C'est ce qu'explique Cros (2004), pour qui le corps, à la base de l'expression corporelle, favorise l'ouverture vers le monde extérieur, et donc la relation à l'autre. Cros (2004) cite le philosophe français Paul Valéry pour qui le corps « *est point de rencontre et de convergence [...] par [lequel on] existe à l'autre* ». Par le mouvement, le malade redevient acteur, et s'exprime autrement. En même temps, il perçoit et comprend le mouvement des autres. Ces deux phénomènes amènent à « *un échange sensoriel et émotionnel* » (Lejeune, Desana et Ducloy, 2011). Forestier (2012) in Fortino (2013) poursuit dans ce sens en exposant le phénomène de résonance (« *ressentir ensemble* » une émotion commune) que l'expression corporelle peut favoriser, ce qui permet de renforcer les liens sociaux.

L'une des formes que peut prendre l'expression corporelle est la danse. Or, selon Lejeune, Desana et Ducloy (2011), « *faire danser les malades, c'est aussi lutter contre l'exclusion sociale et culturelle* ». Il y aurait grâce à la danse des progrès manifestes au niveau relationnel chez les patients atteints de DTA (Lesniewska, 2003). Elle constate que « *les patients communiquent plus, se regardent, se font des compliments, se serrent la main* ». C'est également le constat que fait Bumanis (1987) in Lesniewska (2003). Pour lui, la danse permet d'améliorer l'adaptation sociale et affective chez des patients désorientés et confus.

Pour Feil (2012), les activités de mouvement sont essentielles pour créer des interactions entre les participants. D'après Devereay (2008), le toucher permet de créer un contexte d'interlocution au sein duquel le patient pourra « *se sentir reconnu comme un interlocuteur digne d'intérêt* ». De plus, Feil (2012) rappelle l'importance du regard qui, s'il est authentique, permet de communiquer avec les personnes désorientées. Elle mentionne également la technique d'imitation en miroir permettant l'instauration d'une relation verbale ou non-verbale avec des patients désorientés. Enfin, elle conseille l'utilisation d'un ballon rond que les participants pourront se passer, afin de stimuler l'interaction.

Selon Troussard (2008), les danses en cercle « *rassemblent et permettent de symboliser par des rituels des mouvements de vie inhérents à tout être humain (se rapprocher, s'éloigner, se rencontrer, se regarder, se séparer...)* » et permettent donc de rejouer les relations sociales existant au quotidien. L'auteur parle alors « *d'une émotion forte, d'harmonie esthétique, de douceur partagée, de communication entre les êtres* ».

L'expression corporelle se veut donc être un espace relationnel privilégié où chaque personne prend sa place à côté de l'autre et avec l'autre, favorisant ainsi la communication.

3.2.2 Fonctions cognitives

« *Danser, c'est penser avec son corps* » Ek (2010) in Martinez (2010). Selon Damasio (2010) in Lejeune, Desana et Ducloy (2011), « *le corps et le cerveau sont continuellement engagés dans une danse interactive* ». En effet, pour Damasio (1994), le corps n'est pas seulement une structure qui soutiendrait le fonctionnement du cerveau ; il fournit lui-même un contenu fondamental aux représentations mentales. Damasio décrit ainsi l'Homme comme une « *entité psychocorporelle* ».

La revue Cochrane publiée en septembre 2013 informe d'ailleurs que les activités physiques apparaissent comme bénéfiques chez les personnes atteintes de démence. L'analyse exposée, portant sur seize études, affirme que les programmes d'exercices physiques ont un impact significatif notamment sur l'amélioration du fonctionnement cognitif. Cela rejoint l'idée de Damasio (1999), pour qui « *le cerveau et le corps sont liés par des boucles de résonance* ». Ainsi, exploiter les capacités corporelles pourrait avoir des répercussions positives sur la cognition.

3.2.2.1 Mémoire

D'après Lejeune, Desana et Ducloy (2011), « *la danse est l'expression d'une vaste mémoire : mémoires procédurale, émotionnelle, collective, familiale et culturelle* ».

Erickson (2011) in Lesniewska (2013) précise la relation des activités physiques avec l'hippocampe (qui s'atrophie dans la DTA et qui joue un rôle central dans la mémoire). Selon une étude portant sur 120 adultes âgés de 66 ans en moyenne, les hippocampes des personnes ayant été soumis à un entraînement physique ont augmenté de volume d'environ 2% après un an d'exercice alors que les sujets contrôles (sans entraînement) ont perdu environ 1,4% de ces mêmes structures. Selon Lesniewska (2013), nous pouvons expliquer ces résultats par le fait que l'activité physique maintient en bonne santé vasculaire cérébrale, qu'elle augmente la résistance à l'insuline (en relation avec l'amyloïde) et l'intolérance au glucose et qu'elle préserve la structure neuronale en favorisant le fonctionnement des fibres nerveuses et des synapses.

Lesniewska (2003) mentionne elle aussi une amélioration d'un point de vue mnésique survenant grâce à l'expression corporelle. Elle note que « *certains patients se rappellent leur prénom ou lieu d'activité, les noms des danses, des souvenirs de leur jeunesse* ». Pour Peruzzi (2011) in Fortino (2013), l'expression corporelle peut constituer « *un sentier alternatif pour récupérer le souvenir* », en réactivant la mémoire émotionnelle. Cela rejoint aussi la pensée

de Graham (2003), pour qui « *on ne trouve le passé qu'à partir de soi, à partir de son expérience présente, de ce qui pénètre dans notre existence au moment présent* ».

3.2.2.2 ***Fonctions exécutives***

D'après Damasio (1994), les niveaux inférieurs de l'organisation neurale (dans le cortex cingulaire antérieur) sous-tendant les fonctions corporelles nécessaires à la survie seraient les mêmes que ceux contrôlant la faculté de raisonnement. De ce fait, Damasio (1994) place le corps au sein des processus à la base du raisonnement, du jugement, de la créativité et des comportements sociaux. De plus, Damasio (1994) met en évidence le lien existant entre les systèmes neuraux sous-tendant les mouvements du corps et ceux relatifs à l'attention et à la mémoire de travail.

Ainsi, en travaillant sur le corps, on peut faire l'hypothèse que cela pourrait avoir des répercussions sur les systèmes neuraux à la charge des mouvements du corps, sur ceux relatifs aux fonctions exécutives (raisonnement, jugement, créativité, attention) et sur ceux sous-tendant les comportements sociaux.

3.2.2.3 ***Orientation spatiale***

D'après Poincaré (1913) in Rizzolatti et Sinigaglia (2008), « *nous n'aurions pas pu construire l'espace si nous n'avions eu un instrument pour le mesurer* ». L'instrument que mentionne ici Poincaré est notre corps. C'est en effet par notre corps que nous sommes en mesure de situer les objets extérieurs. Comme l'explique Mach (1905) in Rizzolatti et Sinigaglia (2008), « *c'est à partir [des mouvements que nous faisons quotidiennement] que le corps cartographie l'espace qui nous entoure et c'est en vertu de leurs buts que l'espace assume une forme pour nous* ». Ainsi, les points de l'espace permettant de nous repérer correspondent en réalité aux buts des différents mouvements que nous faisons comme saisir, regarder, marcher. Merleau-Ponty (1945) in Rizzolatti et Sinigaglia (2008) ajoute que ce sont les gestes qui nous permettent de distinguer un espace proche d'un espace lointain « *par la portée variable de nos visées* ».

Puisque le corps est au centre de notre représentation de l'espace, il paraît donc envisageable que l'expression corporelle puisse permettre aux personnes atteintes de DTA d'améliorer leur orientation spatiale. C'est ce que rapportent Sheridan (1996) et Bumanis (1987) in Lesniewska (2003) dans leurs différentes études. De même, pour Cros (2004), le mouvement permet de rendre l'espace visible.

3.2.3 Comportement

Selon Rousseau (2011), l'exercice physique pourrait avoir un effet positif sur certains aspects du comportement. Uhalt (2012) in Parlange et Antoine (2012) rejoint cette idée en affirmant que la sollicitation de la mémoire corporelle peut permettre une amélioration des troubles psycho-comportementaux. D'après Lesniewska (2003), l'expression corporelle peut apporter une amélioration des troubles du comportement et de l'humeur, qui sont « *souvent majorés par l'ennui, l'inactivité et le manque de stimulation en institution* ». Pour Lesniewska (2003), l'expression corporelle constitue un support à l'agressivité. Elle remarque également une réduction des comportements stéréotypés : « *les répétitions de questions, tics et déambulations diminuent au cours des séances* ».

D'après Levresque et al. (1990), les patients qui déambulent le plus sont ceux qui, auparavant, participaient d'avantage aux activités sociales et de loisirs et qui manifestaient davantage de comportements moteurs. Lesniewska (2003) fait ainsi l'hypothèse que « *les patients atteints de DTA qui errent ou fuguent de façon répétitive sont des patients qui aimait auparavant l'activité physique (souvent la danse) aussi cette activité devrait-elle leur procurer une libération des tensions et une satisfaction plus forte que des déambulations sans but* ».

Enfin, le toucher, qui est utilisé dans les ateliers d'expression corporelle (et présent dans de nombreuses méthodes telle que la Validation©), permet d'apaiser le patient. « *Le seul fait de tenir la main d'un patient diminue son angoisse et lui fait savoir que nous sommes présents* » (Hoerner et Gardey, 2004). D'ailleurs, le toucher est souvent le dernier sens à disparaître chez beaucoup de déments en fin de vie.

3.2.4 Bien-être

Jouvent (2009) in Lejeune, Desana et Ducloy (2011) définit l'expression corporelle comme une manière de « *respirer la vie* ». Pour Cyrulnik (1993) in Lejeune, Desana et Ducloy (2011), il s'agit de « *goûter le monde* ». Ces différentes expressions renvoient à une même idée : il existe un impact positif de l'expression corporelle sur le bien-être global de la personne. Selon Lesniewska (2003), la danse stimule les récepteurs dopaminergiques du cerveau, c'est-à-dire les circuits neuronaux de la récompense, ainsi que les circuits de l'apprentissage et du mouvement. D'après Feil (2012), les stimuli non-verbaux, tels que le toucher, le contact visuel, la copie/adaptation des mouvements et les stimulations sensorielles, peuvent permettre de restaurer un certain bien-être.

3.2.4.1 *Identité*

D'après Basquin (1995), « *quelle que soit la mentalisation, le moi corporel continuera de vivre, fusse chez l'adulte ou chez le vieillard* ». Il existe donc un moi corporel à tout âge de la vie. D'ailleurs, pour Lejeune, Desana et Ducloy (2011), le mouvement constitue un repère identitaire, car « *chaque malade a sa manière de se tenir, de se redresser, de marcher, de s'adresser à l'autre, et de danser, [...] chaque malade a son style de mouvement* ». En entrant dans le mouvement, le malade redevient acteur, ce qui renforce son identité gestuelle selon Lejeune, Desana et Ducloy (2011). Ainsi, maintenir des activités physiques quotidiennes éviterait au malade d'éprouver un sentiment d'inutilité. Or, selon Feil (2012), « être utile » est l'un des trois comportements de base de l'être humain avec « être aimé » et « s'exprimer ».

D'après Uhalt (2012) in Parlange et Antoine (2012), « *le fait de s'adresser à la personne dans son unité* », comme le permet l'expression corporelle, sollicite le patient dans sa représentation de soi, son identité. C'est ce que définit également Vaysse (1997) in Lesniewska (2003), pour qui la danse-thérapie est « *une utilisation psychothérapeutique du mouvement comme processus pour promouvoir l'intégration physique et psychique d'un individu* ». Pour Lowen (1977) in Heller (1991), « *l'individu agit comme un tout* » à travers son expression émotionnelle. Ce type d'expression permet donc à la personne de se réunifier. Enfin, pour Salzer (1981), l'expression corporelle a pour effet la reconnaissance de son propre corps comme « *corps choisi, ou tout du moins accepté, par rapport à un corps subi* ».

3.2.4.2 *Renarcissisation*

« *Dès qu'on danse, on est autre* » rapporte Schott-Billmann (2001) in Lejeune, Desana, Ducloy (2011). En proposant d'investir l'expression corporelle, le professionnel privilégie la communication dans sa globalité en donnant à la personne malade un statut d'être communicant. Par ce fait, l'expression corporelle constitue un support à la renarcissisation.

Selon Lesniewska (2003), il est important de montrer à la personne qu'une amélioration est toujours possible et qu'il n'y a pas d'âge pour progresser, apprendre et s'amuser. D'ailleurs, d'après Sellal (2005) in Lesniewska (2003), la maladie neurodégénérative ne prive pas nécessairement le patient de toute créativité et peut même, dans certains cas, faire émerger un talent artistique. C'est le cas du peintre De Kooning qui, selon Christen (1996) in Lesniewska (2003), continua à peindre alors qu'il était déjà atteint de la maladie. Certains considèrent même que ses œuvres ont gagné en originalité et en profondeur.

L'atelier d'expression corporelle permet ainsi à la personne malade d'évoluer avec la maladie en développant des capacités nouvelles dans le champ de l'expression corporelle, car comme l'explique également Chaby (2012), des capacités d'apprentissages sont encore possibles grâce à la mémoire implicite (par la répétition). Ces capacités nouvelles inattendues et la créativité du patient peuvent déclencher « *un nouveau regard sur le malade* », selon Lejeune, Desana et Ducloy (2011).

De plus, il n'y a pas de notion d'échec dans l'expression corporelle. Tout mouvement, toute proposition est acceptable, ce qui concourt également à une possible renarcissisation.

- ➔ **L'expression corporelle semble être un outil de PEC adapté pour des patients atteints de DTA.**
- ➔ **Elle apporterait des bénéfices au niveau de la communication, des fonctions cognitives, du comportement et du bien-être.**

4 HYPOTHESES THEORIQUES

Au vu des éléments théoriques détaillés ci-dessus, nous avons choisi d'étudier la pertinence de proposer des ateliers d'expression corporelle dans la PEC orthophonique de patients atteints de DTA. Notre objectif est de savoir si l'expression corporelle, proposée dans le cadre d'une PEC orthophonique de groupe, permettrait de renforcer, de stimuler et/ou d'optimiser les capacités de communication résiduelles des patients. Afin d'apporter une réponse à ce questionnement, voici les hypothèses que nous formulons et que nous tenterons de valider ou d'invalider grâce à nos expérimentations :

1^{ère} grande hypothèse : Les ateliers d'expression corporelle seraient un support thérapeutique adapté pour favoriser la communication du patient atteint de DTA.

- a. **Ces ateliers permettraient d'optimiser la communication non-verbale du patient atteint de DTA.** Comme les ateliers mettent l'accent sur les possibilités d'expression par le corps, il se pourrait que les patients investissent davantage ce canal (qui est relativement préservé chez les patients atteints de DTA) et diversifient leurs actes de communication non-verbale par imitation.
- b. **Ces ateliers permettraient de stimuler la communication verbale du patient atteint de DTA.** Les ateliers, en proposant des activités basées sur le pôle sensitivo-moteur (pôle préservé chez les patients atteints de DTA), offriront un support d'échanges verbaux accessible aux patients atteints de DTA. De plus, l'organisation des activités dans l'espace (participants assis en cercle et rencontres duelles) faciliterait l'investissement des échanges verbaux.
- c. **Ces ateliers seraient un support adapté pour renforcer le statut d'interlocuteur.** Les ateliers, proposant des activités où une réponse juste n'est pas attendue, offriront aux patients atteints de DTA des occasions d'investir leur statut d'interlocuteur de manière positive.
- d. **Ces ateliers seraient un support adapté pour renforcer les liens sociaux entre des patients atteints de DTA.** Les ateliers, proposant une activité partagée avec plusieurs résidants, permettront de consolider les liens sociaux existant entre les résidents et ainsi de renforcer leur plaisir à échanger ensemble.

e. Ces ateliers permettraient de favoriser la disponibilité du patient à entrer en communication. Les ateliers d'expression corporelle, en employant le toucher, le contact visuel, le mouvement et les stimulations sensorielles, pourraient permettre de réduire les troubles comportementaux des patients atteints de DTA et de leur apporter un certain bien-être, ce qui les rendrait davantage disponibles à entrer en communication.

2^{ème} grande hypothèse : Les ateliers d'expressions corporelle permettraient de stimuler certaines fonctions cognitives altérées dans la DTA et entravant la communication.

- a. **Ces ateliers seraient un support adapté pour stimuler la mémoire.** Les ateliers, en proposant des activités faisant appel à la mémoire, permettraient de la stimuler. De plus, la régularité des séances permettrait également de stimuler une mémorisation des activités, des lieux et des personnes y participant.
- b. **Ces ateliers seraient un support adapté pour stimuler l'orientation spatiale.** Les ateliers, en proposant diverses activités mettant en jeu l'espace proche (espace disponible pour se mouvoir sans changer de place) et l'espace lointain (espace de la pièce), permettraient d'ancrer les patients dans l'espace.
- c. **Ces ateliers seraient un support adapté pour stimuler certaines fonctions exécutives.** Les ateliers, en faisant appel aux capacités d'attention (notamment pour rester concentré sur les activités proposées) et d'abstraction (dans les activités faisant appel à la créativité et à l'imaginaire), permettraient de stimuler ces deux fonctions exécutives.

3^{ème} grande hypothèse : Les ateliers d'expression corporelle auraient un retentissement positif sur les comportements de communication du patient dans sa vie quotidienne.

Si la communication peut être favorisée entre les patients au sein des ateliers, les comportements de communication positifs (concernant la communication non-verbale, la communication verbale, le statut d'interlocuteur, les liens sociaux et la disponibilité à entrer en communication) observés durant les ateliers pourraient être transférés dans la vie quotidienne du patient grâce à la mémoire procédurale.

PARTIE METHODOLOGIQUE

1 DESCRIPTION DE LA POPULATION

Nous avons effectué la recherche de nos sujets d'expérimentation à l'EHPAD Korian le Gentilé de Laxou début novembre 2013. Nous avions pour objectif de sélectionner des sujets chez lesquels une DTA avait été diagnostiquée.

1.1 Critères d'inclusion

Pour répondre au mieux à nos hypothèses, nous avons sélectionné nos patients en fonction de certains critères. Les personnes participant à notre étude doivent :

- être institutionnalisées à l'EHPAD Korian le Gentilé afin de pouvoir organiser les ateliers au sein de ce même établissement et d'éviter ainsi de bousculer leurs repères spatiaux,
- présenter une DTA dont le diagnostic a été posé.

1.2 Critères d'exclusion

Afin de respecter notre sujet d'étude, nous avons décidé d'exclure :

- les patients dont le diagnostic de DTA n'a pas été posé : les patients présentant une démence mixte ou présentant une autre démence,
- les patients grabataires,
- les patients ayant d'importantes difficultés pour se mouvoir.

Ces critères d'exclusion concernent uniquement le choix des sujets pour l'étude. L'atelier, comme nous le verrons ultérieurement, est resté ouvert à tous.

1.3 Les patients participant à notre étude

1.3.1 Mme A.

Mme A. est née le 25 janvier 1928 à Metz. Elle est entrée à l'EHPAD Korian Le Gentilé le 23 janvier 2013. Le diagnostic de sa DTA a été posé le 29 janvier 2013. Mme A. est souvent occupée à plier des serviettes. Il lui arrive d'ailleurs de dire qu'elle vient de quitter la maison de ses parents pour trouver ce travail. Au niveau de son comportement, Mme A. est

toujours d'une admirable gentillesse et adresse souvent une parole bienveillante à ses interlocuteurs. Mme A. investit énormément le toucher et parvient à échanger sur des événements de son passé pendant un certain temps, même si elle présente des oubli à mesure.

D'après l'évaluation AGGIR (la grille AGGIR "Autonomie, Gérontologique, Groupes Iso-Ressources" est une grille d'évaluation des capacités de la personne âgée à accomplir certaines activités) réalisée le 28 mai 2013 :

- Mme A. n'est pas orientée dans le temps (même si elle possède un calendrier dans sa chambre) ni dans l'espace (cependant, elle parvient à s'orienter dans l'unité) ;
- la cohérence dans sa communication n'est pas « totale », ni « correcte » (cependant, elle se fait comprendre au quotidien sur ses besoins et ses attentes) ;
- la cohérence de son comportement n'est pas non plus « totale », ni « correcte » (idées inhabituelles, agitation, dépression, anxiété, désinhibition, irritabilité).

1.3.2 *Mme B.*

Mme B. est née le 26 juin 1925 à Rudka en Pologne. Elle est arrivée le 27 novembre 2012 à l'EHPAD Korian Le Gentilé. Sa DTA a été diagnostiquée le 28 décembre 2012.

Mme B. est souvent de bonne humeur et aime plaisanter. Elle est proche de certains autres résidents. D'un point de vue communicationnel, Mme B. utilise beaucoup les gestes pour s'exprimer, maintient peu son attention lors d'un échange long, parle peu d'elle-même, mais parvient à initier l'échange et à le poursuivre sur des sujets présents et ne l'impliquant pas (le temps qu'il fait par exemple). Selon les soignants, elle participe peu aux activités de groupe car elle se sent angoissée face à un groupe. Mme B. est très désorientée dans le temps. Par exemple, elle dit un jour être en promenade avec sa petite fille qu'elle aime beaucoup garder, petite fille qui n'est autre que Mme P. (une autre résidente).

D'après l'évaluation AGGIR passée le 28 mai 2013 :

- Mme B. n'est pas orientée dans le temps et dans l'espace ;
- sa cohérence dans la communication n'est pas « correcte » ;
- la cohérence de son comportement n'est pas non plus « correcte ».

1.3.3 *Mme G.*

Mme G. est née le 6 août 1934 à Puteaux dans le département des Hauts-de-Seine. Elle est entrée à l'EHPAD Korian Le Gentilé le 1^{er} décembre 2008. Sa DTA a été diagnostiquée le 26 décembre 2011.

Mme G. participe souvent aux différentes activités proposées par la maison de retraite et aime particulièrement la musique. Elle a trois enfants et est veuve, cependant elle attend souvent que son mari vienne la chercher. Elle dit se sentir abandonnée par ses proches, ce qui lui procure beaucoup de tristesse. Mme G. présente également des angoisses très prononcées. Même si Mme G. apprécie beaucoup que l'on vienne échanger avec elle, elle éprouve beaucoup de difficultés à initier ou à poursuivre un échange. Elle parle très peu de son passé, et, lorsque quelqu'un la questionne, elle répond : « je ne sais pas, je ne me souviens plus ».

D'après l'évaluation AGGIR du 28 mai 2013 :

- Mme G. n'est pas orientée dans le temps ni dans l'espace ;
- la cohérence dans sa communication n'est pas « correcte », ni « habituelle » ;
- la cohérence de son comportement n'est pas non plus « correcte », ni « habituelle ».

1.3.4 *Mme L.*

Mme L. est née le 22 août 1921 à Nancy. Elle est entrée à l'EHPAD Korian Le Gentilé le 3 février 2012. Sa DTA a été diagnostiquée le 26 mars 2012.

Mme L. était directrice d'école. Elle lit régulièrement le journal, les magazines, ainsi que les différents articles accrochés dans la salle de vie. Elle participe activement aux tâches de la vie quotidienne : faire des pâtisseries, s'occuper du jardin, etc., mais échange très peu avec les autres résidents. Elle semble en bonne forme physique, hormis une surdité bilatérale nécessitant un appareillage auditif (qu'elle porte peu, estimant qu'elle n'en a pas besoin pour communiquer avec les autres résidents). Elle est dans le déni de sa maladie, pense pouvoir être autonome et déclare : « *il y a que la tête quoi, mais je pourrais me débrouiller* ».

D'après l'évaluation AGIRR réalisée le 28 mai 2013 :

- Mme L. n'est pas orientée dans le temps ;
- elle ne s'oriente pas « habituellement », ni « totalement » dans l'espace ;
- la cohérence dans sa communication n'est pas « totale », ni « habituelle » ;
- la cohérence de son comportement n'est pas non plus « totale », ni « habituelle ».

2 PRESENTATION DES ATELIERS

2.1 Le cadre des ateliers

Selon Ogay (1996), les séances ayant lieu à jour fixe, selon un horaire précis, dans un lieu déterminé, répondent à la perception spatio-temporelle de « l'ici et maintenant », qui aide le sujet désorienté à se situer dans un endroit défini. Ce cadre a une connotation de sécurité, de réassurance, de limite et de fermeté. Pour cela, le cadre doit être visible et présent durant de longues périodes. Selon Anzieu (1976), la séance proposée de manière rituelle constituerait ainsi « *une enveloppe de protection* » ; Bowlby (1988) parle lui de « *base de sécurité* » (in Lejeune, Desana et Ducloy, 2011).

2.1.1 Un endroit connu, un espace tranquille

2.1.1.1 Korian le Gentilé

Situé à l'ouest de Nancy, l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) Korian Le Gentilé accueille 130 résidents. On y trouve deux unités de vie protégées pouvant accueillir 14 résidents chacune. Elles sont dotées d'une équipe spécifiquement formée à l'accompagnement de personnes atteintes de démences.

2.1.1.2 L'espace de l'unité de vie Roseraie

Nous avons choisi de réaliser nos ateliers au sein de l'unité Roseraie pour plusieurs raisons : la possibilité donnée aux patients d'intégrer ou de quitter l'atelier, ainsi que le calme et la clarté de l'espace.

Le fait que l'atelier se déroule au sein d'une des deux unités laissait la possibilité aux participants de quitter l'atelier s'ils le désiraient ou de le rejoindre plus tard. Cela nous semblait nécessaire à la fois pour permettre au patient d'être acteur de son choix de participer ou non, mais également pour pouvoir s'adapter au mieux à d'éventuels problèmes, qu'ils soient d'ordre physiques ou comportementaux. Cette localisation permettait ainsi de répondre aux besoins des patients en ayant à proximité les installations nécessaires (toilettes, etc.) ainsi que le personnel de soin formé.

De plus, l'espace dans lequel nous réalisions les ateliers était situé légèrement en retrait de l'espace de vie principal. Cette localisation permettait d'éviter qu'il n'y ait trop de sources de distraction dans le champ visuel et auditif des participants. En outre, l'unité de vie Roseraie est agrémentée de grandes baies vitrées laissant entrer la lumière, offrant un espace lumineux et chaleureux.

Enfin, nous voulions laisser la possibilité aux soignants, aux familles et/ou aux résidents ne participant pas à l'atelier, de pouvoir avoir un aperçu de ce qu'il s'y passait et d'avoir la possibilité de nous rejoindre.

2.1.2 *Un programme régulier*

Les ateliers d'expression corporelle se sont déroulés pendant 10 semaines, du 10 janvier au 14 mars 2014. Nous intervenions chaque vendredi après-midi, de 15h à 16h, cet horaire correspondant au temps imparti pour les activités. Nous souhaitions nous intégrer au mieux au programme habituel des résidents de l'EHPAD et créer un certain rituel en intervenant chaque semaine au même moment, la répétition permettant aux patients d'être dans des conditions temporelles sécurisantes.

2.2 *Le contenu des ateliers*

« Une des choses essentielles données et transmises au groupe est le bien-être et l'harmonie qui passe d'inconscient à inconscient entre coordinateur et participants. » (Salzer, 1981)

2.2.1 *Les éléments à intégrer aux ateliers*

2.2.1.1 *L'entrée en matière*

Avant de débuter chaque atelier, nous avons choisi de présenter les ateliers comme si c'était la première fois que nous venions. Nous pouvions ainsi rappeler à chacun les éléments importants de l'atelier, ceux-ci pouvant être sources d'inquiétude si les participants ne s'en souvenaient plus. Cette entrée en matière permettait de commencer les activités de manière sereine.

Ainsi, nous exposons les points suivants :

- se présenter (*« Anne et Cécile, bientôt professionnelles de la communication »*) ;
- expliquer l'activité que l'on va proposer en termes simples (*« nous allons faire une activité tous ensemble où nous allons bouger et aller à la rencontre des autres personnes »*) ;
- ré-exposer le cadre pour rassurer les participants (*« nous allons rester ici pour faire l'activité jusqu'à 16h, puis ce sera l'heure du goûter »*) ;
- prévenir que l'atelier va être filmé et expliquer simplement pourquoi (*« nous allons filmer l'atelier pour pouvoir ensuite le regarder et préparer ce que nous allons faire la semaine prochaine »*).

2.2.1.2 *Les activités*

Nous avons établi une liste d'activités ciblant les objectifs qui permettront de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses. Nous avons organisé dans le tableau suivant les activités proposées, ainsi que les objectifs qui leur sont associés :

Activités	Objectifs
<p>Rituel d'entrée dans l'atelier :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se présenter. - S'échauffer le corps : échauffement de bas en haut (chevilles, genoux, bassin, dos, épaules, coudes, poignets, mains, cou, tête). - S'échauffer le visage (praxies bucco-faciales) : faire une gymnastique du visage, des mâchoires, faire le plus grand nombre de grimaces. - Prendre sa place dans l'espace : <ul style="list-style-type: none"> * Travail de verticalité : se grandir, se rapetisser. * Travail d'horizontalité : prendre le maximum d'espace en restant sur place. 	<p>Entrer dans un espace où la communication interindividuelle est privilégiée</p> <p>Affirmer son identité</p> <p>Réveiller son corps : trouver une transition entre l'activité que les participants viennent de quitter et l'activité centrée sur le corps qu'ils abordent</p> <p>Prêter attention à soi (ressenti corporel) et aux autres (imitation des propositions de mouvements des participants)</p> <p>Renforcer l'identité corporelle en laissant les participants proposer les mouvements qu'ils souhaitent (et liberté de ne rien proposer)</p> <p>Renforcer la cohésion du groupe</p> <p>Investir l'espace proche</p>
Marcher simplement	<p>Se familiariser avec l'espace</p> <p>Prendre conscience de l'espace dont on dispose</p> <p>Intégrer les autres dans cet espace</p>

<p>Marcher en cherchant le contact avec les autres participants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Marcher dans l'espace et chercher à croiser le regard des autres. - Marcher et aller à la rencontre de l'autre en le saluant. 	Prêter attention aux autres Entrer en contact avec les autres de manière duelle Prendre conscience de l'importance du regard dans la communication Sensibiliser à un autre sens : le toucher Continuer l'exploration de l'espace Affirmer son identité en choisissant de quelle manière saluer les autres participants
<p>Marcher en prêtant attention à l'autre : marcher tous ensemble dans la pièce. Lorsqu'une personne lève les bras (au début, l'une des thérapeutes, puis inciter les participants à initier eux-mêmes le mouvement), tous les participants les lèvent également.</p>	Prêter attention à l'autre, au groupe entier Etre tour à tour récepteur d'une information transmise par quelqu'un et émetteur Explorer l'espace
<p>Imiter des mouvements : assis en cercle, faire ensemble le même mouvement, le même rythme, les mêmes expressions du visage, etc. (l'imitation est sécurisante). Ce mouvement peut être initié par l'une de nous pour commencer, puis par les autres participants. En tant qu'animatrices de l'atelier, nous veillerons à valoriser toutes les propositions faites par les participants.</p>	Proposer des mouvements : être actif, en position de locuteur, sans qu'il y ait d'erreurs possibles (pas de mouvements justes ou faux) Faire preuve de créativité (capacités d'abstraction) Prêter attention à l'autre : être en position de récepteur attentif à celui qui initie un nouveau mouvement Renforcer l'appartenance au groupe, la cohésion du groupe
<p>Transmettre un message non-verbal :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Activité avec le ballon : lancer le ballon à divers participants. - Activité en cercle qui fait intervenir des relations duelles : pseudo-téléphone arabe avec des objets imaginaires, des gestes, des expressions faciales, etc. 	Renforcer la place de locuteur et le tour de rôle Choisir le destinataire Être attentif à la communication non-verbale de l'autre (est-il prêt à recevoir le message ?) Prendre conscience de l'importance du regard dans la communication Transmettre un message : recevoir une information, l'intégrer et la faire passer à quelqu'un d'autre Prendre conscience que la communication n'est pas exclusivement verbale
<p>Signer : en cercle, se diriger vers un participant et lui proposer un geste (par exemple, lui caresser le bras).</p>	Etre locuteur en investissant tour à tour le statut de récepteur puis d'émetteur

	<p>Affirmer son identité corporelle en choisissant un geste</p> <p>Développer sa créativité (capacités d'abstraction)</p> <p>Respecter le tour de rôle</p> <p>Prendre conscience que la communication n'est pas exclusivement verbale</p>
Mémoriser une séquence de mouvements : proposer une séquence de gestes que l'on reprend plusieurs fois tous ensemble (lentement, vite, debout, assis, dans un ordre différent, etc.).	<p>Planifier une séquence de gestes : travail des fonctions exécutives</p> <p>Exercer sa mémoire</p>
Guider une personne dans l'espace : une personne tient la seconde par les épaules ou par la main et la guide dans l'espace. Cela peut se faire d'abord en gardant les yeux ouverts, puis les yeux fermés, si on le souhaite.	<p>Renforcer la confiance, l'écoute et l'attention pour la personne guidée</p> <p>Renforcer la responsabilité, l'attention et l'adaptation au corps de l'autre pour la personne guidant l'autre</p> <p>Renforcer les liens entre les deux personnes</p>
Imiter en miroir : en face à face, une personne fait quelque chose et la seconde personne l'imiter en miroir.	<p>Être attentif à l'autre</p> <p>Renforcer le lien social</p> <p>Affirmer sa place d'interlocuteur</p> <p>Se construire une représentation mentale de ses mouvements dans l'espace pour pouvoir reproduire les mouvements observés : travail d'image mentale et d'espace</p> <p>Entrer dans l'interaction par le biais de la communication non-verbale</p>
Prendre conscience de son identité corporelle à travers l'imitation de diverses démarches : tous ensemble, adopter la démarche d'un robot, d'un ado, d'un homme pressé, d'une femme enceinte, etc., puis revenir à sa propre démarche et prendre conscience que chacun a une façon personnelle de marcher.	<p>Prendre conscience de son identité corporelle et de celle des autres participants</p> <p>Investir l'espace</p> <p>Prendre conscience que la communication n'est pas exclusivement verbale</p>
Danser ensemble en improvisant.	<p>Renforcer les liens entre les personnes du groupe et renforcer la cohésion du groupe</p> <p>Interagir par l'intermédiaire de la danse</p>

	Pouvoir s'exprimer par le biais de la danse Faire preuve de créativité (capacités d'abstraction)
<p>Rituel de fin :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Participer à la danse finale : tous en cercle (danse style folklorique). - Profiter d'un moment de détente : <ul style="list-style-type: none"> Seul : relaxation (avec balles, massage, toucher...). Par deux : se masser soit les mains, soit le dos, soit le visage. En cercle : chacun masse les épaules de son voisin (chaîne de massage). - Faire le “bilan” de la séance par un mot, une phrase ou un geste 	Renforcer la cohésion du groupe ainsi que le sentiment de sécurité et de confiance Travailler la mémoire Travailler l'orientation temporo-spatiale Partager un moment de joie ensemble Favoriser le bien-être des patients Prêter attention à l'autre Renforcer le lien social Favoriser la détente corporelle Verbaliser ses impressions Renarcisser la personne en accordant de l'importance à sa parole Utiliser le support de l'atelier pour amener la discussion

2.2.1.3 *La fin de l'atelier*

Nous avions choisi de clore les ateliers par l'expression verbale ou non-verbale de chaque participant vis-à-vis de l'atelier. Ces impressions partagées, nous remercions tous les participants d'avoir partagé un moment ensemble. Puis, nous rappelions l'atelier de la semaine suivante et les invitions à y participer à nouveau.

2.2.2 *Les éléments à manipuler pour construire la trame d'un atelier*

2.2.2.1 *Une structure identique sécurisante pour chaque atelier*

Selon Ogay (1996), « *la mise en place, l'ordonnance du rituel a un caractère sécurisant par sa répétition, présentant des jalons dans le temps et dans l'espace* ». Nous avons donc construit la trame de chaque atelier en respectant la même structure afin que les patients puissent se construire des repères temporels durant l'atelier et se sentir davantage en sécurité. Chaque atelier comportait donc un temps d'accueil, un temps d'entrée dans l'atelier, des activités variées respectant une certaine progression, puis un rituel permettant de clore l'atelier.

2.2.2.2 *La variété des propositions*

Selon Salzer (1981), lors d'un atelier d'expression corporelle, « *il est utile de chercher à éveiller l'attention par des états du corps variés et des contenus en renouvellement* ».

Pour construire les ateliers, nous nous sommes appuyées sur les oppositions proposées par Salzer afin de rendre l'atelier agréable et vivant. Ainsi, il est intéressant d'alterner :

- « *les expériences dynamiques* » et « *les expériences statiques* » (Salzer, 1981). Dans l'espace imparti à l'atelier, nous avons donc choisi de disposer des chaises en cercle afin de pouvoir alterner les activités se déroulant debout (incluant des déplacements et des mouvements mobilisant tout le corps) avec des activités dans lesquelles les participants sont assis (et mobilisent seulement une partie de leur corps).

- « *les expériences souriantes ludiques* » et « *les expériences de concentration soutenue* » (Salzer, 1981). Par exemple, au cours de nos ateliers, nous avons alterné l'activité de mémorisation d'une séquence de gestes faisant travailler la mémoire des participants avec l'activité de danse libre.

- « *les expériences solitaires* », « *les expériences en relation à deux* » et « *les expériences en groupe* » (Salzer, 1981). Dans nos ateliers, nous nous sommes appuyées sur cette idée et avons choisi d'exploiter principalement ces deux derniers types d'expériences. Ainsi, nous avons proposé des moments de relations duelles, pendant lesquelles la communication est plus aisée et des activités réunissant un groupe de participants afin de renforcer la cohésion du groupe. Dans une moindre mesure, nous avons exploité « *les expériences solitaires* », afin de proposer un support de stimulations pour certaines fonctions cognitives (lors de la mémorisation d'une séquence de gestes par exemple).

2.2.2.3 *La progression des propositions*

Outre la variété des propositions, il est important de respecter une certaine progression dans les activités que nous proposons. Voici les éléments de progression (inspirés de ceux développés par Salzer en 1981) dont nous avons tenu compte pour construire la trame de nos ateliers :

- se servir d'une partie du corps (utiliser seulement les jambes, les bras, le visage, etc. dans l'échauffement par exemple) avant d'impliquer la totalité du corps dans une activité (marcher et saluer les gens que l'on croise par exemple),

- passer du grand groupe (par exemple, travailler en imitation tous ensemble) à l'approfondissement en sous-groupe (par exemple, travailler l'imitation en miroir par deux),

- passer du non-impliquant (s'échauffer par exemple) au plus impliquant (se présenter à l'autre par un geste, en relation duelle) et du rassurant (travailler en imitation par exemple) au moins rassurant (par exemple proposer un mouvement).

2.3 La manière de mener un atelier

2.3.1 Les grands principes

2.3.1.1 L'encouragement de la communication verbale

Au cours de nos ateliers, nous avons cherché à favoriser la communication verbale. En effet, l'expression corporelle n'efface pas la communication verbale, bien au contraire. Elle permet un support commun, un vécu partagé sur lequel les patients peuvent échanger. De plus, la disposition en cercle et les multiples occasions de relations duelettes proposées offraient un espace d'échanges privilégié. Ainsi, toute communication verbale produite par un participant a été valorisée et a trouvé une écoute attentive et une réponse, que cela se produise dans le contexte d'une activité ou en décalage de celle-ci.

2.3.1.2 La valorisation des propositions des participants

Salzer (1981) évoque les différentes manières d'animer un tel atelier :

- avoir un programme fixe qui se déroulera comme prévu,
- avoir prévu un programme mais s'adapter en fonction de ce que l'on observe dans l'atelier,
- avoir prévu des activités sans leur avoir donné d'ordre et établir son programme en fonction de ce qui semble opportun sur le moment,
- savoir qu'il y a une variété de propositions possibles, mais n'avoir rien prévu de précis et imaginer sur place les situations à proposer.

Ayant participé à un atelier de musique animé par Ulises Piedra le 3 décembre 2014 et destiné à des personnes atteintes d'une DTA, par l'intermédiaire de l'association France Alzheimer de Nancy, nous avons relevé l'importance de s'appuyer sur les propositions faites par les patients. De ce fait, nous avons pris soin de prêter attention à toute proposition de la part des participants et d'intégrer autant que faire se peut ces propositions dans nos ateliers « sur le vif ». Nous avons donc choisi de nous inscrire dans la deuxième manière de procéder décrite.

2.3.1.3 *La non-infantilisation des patients*

Nous avons pris soin de ne pas infantiliser les patients (Lesniewska, 2003). Dans ce but, nous avons choisi de ne pas appeler les patients par leur prénom mais par leur nom de famille et nous avons adapté notre discours de façon à ce qu'il soit simple et compréhensible, mais non infantilisant.

2.3.1.4 *La liberté de participer ou non*

Même en perte d'autonomie, la personne malade doit pouvoir continuer à décider et à faire ses choix dans la vie de tous les jours. Dans nos ateliers, nous avons voulu donner l'occasion à chaque patient d'être maître de ses choix. Ainsi, chacun avait le droit de participer ou non, de s'asseoir un moment, ou simplement de regarder. Notre rôle était tout de même de présenter les activités de manière attractive et d'inciter les personnes à y participer, sans jamais les forcer.

2.3.1.5 *Notre intégration dans le groupe*

Afin d'éviter l'introduction de la notion de jugement et d'être sur un pied d'égalité avec les patients, nous avons décidé de nous placer dans le groupe en tant que participants (choix inspiré par Salzer, 1981). De même, cela s'est appliqué au personnel soignant ou aux proches qui ont participé à l'atelier : il n'y a pas eu « d'observateurs ».

2.3.1.6 *La co-animation de l'atelier pour assurer le bien-être des patients*

Nous avons animé chaque atelier toutes les deux, ensemble, en gardant à l'esprit qu'en cas de nécessité, l'une de nous deux pouvait être amenée à quitter l'activité pour s'occuper plus particulièrement d'un patient.

2.3.2 *La transmission des consignes*

2.3.2.1 *Utiliser la démonstration non-verbale*

Nous avons choisi d'utiliser la démonstration corporelle afin d'amener de manière simple chaque nouvelle activité. Souvent, cette démonstration s'accompagnait d'explications verbales afin de proposer plusieurs supports à la compréhension. Comme le souligne Salzer (1981), « *la démonstration corporelle du coordinateur peut donner à voir les lignes essentielles de cette consigne* ».

2.3.2.2 S'adresser verbalement à des patients atteints de DTA

Selon Salzer (1981), « *la manière de formuler une consigne influence la manière dont chaque participant l'exécute* ». Ainsi nous nous sommes employées à utiliser de manière appropriée le ton de notre voix, qui fait intervenir l'intensité, le rythme, le débit, les pauses, l'accentuation et l'intonation, afin de favoriser la compréhension et l'adhésion à la consigne. De plus, (comme l'a souligné Stéphanie Millot, coordinatrice de France Alzheimer à Nancy), il est important de prendre soin de choisir les bons mots afin d'expliquer les activités de manière simple, mais non infantilisante. Enfin, il est souvent nécessaire de répéter plusieurs fois les consignes pour qu'elles soient bien assimilées. Cette répétition peut se faire avec les mêmes mots (si oubli ou manque d'attention par exemple), ou avec des mots différents (pour faciliter la compréhension).

3 RECUEIL DES DONNEES

3.1 Choix des outils

Pour étudier la pertinence de proposer des ateliers d'expression corporelle à des patients atteints de DTA dans le cadre d'une prise en charge orthophonique de groupe, nous avons choisi de mettre en place plusieurs outils méthodologiques :

- Afin d'évaluer les éventuels bénéfices obtenus au cours des ateliers :
 - o Une grille d'observation recensant les comportements de communication et les éléments nécessaires à la communication relevés lors de chaque atelier. Cette grille permet :
 - D'apprécier le niveau d'investissement de certaines compétences (par exemple : le niveau d'investissement de la communication verbale) et l'évolution d'une compétence au fil des ateliers (par exemple : l'évolution de l'utilisation de la communication non-verbale),
 - De relever des éléments qualitatifs (par exemple : pour l'item expressivité du regard, il est possible de noter quelles

expressions apparaissent : est-ce que ce sont toujours les mêmes ? Sont-elles plus variées au fil des ateliers ?).

- Un questionnaire destiné au personnel soignant ayant participé à l'atelier. Ce questionnaire permet de relativiser la disponibilité des patientes à entrer en communication par rapport à leurs comportements habituels dans la vie quotidienne.
- Afin d'évaluer d'éventuels bénéfices observés sur les comportements des patientes dans la vie quotidienne : un questionnaire destiné au personnel soignant familier des patients.

3.2 Grille d'observation

Nous avons construit une grille permettant de consigner nos observations sur la communication et les éléments nécessaires à la communication relevées lors de chaque atelier, afin de pouvoir ensuite valider ou invalider nos hypothèses. Afin de construire cette grille, nous nous sommes appuyées sur Feil (1997), Rousseau (2013) ainsi que sur la grille d'observation construite par Meyer (2011) dans son mémoire de fin d'études.

3.2.1 Le contenu de la grille d'observation

3.2.1.1 Items permettant de valider l'hypothèse 1.a.

Voici les items que nous avons sélectionnés pour nous permettre de valider ou d'invalider notre hypothèse 1.a. : « *Ces ateliers permettraient d'optimiser la communication non-verbale du patient atteint de DTA.* » :

- Pour la communication non-verbale en expression :
 - Etablit un contact visuel ;
 - Présente un regard expressif ;
 - Présente un visage expressif ;
 - Utilise des gestes à valeur communicative pour rentrer en contact et s'exprimer (gestes à fonction référentielle : illustre ou remplace le discours verbal ; gestes à fonction communicationnelle : en référence à la situation et aux interlocuteurs ; gestes à fonction métalinguistique : accompagne le discours pour l'appuyer ou le nuancer) ;
 - Utilise le toucher pour rentrer en contact et s'exprimer ;
 - Utilise la communication non-verbale pour initier un échange.

- Pour la communication non-verbale en réception :
 - o Est attentif à la communication non-verbale de l'autre ;
 - o Réagit à la communication non-verbale de l'autre ;
 - o Donne une valeur adaptée aux messages non verbaux de l'autre.

3.2.1.2 *Items permettant de valider l'hypothèse 1.b.*

Voici les items que nous avons sélectionnés pour nous permettre de valider ou d'invalider notre hypothèse 1.b. : « *Ces ateliers permettraient de stimuler la communication verbale du patient atteint de DTA.* » :

- Pour la communication verbale en expression :
 - o S'exprime verbalement quantitativement ;
 - o Initie un échange de manière verbale ;
 - o Poursuit un échange verbal initié par une autre personne ;
 - o Présente un discours adéquat.

- Pour la communication verbale en réception :
 - o Semble comprendre les interventions des autres membres du groupe ;
 - o Semble comprendre nos interventions ;
 - o Semble comprendre les consignes.

3.2.1.3 *Items permettant de valider l'hypothèse 1.c.*

Voici les items que nous avons sélectionnés pour nous permettre de valider ou d'invalider notre hypothèse 1.c. : « *Les ateliers d'expression corporelle seraient un support adapté pour renforcer le statut d'interlocuteur de patients atteints de DTA.* » :

- Prête attention aux autres ;
- S'adapte au thème de la conversation et poursuit de manière adéquate ce qui a été précédemment énoncé ;
- Prend en compte et réagit de manière adaptée au contexte ;
- Respecte le tour de rôle ;
- Participe à des interactions duelles ;
- Participe à des interactions avec plusieurs personnes.

3.2.1.4 Items permettant de valider l'hypothèse 1.d.

Voici les items que nous avons sélectionnés pour nous permettre de valider ou d'invalider notre hypothèse 1.d. : « *Les ateliers d'expression corporelle seraient un support adapté pour renforcer les liens sociaux entre des patients atteints de DTA résidant dans un cadre institutionnel.* » :

- Semble à l'aise dans le groupe ;
- Participe aux activités en duo ;
- Participe aux activités en groupe.

3.2.1.5 Items permettant de valider l'hypothèse 1.e.

Voici les items que nous avons sélectionnés pour nous permettre de valider ou d'invalider notre hypothèse 1.e. : « *Ces ateliers permettraient de favoriser la disponibilité du patient à entrer en communication.* » :

- Ne présente pas de perséverations verbales et/ou physiques ;
- Mots-bilans des patientes recueillies à la fin des ateliers.

3.2.1.6 Items permettant de valider l'hypothèse 2.a.

Voici les items que nous avons sélectionnés pour nous permettre de valider ou d'invalider notre hypothèse 2.a. : « *Ces ateliers seraient un support adapté pour stimuler la mémoire.* » :

- Semble se souvenir de nous ;
- Semble se souvenir du lieu où se déroulent les ateliers ;
- Semble se souvenir d'avoir déjà participé à l'atelier ;
- Semble se souvenir d'une activité, d'une partie d'une activité ou d'un geste ayant été fait ou vu précédemment ;
- Mémorise une courte séquence de gestes ;
- Mémorise une consigne durant le temps de l'activité.

3.2.1.7 Items permettant de valider l'hypothèse 2.b.

Voici les items que nous avons sélectionnés pour nous permettre de valider ou d'invalider notre hypothèse 2.b. : « *Ces ateliers seraient un support adapté pour stimuler l'orientation spatiale.* » :

- S'approprie l'espace proche (espace dans lequel le danseur peut bouger ses bras, ses jambes, sa tête sans changer d'espace) ;
- S'approprie l'espace lointain (espace disponible dans lequel on peut se déplacer) ;
- Oriente son corps de manière appropriée dans l'espace (de face, de dos, de profil, etc.).

3.2.1.8 Items permettant de valider l'hypothèse 2.c.

Voici les items que nous avons sélectionnés pour nous permettre de valider ou d'invalider notre hypothèse 2.c. : « *Ces ateliers seraient un support adapté pour stimuler certaines fonctions exécutives.* » :

- Maintient son attention lors de l'activité ;
- Présente des capacités d'abstraction (notamment dans les activités de création).

3.2.2 La manière de compléter les grilles

Pour remplir les grilles, nous avons observé ce qu'il se passait durant l'atelier et avons analysé avec soin chaque vidéo des ateliers. Cela nous a permis :

- de compléter les items de la grille d'observation par des exemples précis de situations et des citations exactes des patients. Nous y avons également ajouté des commentaires rapportant nos impressions ressenties au cours de l'atelier.

- d'établir des cotations à l'aide des observations précédemment consignées. Ces cotations vont de 0 à 4, du négatif au positif (0 signifiant pas du tout ou jamais ; 1 : légèrement ou rarement ; 2 : moyennement ou occasionnellement ; 3 : beaucoup ou fréquemment et 4 : énormément ou toujours).

Les commentaires consignés dans les grilles nous permettent d'apprécier de manière qualitative l'évolution des réalisations des patients, tandis que les cotations permettent une appréciation quantitative offrant une lecture des évolutions plus rapide.

3.3 Questionnaire permettant de recueillir les observations du personnel soignant familier aux patients

Nous avons transmis un questionnaire aux membres du personnel soignant qui ont participé à l'un ou plusieurs de nos ateliers afin :

- d'apprécier la disponibilité des patients à entrer en communication lors des ateliers, par rapport à la vie quotidienne ;
- de recenser d'éventuels changements observés sur le comportement de communication des patients suite aux ateliers.

Les personnes à qui l'on a remis le questionnaire connaissent particulièrement bien les patients de notre étude et sont à même d'apprécier les éventuels changements observés durant les ateliers et/ou suite à ces ateliers. Les réponses à ces questionnaires permettent de compléter la validation de notre hypothèse 1.e. « *Ces ateliers permettraient de favoriser la disponibilité du patient à entrer en communication.* » et d'évaluer notre 3^{ème} hypothèse, à savoir : « *Les ateliers d'expression corporelle auraient un retentissement positif sur les comportements de communication du patient observés dans sa vie quotidienne.* ».

Voici les items permettant d'apprécier la disponibilité des patients à entrer en communication lors des ateliers, par rapport à la vie quotidienne :

- Si le patient présente habituellement des comportements anxieux : lors des ateliers, semblait-il plus, moins ou autant anxieux qu'en dehors des ateliers ?
- Si le patient présente habituellement des comportements agressifs : lors des ateliers, semblait-il plus, moins ou autant agressif qu'en dehors des ateliers ?
- Si le patient présente habituellement des idées noires : lors des ateliers semblait-il présenter plus, moins ou autant d'idées noires qu'en dehors des ateliers ?
- Si le patient présente habituellement des persévérations (répétition d'un même geste, d'un même mot, d'une même idée) : lors des ateliers, semblait-il présenter plus, moins ou autant de persévérations qu'en dehors des ateliers ?

Voici les items permettant d'apprécier d'éventuels changements portant sur les comportements de communication du patient APRES LES ATELIERS (par rapport à ses habitudes de communication antérieures) :

* Communication non-verbale

- Le patient s'exprime-t-il de manière non-verbale (par exemple : par des regards, par des mimiques du visage, par des touchers, par un pointage du doigt, par un salut de la main...) plus, moins ou autant qu'avant les ateliers ?
- Le patient est-il plus, moins ou aussi attentif à la communication non-verbale (par exemple : par des regards, par des mimiques du visage, par des touchers, par un pointage du doigt, par un salut de la main...) des autres participants qu'avant les ateliers ?

* Communication verbale

- Le patient parle-t-il plus, moins ou autant qu'avant les ateliers ?
- Le patient est-il plus, moins ou aussi attentif à la communication verbale des autres participants qu'avant les ateliers ?
- Le discours du patient est-il plus, moins ou aussi pertinent et cohérent qu'avant les ateliers ?

* Statut d'interlocuteur

- Le patient interagit-il plus, moins ou autant avec plusieurs personnes qu'avant les ateliers ?

* Liens sociaux

- Le patient va-t-il plus, moins ou autant vers les autres qu'avant les ateliers ?

* Disponibilité à entrer en communication

- Si le patient présente habituellement des comportements anxieux : après les ateliers, semble-t-il plus, moins ou autant anxieux qu'avant les ateliers ?
- Si le patient présente habituellement des comportements agressifs : après les ateliers, semble-t-il plus, moins ou autant agressif qu'avant les ateliers ?
- Si le patient présente habituellement des idées noires : après les ateliers semble-t-il présenter plus, moins ou autant d'idées noires qu'avant les ateliers ?
- Si le patient présente habituellement des persévérations (répétition d'un même geste, d'un même mot, d'une même idée) : après les ateliers semble-t-il présenter plus, moins ou autant de persévérations qu'avant les ateliers ?

4 HYPOTHESES OPERATIONNELLES

Les critères exposés ci-dessous permettent de définir la validation de chaque sous-hypothèse.

1^{ère} grande hypothèse : Les ateliers d'expression corporelle seraient un support adapté pour favoriser la communication du patient atteint de DTA.

- a. Pour valider notre hypothèse 1.a. « *Ces ateliers permettraient au patient atteint de DTA d'optimiser sa communication non-verbale.* », nous considérons qu'il faut observer une augmentation et une diversification des actes de communication non-verbale durant les ateliers.
- b. Pour valider notre hypothèse 1.b. « *Ces ateliers permettraient de stimuler la communication verbale du patient atteint de DTA.* », nous considérons que la communication doit au moins être investie de manière occasionnelle durant les ateliers.
- c. Pour valider notre hypothèse 1.c. « *Ces ateliers seraient un support adapté pour renforcer le statut d'interlocuteur du patient atteint de DTA.* », nous considérons qu'il faut observer une augmentation de l'investissement du statut d'interlocuteur au fil des ateliers.
- d. Pour valider notre hypothèse 1.d. « *Ces ateliers seraient un support adapté pour renforcer les liens sociaux entre des patients atteints de DTA.* », nous considérons qu'il faut observer une augmentation de l'investissement des liens sociaux au fil des ateliers.
- e. Pour valider l'hypothèse 1.e. « *Ces ateliers permettraient de favoriser la disponibilité du patient à entrer en communication.* », nous considérons qu'il faut observer un retentissement positif des ateliers sur le bien-être des patients et /ou une diminution des troubles comportementaux durant les ateliers.

2^{ème} grande hypothèse : Les ateliers d'expressions corporelle permettraient de stimuler certaines fonctions cognitives altérées dans la DTA et entravant la communication.

- a. Pour valider l'hypothèse 2.a. « *Ces ateliers seraient un support adapté pour stimuler la mémoire.* », nous considérons qu'il nous faut observer des manifestations de mémorisation liée aux activités proposées et/ou au cadre des activités.
- b. Pour valider l'hypothèse 2.b. « *Ces ateliers seraient un support adapté pour stimuler l'orientation spatiale.* », nous considérons qu'il nous faut observer des manifestations de l'investissement positif de l'espace (repérage dans la pièce, investissement adéquat de l'espace proche, investissement adéquat de l'espace lointain).
- c. Pour valider l'hypothèse 2.c. « *Ces ateliers seraient un support adapté pour stimuler certaines fonctions exécutives.* », nous considérons qu'il faut observer des comportements faisant appel aux capacités d'attention et/ou des comportements faisant appel aux capacités d'abstraction.

3^{ème} grande hypothèse : Les ateliers d'expression corporelle auraient un retentissement positif sur les comportements de communication du patient dans sa vie quotidienne.

Pour valider la 3^{ème} grande hypothèse, nous considérons qu'il faut observer des améliorations concernant la communication non-verbale, la communication verbale, le statut d'interlocuteur, les liens sociaux et/ou la disponibilité à entrer en communication dans la vie quotidienne du patient.

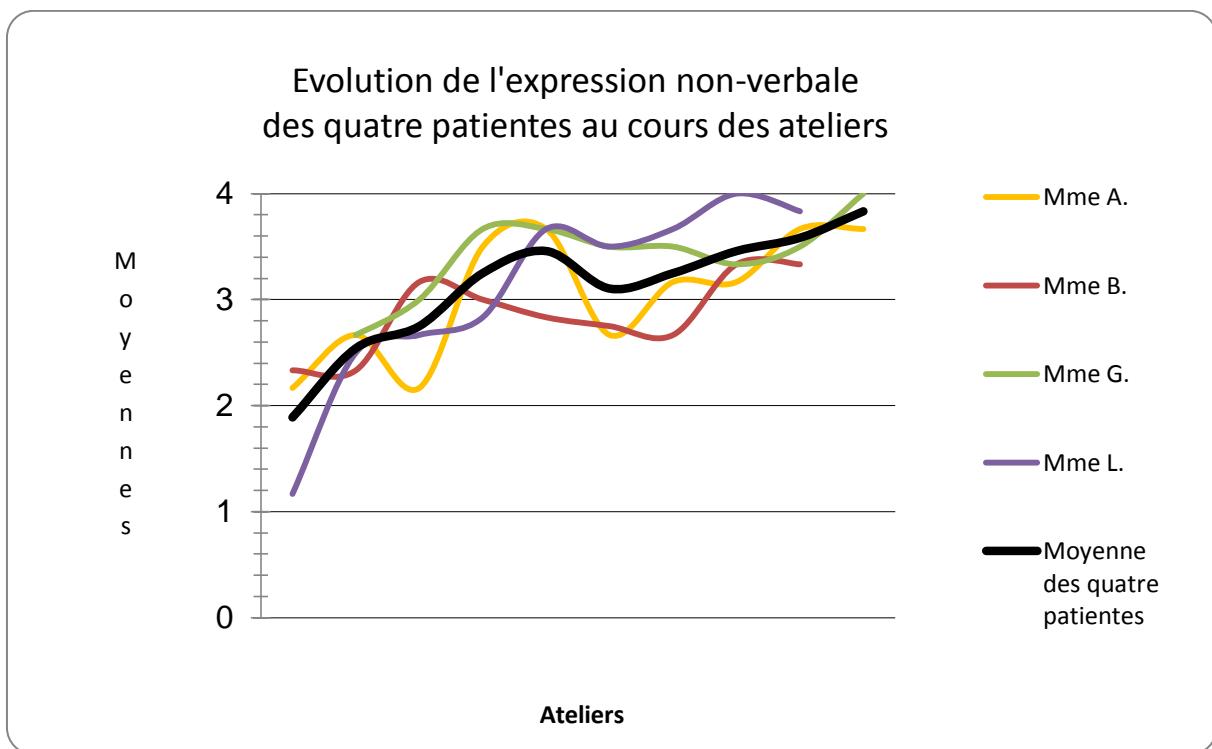
ANALYSE DES RESULTATS ET DISCUSSION

1 ANALYSE DES RESULTATS

1.1 Analyse de la communication non-verbale

1.1.1 Versant expressif

Les moyennes apparaissant sur le graphique ci-dessous font référence aux moyennes des cotations obtenues dans le domaine « communication non-verbale en expression » de la grille d'observation.



Les performances de Mme A. en expression non-verbale sont meilleures en fin de session (Mme A. obtenant une moyenne de 3,67 aux deux derniers ateliers, contre 2,17 et 2,67 aux deux premiers ateliers), notamment en ce qui concerne l'initiation des échanges non-verbaux, l'utilisation de gestes à valeur communicative et l'expressivité du visage. Qualitativement, au fil des ateliers, Mme A. multiplie les moyens de communication non-verbale utilisés ainsi que le nombre d'interlocuteurs auxquels elle s'adresse, et ses échanges sont plus longs. Les gestes qu'elle utilise au début de la session d'atelier sont principalement de nature référentielle (par exemple, désigner une personne), puis ils se diversifient : on

observe des gestes à fonction communicationnelle (par exemple, des approbations de la tête) et, lors des derniers ateliers, des gestes à fonction métalinguistique (par exemple, un geste du bras illustrant son propos « pleine d'élan »). Cependant, la progression de l'expression non-verbale de Mme A. n'a pas été linéaire tout au long de la session d'ateliers.

L'utilisation de l'expression non-verbale de Mme B. progresse au cours de la session d'ateliers, (avec des moyennes passant de 2,33 lors des deux premiers ateliers à 3,33 lors des deux derniers ateliers auxquels elle a participé), notamment par l'établissement d'un contact visuel, l'utilisation de gestes à valeur communicative et du toucher et l'initiation d'échanges non-verbaux. Qualitativement, Mme B. utilise le contact visuel pour entrer en communication avec les autres participants au cours des derniers ateliers et investit le toucher avec davantage d'interlocuteurs. De plus, alors qu'elle utilise principalement des gestes à fonction communicative (par exemple, tendre la main à quelqu'un pour l'aider) au cours des deux premiers ateliers, Mme B. utilise par la suite des gestes à fonction référentielle (par exemple, désigner le pull d'une autre résidente), puis métalinguistique (par exemple, faire un mouvement du doigt signifiant « attention » accompagnant son propos « si on tombe »).

Les moyennes obtenues par Mme G. pour la communication non-verbale en expression progressent au fil de la session d'ateliers (passant de 2,67 à 4), que ce soit pour l'établissement du contact visuel, l'utilisation de gestes à valeur communicative, le toucher ou l'initiation d'échanges non-verbaux. Mme G., qui utilisait peu le toucher au début des ateliers, l'utilise davantage et s'en sert pour entrer en communication avec les autres résidents dans les derniers ateliers. De même, elle utilise plus de gestes à valeur communicative pour initier des échanges avec les autres résidents. Ces gestes, essentiellement à fonction référentielle (par exemple, faire semblant de se moucher lorsqu'elle cherche ses mouchoirs) et communicative (par exemple, se frotter les avant-bras avec les mains pour signifier que cela lui donne des frissons) lors des quatre premiers ateliers, se diversifient et comprennent les trois fonctions décrites par Rousseau (référentielle, communicationnelle et métalinguistique (par exemple, lever ses bras pour appuyer son propos « attendez, je vais monter là-haut »)) lors des cinq derniers ateliers.

L'investissement de l'expression non-verbale de Mme L. suit une progression relativement régulière, passant d'une moyenne de 1,17 lors du 1^{er} atelier à près de 4 au cours des deux derniers ateliers. L'utilisation de gestes à valeur communicative, l'initiation

d'échanges non-verbaux, le toucher, l'établissement du contact visuel ainsi que l'expressivité du visage et du regard ont particulièrement bien évolué au cours des ateliers pour Mme L. L'évolution de l'utilisation de gestes à valeur communicative par Mme L. est particulièrement remarquable. Alors qu'elle n'en utilise quasiment pas lors de la 1^{ère} séance, elle en fait un de ses modes de communication privilégié dans les derniers ateliers. Lors des premiers ateliers, Mme L. utilise des gestes à fonction communicative (par exemple, saluer quelqu'un de loin), puis ses gestes se diversifient pour comprendre les trois types de fonction décrits par Rousseau (référentielle (par exemple, pointer les balles du doigt pour les désigner), communicationnelle et métalinguistique (par exemple, pointer ses oreilles en expliquant qu'elle va chercher ses appareils auditifs)) lors des trois dernières séances. De plus, même si le toucher reste le moyen non-verbal que Mme L. a le moins investi (la moyenne atteignant seulement 1,88), on remarque une progression dans l'utilisation que Mme L. en fait. Lors des premières séances, elle semble réticente au contact physique, puis elle utilise le toucher de manière occasionnelle dans les derniers ateliers, notamment pour plaisanter. De même, l'utilisation du contact visuel chez Mme L. évolue au cours des ateliers. Lors des premières séances, Mme L. ne cherche pas à entrer en communication avec les autres membres du groupe par le regard. Puis, elle établit des contacts mais change rapidement d'interlocuteur, et durant les derniers ateliers, les contacts visuels établis par Mme L. sont de plus longue durée et ses échanges de meilleure qualité.

1.1.2 Versant réceptif

Au fil des ateliers, Mme A. se montre plus attentive à la communication non-verbale des autres participants, y réagit davantage et leur donne également une valeur communicative adaptée ce qui lui permet d'échanger plus facilement par le non-verbal. D'un point de vue quantitatif, les moyennes obtenues par Mme A. pour le versant réceptif de la communication non-verbale progressent en dents de scie au cours de la session d'ateliers, passant de 1,5 au premier atelier à 4 lors de certains ateliers.

Lors des premiers ateliers, Mme B. est peu attentive à la communication non-verbale des autres participants. Lorsqu'elle y prête attention, elle y réagit fréquemment, mais pas toujours de manière adaptée. En revanche, lors des trois derniers ateliers auxquels Mme B. ait participé, elle se montre très attentive à la communication non-verbale, y réagit davantage, et le plus souvent de manière adaptée. Par exemple, au cours du 9^{ème} atelier, lorsque Mme Br. s'arrête de danser, Mme B. s'arrête également, la prend par la main, lui tapote l'épaule et dit

«ça suffit », comprenant ainsi que Mme Br. est fatiguée. D'un point de vue quantitatif, les moyennes obtenues par Mme B. pour la compréhension non-verbale progressent au cours de la session d'ateliers (passant de 1 à 4).

Tout au long des ateliers, Mme G. s'est montrée attentive, voire très attentive, à la communication non-verbale des autres participants. Elle y réagit quasiment systématiquement, mais ses réactions ne sont pas toujours adaptées, surtout lorsque Mme G. présente une forte angoisse. D'un point de vue quantitatif, les moyennes obtenues par Mme G. en compréhension non-verbale se situent entre 2,67 et 4, mais la progression observée au fil de la session d'ateliers n'est pas linéaire.

Alors qu'au début des ateliers, Mme L. est principalement attentive à la communication non-verbale des interlocuteurs qu'elle « considère » (c'est-à-dire le personnel soignant), à la fin des ateliers Mme L. prête attention à la communication non-verbale de tous les participants. D'un point de vue quantitatif, les moyennes obtenues par Mme L. en compréhension non-verbale suivent une progression relativement régulière, passant de 2 à 4.

1.1.3 *Synthèse*

L'augmentation et la diversification des actes de communication non-verbale des quatre patientes, ainsi que la progression du versant réceptif de la communication non-verbale observée chez Mme A., Mme B. et Mme L. au fil des ateliers permettent de valider l'hypothèse 1.a. : « *Les ateliers d'expression corporelle seraient un support adapté pour optimiser la communication non-verbale des patients atteints de DTA à un stade sévère.* ».

1.2 Analyse de l'investissement de la communication verbale

1.2.1 Versant expressif

Quantitativement, la communication verbale en expression a été bien investie par Mme A. tout au long des ateliers, obtenant une moyenne générale de 3 sur la session d'ateliers. Une progression qualitative est remarquée dans ce domaine, Mme A. multipliant le nombre de personnes à qui elle s'adresse de manière verbale.

Quantitativement, Mme B. a bien investi l'expression verbale au cours des ateliers, obtenant une moyenne de 3,4 pour la session d'ateliers. Elle a particulièrement investi l'initiation et la poursuite d'échanges verbaux, notamment dans les derniers ateliers (où elle obtient une moyenne de 4 pour ces deux items). En revanche, son discours n'est pas toujours cohérent.

Mme G. a bien investi l'expression verbale au cours des ateliers, obtenant une moyenne générale de 3,2 pour la session d'ateliers. Elle a fréquemment initié et poursuivi des échanges verbaux. Au fil des ateliers, Mme G. a initié des échanges plus longs, et avec des interlocuteurs plus variés. En revanche, la cohérence de son discours ne progresse pas au cours de la session d'ateliers. Dans les échanges brefs et basés sur du concret, Mme G. parvient à se faire comprendre, mais dans les échanges plus longs et abstraits, son discours est peu compréhensible en raison du nombre important de perséverations verbales (le terme « animations » revenant très fréquemment).

Mme L. a bien investi l'expression verbale au cours des ateliers, obtenant une moyenne générale de 2,8 pour la session d'ateliers. Elle a initié des échanges de manière verbale de plus en plus souvent au fil des ateliers (ses moyennes pour cet item atteignant alors 4), et avec des interlocuteurs de plus en plus variés. La poursuite d'échanges verbaux est facilitée par le port de ses appareils auditifs. En revanche, la cohérence et la pertinence de son discours fluctuent suivant les ateliers.

1.2.2 *Versant réceptif*

Mme A. comprend de manière relativement homogène nos interventions, les interventions des autres personnes présentes à l'atelier et les consignes. Ces trois types de compréhension suivent une progression constante au cours des ateliers et Mme A. obtient des moyennes oscillant entre 3 et 4 lors des derniers ateliers.

L'évolution de la compréhension verbale de Mme B. suit une progression assez régulière (passant d'une moyenne de 1 à 3). Mme B. comprend fréquemment les interventions des participants (avec une moyenne de 2,94 obtenue à cet item), assez fréquemment nos interventions (en ayant pour moyenne 2,56), mais éprouve plus de difficultés à comprendre les consignes, Mme B. s'appuyant beaucoup sur le contexte pour comprendre. Cependant, on note une progression régulière pour ces trois types de compréhension au cours des séances.

La moyenne générale obtenue par Mme G. sur le versant réceptif de la communication verbale est 2,87 (les moyennes obtenues à chaque atelier fluctuant entre 2,33 et 4). On ne note pas de progression régulière dans ce domaine, cependant on remarque que Mme G. obtient ses meilleurs résultats lors du 8^{ème} et du 10^{ème} atelier. Les résultats de Mme G. semblent fluctuer en fonction de son niveau d'angoisse.

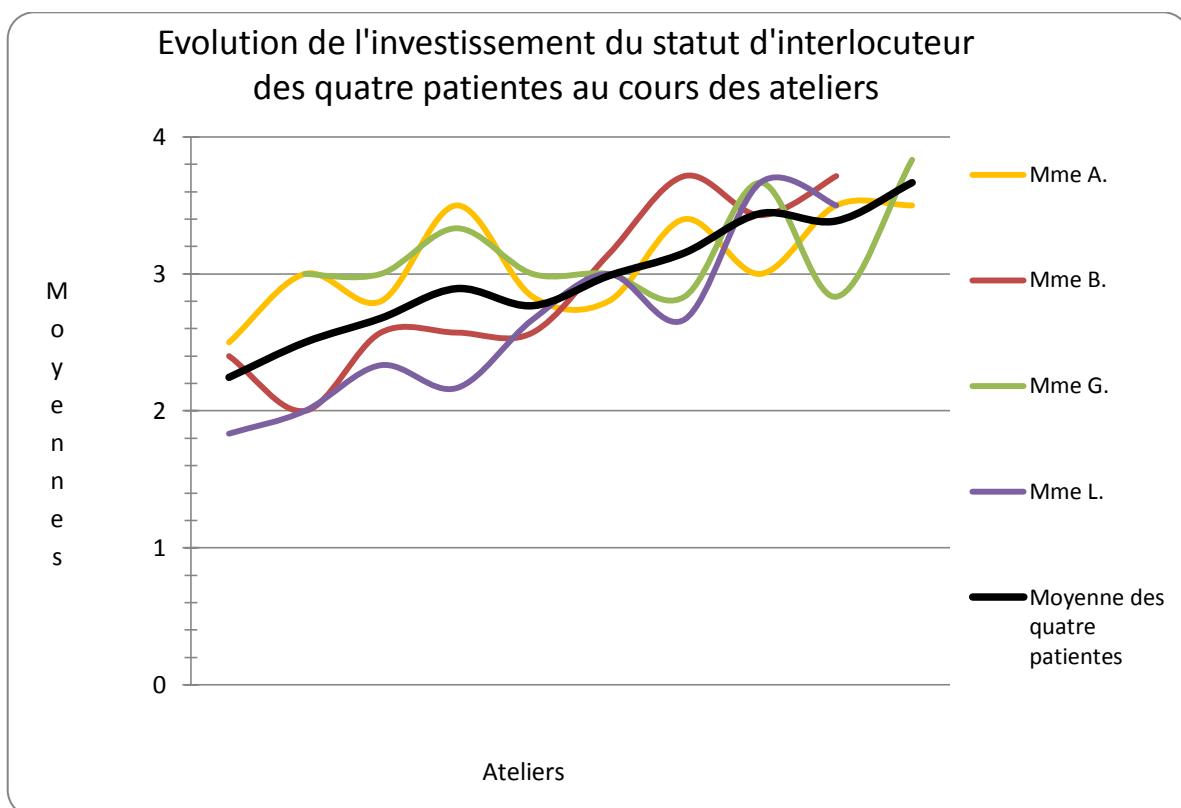
Les ateliers, amenant Mme L. à avoir davantage envie de communiquer avec les autres et donc à porter ses appareils auditifs, permettent à Mme L. d'avoir une meilleure compréhension de la communication verbale au fil des séances (avec des moyennes atteignant 3 lorsque Mme L. porte ses appareils auditifs).

1.2.3 *Synthèse*

Le bon investissement de l'expression verbale de toutes les patientes et l'augmentation du nombre d'interlocuteurs avec lesquels Mme B., Mme G. et Mme L. ont initié des échanges, ainsi que la progression de la compréhension verbale de trois patientes permettent de valider l'hypothèse 1.b.: « *Les ateliers d'expression corporelle seraient un support adapté pour stimuler la communication verbale des patients atteints de DTA à un stade sévère.* ».

1.3 Analyse de l'investissement du statut d'interlocuteur

Les moyennes apparaissant sur le graphique ci-dessous font référence aux moyennes des cotations obtenues dans le domaine « investissement du statut d'interlocuteur » de la grille d'observation.



L'investissement du statut d'interlocuteur de Mme A. a progressé au fil de la session d'ateliers (passant d'un investissement « moyen » avec une moyenne de 2,5 lors du 1^{er} atelier à un investissement satisfaisant avec des moyennes de 3,5 lors des deux derniers ateliers), cependant cette progression n'est pas régulière. Qualitativement, Mme A. passe d'une préférence pour les relations duelles avec les soignants à une ouverture aux autres participants du groupe. De même, Mme A. s'intéresse davantage aux thèmes des conversations au fil des ateliers, alors qu'au début de la session, elle semblait poursuivre les échanges de manière « automatique ».

L'investissement du statut d'interlocuteur de Mme B. a progressé au fil des ateliers, passant d'une moyenne avoisinant 2 au cours des premiers ateliers à une moyenne avoisinant 3,5 lors des trois derniers ateliers auxquels elle a participé. Lors des premiers ateliers, Mme B.

ne respectait pas toujours le tour de rôle (par exemple, elle parlait sans attendre la réponse de son interlocuteur). Puis, au fil des séances, Mme B. parvient à se réapproprier le principe du tour de rôle par les activités gestuelles le faisant intervenir, comme l'imitation miroir ou le message gestuel. Elle s'adapte également de mieux en mieux au thème de la conversation, si bien qu'au cours des derniers ateliers, elle parvient à faire progresser le thème de la conversation et à y intégrer d'autres interlocuteurs. Ses échanges sont alors plus longs et de meilleure qualité. Ainsi, Mme B. s'est réappropriée certains principes de base de l'interaction au cours des ateliers, optimisant alors sa communication.

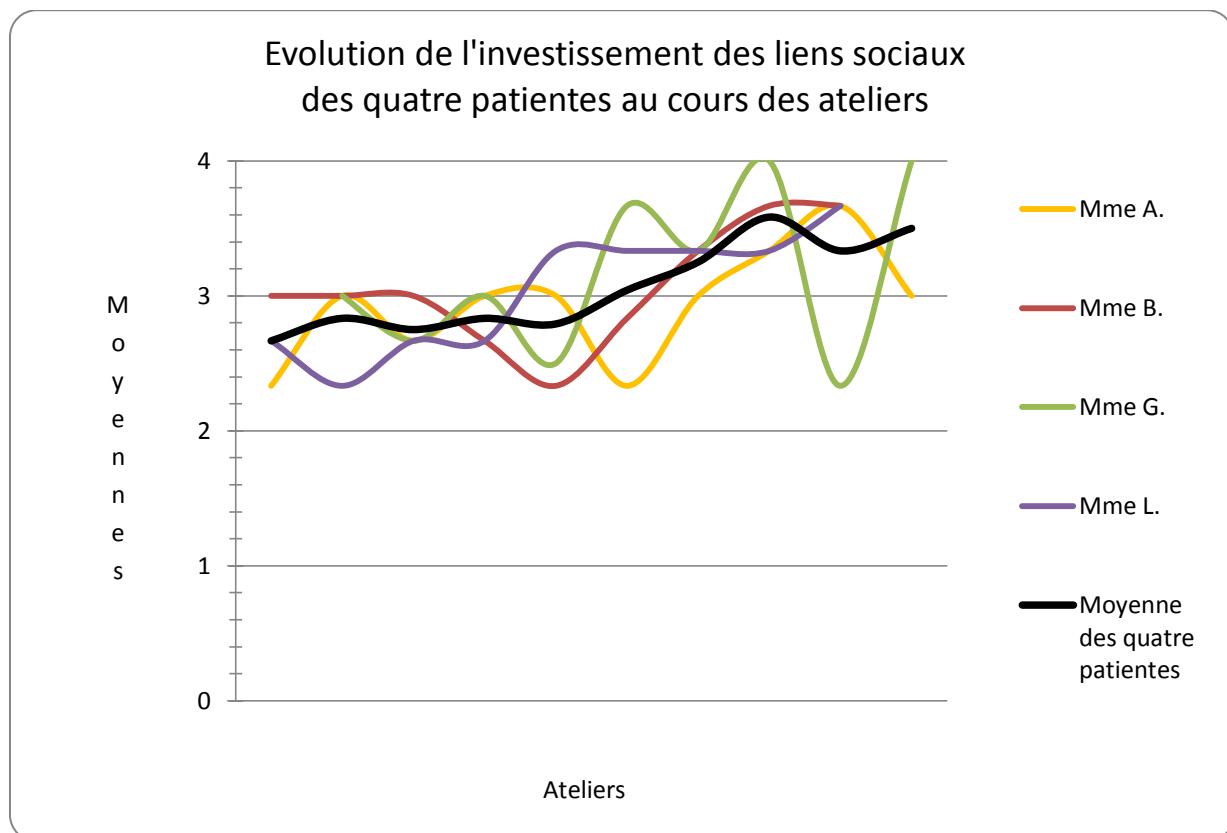
Mme G. a investi de façon satisfaisante son statut d'interlocuteur au cours des ateliers, obtenant des moyennes comprises entre 2,8 et 3,8. Cependant, sa progression dans ce domaine est peu régulière du fait de scores chutés obtenus lors des ateliers où Mme G. a manifesté beaucoup d'angoisse. D'un point de vue qualitatif, Mme G. prête davantage attention aux autres au fil des ateliers. Par exemple, lors du 10^{ème} atelier, Mme G. dit à Mme D. d'un air rassurant : « *je suis là, si vous avez besoin de quoi que ce soit, n'hésitez pas* » en lui caressant le bras. De même, Mme G. est de plus en plus à l'aise dans les activités qui nécessitent le respect du tour de rôle.

L'investissement du statut d'interlocuteur de Mme L. a nettement progressé au fil des ateliers, passant d'une moyenne avoisinant 2 au cours des premiers ateliers à une moyenne avoisinant 3,5 lors des derniers ateliers auxquels elle a participé. Le regard que porte Mme L. sur les autres participants change totalement tout au long des ateliers. Au début des ateliers, Mme L. ne prête pas attention aux autres patients et ne semble pas les considérer. Elle s'adresse ensuite à eux et, dans les derniers ateliers, les aide et semble prendre du plaisir à échanger avec eux. Ainsi, sa participation dans les différents types d'interaction évolue également. Au cours des premiers ateliers, Mme L. a très peu investi les interactions avec plusieurs personnes (avec des moyennes descendant jusqu'à 0), alors qu'au cours des trois derniers ateliers auxquels elle a participé, elle a fréquemment investi les interactions avec plusieurs personnes (obtenant des moyennes de 3 lors de ces ateliers).

La progression de l'investissement du statut d'interlocuteur de trois patientes, ainsi que le niveau satisfaisant d'investissement du statut d'interlocuteur de toutes les patientes permettent de valider l'hypothèse 1.c. : « *Les ateliers d'expression corporelle seraient un support adapté pour renforcer le statut d'interlocuteur de patients atteints de DTA à un stade sévère* ».

1.4 Analyse de l'investissement des liens sociaux

Les moyennes apparaissant sur le graphique ci-dessous font référence aux moyennes des cotations obtenues dans le domaine « liens sociaux » de la grille d'observation.



L'investissement des liens sociaux par Mme A. fluctue au fil de la session d'ateliers. Qualitativement, elle semble de plus en plus à l'aise dans le groupe, ce qui se ressent dans l'investissement de sa communication verbale : Mme A. initie des échanges verbaux avec davantage de personnes au fil des ateliers. Cependant, l'état de fatigue présenté par Mme A. lors de certains ateliers nuit à l'investissement des liens sociaux lors de ces ateliers.

Hormis la diminution de la moyenne observée lors du 4^{ème} atelier, la progression des moyennes de Mme B. pour l'investissement des liens sociaux est constante (passant d'une moyenne de 3 au cours des trois premiers ateliers, à une moyenne de 3,67 lors des deux derniers ateliers auxquels Mme B. prend part). Mme B. semble à l'aise dans le groupe, et ce, dès le début des ateliers : elle obtient une moyenne de 3,43 à cet item. Cela est remarquable, car, selon le personnel soignant, Mme B. serait habituellement angoissée lorsqu'elle doit rejoindre un groupe.

Les moyennes obtenues par Mme G. pour l’investissement des liens sociaux évoluent positivement au cours des ateliers (passant de 3 au cours des premiers ateliers à une moyenne très satisfaisante de 4 à partir du 5^{ème} atelier), hormis pour l’avant-dernier atelier pour lequel la moyenne est plus faible. Les scores de Mme G. sont chutés à cet atelier en raison d’une très forte angoisse, qui ne favorise pas l’investissement des liens sociaux. A l’inverse, lorsque Mme G. est moins angoissée, comme lors du 10^{ème} atelier, elle investit mieux les liens sociaux et plaisante énormément avec les différents membres du groupe.

Les moyennes obtenues par Mme L. pour l’investissement des liens sociaux suivent une progression lente mais constante du 2^{ème} au dernier atelier (passant de 2,33 à 3,67). L’évolution positive de l’investissement des liens sociaux de Mme L. est à mettre en parallèle avec l’augmentation quantitative et qualitative de son expression verbale et non verbale. Lorsque Mme L. choisit de porter ses appareils auditifs, elle s’intègre alors plus facilement au groupe et échange davantage avec les différents membres en investissant la communication verbale (qu’elle investissait déjà beaucoup) ainsi que la communication non-verbale (qu’elle commence à investir dès le 3^{ème} atelier). Mme L. a choisi de porter ses appareils auditifs à partir du 4^{ème} atelier, alors qu’elle les porte très rarement dans la vie quotidienne, estimant que « *cela ne sert à rien* ». Cela signe son appétence à communiquer.

L’investissement des liens sociaux de toutes les patientes a progressé au fil des ateliers. Il est devenu « très bon » pour chacune. Cela permet de valider l’hypothèse 1.d.: « *Les ateliers d’expression corporelle seraient un support adapté pour renforcer les liens sociaux entre des patients atteints de DTA* ».

1.5 Analyse de la disponibilité à entrer en communication

1.5.1 Interprétation des observations

1.5.1.1 Analyse de l'item « ne présente pas de perséverations verbales (mots ou idées) et/ou motrices »

Grâce à l'item « ne présente pas de perséverations verbales (mots ou idée) et/ou motrices » de la grille d'observation, nous avons pu observer une diminution de ces perséverations au fil des ateliers pour deux patientes et une compensation d'une persévération verbale par des gestes pour une troisième patiente.

Pour Mme B., la diminution du nombre de perséverations au cours des séances lui laisse la possibilité de mieux investir sa place d'interlocuteur. Pour Mme L., les perséverations d'idées sur son statut de directrice d'école diminuent légèrement à la fin des ateliers, ce qui permet à Mme L. de s'ouvrir à d'autres thèmes de conversation.

Pour Mme G., le nombre de perséverations verbales ne diminue pas, mais elle parvient à les compenser par l'utilisation de gestes qui lui permettent de se faire comprendre. Par exemple, Mme G. va demander ses « animations » en mettant ses mains autour de ses yeux pour signifier les lunettes.

En ce qui concerne Mme A., le nombre de ses perséverations physiques (balancements de jambes) ne diminuent pas au fil des ateliers.

1.5.1.2 « Mots-bilans » des patientes

Tout d'abord, les résidents nous ont fait part de leur plaisir de pouvoir s'exprimer et communiquer avec les autres, ce qui correspond à l'un des trois comportements de base développés par Feil (2012) : « *s'exprimer* ». Mme A. dit ainsi à la fin d'un atelier : « *Ça fait du bien d'être avec des personnes comme vous pour pouvoir dire des choses.* » Mme B. l'exprime autrement : « *C'est bien, ça fait sortir des choses de là* (geste vers sa poitrine). »

Le bien-être lié à la résurgence des liens sociaux est également évoqué par Mme B. : « *Ce qui fait plaisir aussi c'est le contact tous ensemble* », « *On vit, en même temps, tous ensemble, ça fait plaisir* », par Mme L. : « *Quand vous venez, les gens sortent de leur chambre, et ils se voient un p'tit peu* » et par Mme A. « *C'est beau de voir toutes ces personnes âgées qui bougent* ». Cela tend à s'inscrire dans un autre comportement de base décrit par Feil : « *être aimé* ».

Les patientes de notre étude évoquent également un autre type de plaisir, lié au 3^{ème} comportement de base de Feil (2012) : « *être utile* ». Chez Mme L., ce besoin de faire, d'être utile est prépondérant dans son discours. Pour Mme A., l'atelier permet de « *remuer* ». Mme B. dit quant à elle : « *Je préfère bouger, sinon on ne fait rien* ». Grâce à l'atelier, elle « *n'est pas là sans rien faire* ». Et Mme G. s'exclame à la fin d'un atelier : « *Il n'est pas trop tard pour faire des choses* ».

Les patientes évoquent aussi leur sentiment de présence au monde, leur besoin d'exister. Ainsi, Mme G. dit « *C'est quelque chose qui fait que je suis là* » et Mme L. : « *Je lutte, faut montrer qu'on existe* ».

D'une manière générale, des expressions de plaisir sont exprimées tout au long des ateliers par les quatre patientes participant à notre étude. Mme A. mentionne « *le sourire* », Mme G. « *le rire* », Mme B. « *la gentillesse, la gentillesse inoubliable* » et Mme L. « *le plaisir* ». On retrouve une idée de transformation de l'état général du patient au cours de l'atelier. Par exemple, Mme G., très angoissée au début d'un atelier, nous dit à la fin de ce même atelier : « *On se sent jeune maintenant* ».

1.5.2 Interprétation des réponses au questionnaire

Trois soignants ayant participé aux ateliers et ayant l'habitude de s'occuper des patientes de notre étude ont répondu au questionnaire. Par souci d'anonymat, nous les nommerons dans ce travail A.G., B.I et C.K.

Nous avons choisi de représenter les résultats quantitatifs obtenus au questionnaire sous forme de tableau pour plus de clarté. Les retentissements positifs sont marqués par un « + » et les retentissements négatifs par un « - ». Lorsqu'il n'y a pas eu de retentissement particulier observé ou que les soignants ont décidé de ne pas remplir les cases, nous avons fait le choix de ne rien noter. (A.G. et B.I. n'ont pas répondu au questionnaire pour Mme A. et Mme G., ne les connaissant pas suffisamment au quotidien.)

	Mme A.	Mme B.	Mme G.	Mme L.
Anxiété	+(selon C.K.)	+(selon A.G. et B.I.)	+(selon C.K.)	+(selon C.K., A.G. et B.I.)
Agressivité		+(selon C.K. et B.I.)	+(selon C.K.)	+(selon B.I.)
Idées noires		+(selon A.G.)	+(selon C.K.)	+(selon C.K., A.G. et B.I.)
Persévérations			+(selon C.K.)	+(selon C.K. et A.G.)

Selon A.G., Mme B. est beaucoup plus souriante pendant l'atelier, comportement qu'elle avait à son arrivée à l'EHPAD, avant que son moral baisse et que ses capacités diminuent. D'après B.I., Mme B. participe à l'atelier car il n'y a pas la notion d'échec, Mme B. ne participant plus aux autres activités pour cette raison. Enfin, A.G. et B.I. souligne que Mme L. a ri à plusieurs reprises, comportement qu'elle ne présente plus habituellement dans sa vie quotidienne.

1.5.3 *Synthèse*

La diminution des persévérations présente chez trois patientes, les expressions de bien-être formulées par les quatre patientes au cours des ateliers, ainsi que l'amélioration du bien-être des patientes au cours des ateliers par rapport à leur vie quotidienne permettent de valider l'hypothèse 1.e. : « *Ces ateliers permettraient de favoriser la disponibilité du patient à entrer en communication.* ».

1.6 Analyse de la stimulation de la mémoire

1.6.1 Souvenir des précédents ateliers

Les ateliers d'expression corporelle ont permis de stimuler la mémoire de Mme A., Mme A. se souvenant notamment de nous, du lieu des ateliers et de certaines parties des activités. Ainsi, même si elle ne dit pas explicitement nous reconnaître, Mme A. est de plus en plus complice avec nous et nous confie davantage de faits personnels. De plus, au fil des ateliers, elle semble se souvenir de mieux en mieux du lieu où se déroulent les ateliers. Par exemple, lors du 9^{ème} atelier, Mme A. donne la main à Mme P. et la guide jusqu'au lieu de l'atelier. Enfin, à partir du 5^{ème} atelier, elle reproduit des gestes vus lors de précédents ateliers et initie des activités réalisées au cours des séances précédentes, comme aller saluer quelqu'un ou faire passer un message. Et lorsque Cécile rencontre Mme A. deux semaines après la fin des ateliers, Mme A. lui dit : « *Je me suis sentie lancée vers vous, je ne me l'explique pas* », puis « *Vous comprenez les gestes, pas besoin de mots* », ce qui montre bien qu'il y a un souvenir partiel de l'atelier et de l'utilisation de gestes durant ces moments d'atelier.

La mémoire de Mme B. a été stimulée par les ateliers d'expression corporelle, Mme B. se souvenant notamment de nous, de sa participation aux ateliers et de certaines parties des activités. Ainsi, au fil des ateliers, Mme B. semble se souvenir de nous et des autres participants de l'atelier. Par exemple, lors du 5^{ème} atelier, Mme B. déclare « *Je suis contente de vous voir, ça faisait longtemps qu'on ne s'était pas vues* ». Lors des dernières séances, Mme B. semble se souvenir d'avoir participé à l'atelier. Lors de la 8^{ème} séance, Mme B. dit : « *Oh oui, c'est comme la dernière fois* », lorsque nous lui proposons de participer à l'atelier. Mme B. semble également se souvenir de certaines activités de l'atelier. A la 2^{ème} et 3^{ème} séance, elle commente un geste en disant : « *Ah, ça j'ai déjà fait !* ». Enfin, dans les derniers ateliers, elle reprend à deux reprises le schéma de clôture de l'atelier, initie l'échauffement et commence l'activité de salut lorsque Mme G. se dirige vers elle.

Les ateliers d'expression corporelle ont permis de stimuler la mémoire de Mme G., Mme G. se souvenant notamment de nous, du lieu des ateliers et de certaines parties des activités. Ainsi, lors du 2^{ème} atelier auquel Mme G. a participé, elle dit nous avoir déjà vues. Aux ateliers suivants, Mme G. plaisante avec nous en disant « *Avec vous, je peux plaisanter, on se connaît* ». Puis, Mme G. nous accueille par un geste de salut, ce qui reprend une activité de l'atelier. Lorsque Cécile voit Mme G. deux semaines après la fin des ateliers, Mme G. lui

dit « *On a fait des choses, ensemble* », en faisant un geste de salut du bras. De plus, Mme G. commence à reconnaître les lieux à partir du 6^{ème} atelier, elle dit : « *C'est pas la première fois que je monte ici. Je monte, pas souvent, mais de temps en temps* ». Enfin, au cours de certains ateliers, Mme G. semble se souvenir d'une activité ou d'un moment de l'atelier en particulier. Par exemple, lors du 8^{ème} atelier, Mme G. entame l'échauffement en proposant les balancements de jambes.

La mémoire de Mme L. a été stimulée par les ateliers d'expression corporelle, Mme L. se souvenant notamment de nous, du lieu des ateliers, de sa participation aux ateliers et de certaines parties des activités. Ainsi, Mme L. semble se souvenir du lieu où se déroulent les ateliers. Par exemple, lors du dernier atelier auquel elle a participé, Mme L. se rend seule à l'atelier sans avoir regardé auparavant ce qu'il s'y passait. De même, au fur et à mesure des ateliers, nous n'avons plus besoin de rappeler à Mme L. pourquoi nous la sollicitons, elle semble se souvenir de l'atelier. D'ailleurs, lors du 9^{ème} atelier, Mme L. dit qu'il y « *a un grand cercle aujourd'hui* » signifiant qu'elle compare le nombre participants de cet atelier au nombre de participants des ateliers précédents. Enfin, Mme L. semble se souvenir de certaines parties des ateliers. Par exemple, lors du 5^{ème} atelier, Mme L. initie une ronde en prenant Mme B. et Cécile par la main et en balançant les bras, comme nous l'avions fait lors de la danse finale au cours des précédents ateliers.

1.6.2 *Mémoire mobilisée au cours de l'atelier*

En ce qui concerne la mémorisation de la séquence de gestes, Mme B., Mme G. et Mme L. parviennent lors d'une séance à redonner au moins l'un des mouvements de la séquence ; mais aucune n'y parvient totalement, et on ne note pas d'évolution de ces performances au fil des ateliers. En ce qui concerne la mémorisation d'une consigne durant le temps de l'activité, on ne remarque pas non plus d'évolution notable au cours des ateliers pour ces quatre patientes.

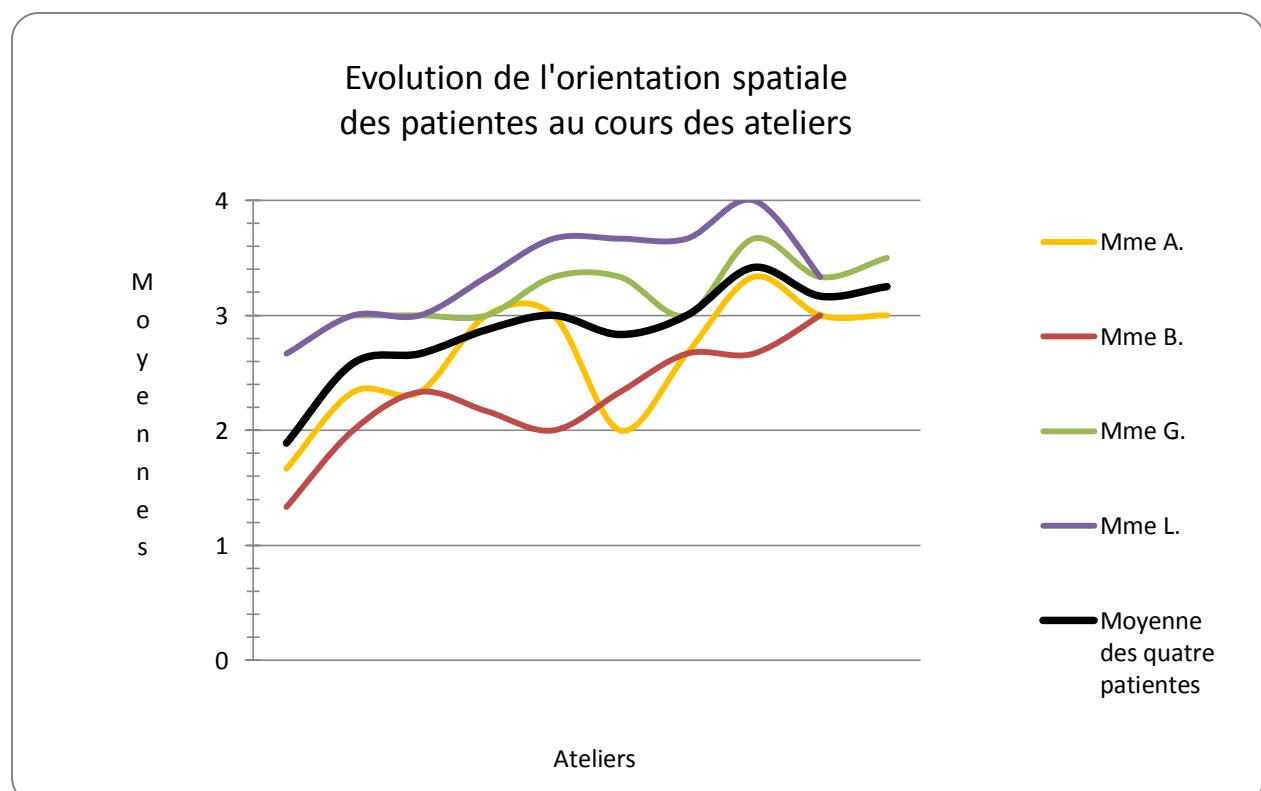
Le travail mnésique réalisé au cours de chaque atelier n'a donc pas permis d'observer l'efficacité de ces stimulations sur la mémoire de ces quatre patientes.

1.6.3 Synthèse

Les activités réalisées au cours des ateliers n'ont pas permis de mettre en avant une stimulation efficace de la mémoire, les patientes présentant des difficultés à reproduire des séquences de mouvements. En revanche, la régularité des ateliers a permis de solliciter la mémoire des patientes et de leur faire évoquer des souvenirs des ateliers précédents, ce qui permet de valider partiellement l'hypothèse 2.a. « *Les ateliers d'expression corporelle seraient un support adapté pour stimuler la mémoire, fonction cognitive altérée dans la DTA et altérant la communication* ».

1.7 Analyse des bénéfices de l'atelier sur l'orientation spatiale

Les moyennes apparaissant sur le graphique font référence aux moyennes des cotations obtenues dans le domaine « orientation spatiale » de la grille d'observation.



L'orientation spatiale de Mme A. progresse au fil des ateliers, passant d'un niveau moyen lors des premiers ateliers à un niveau satisfaisant au cours des derniers ateliers. La meilleure orientation de son corps lui permet d'échanger davantage avec les autres membres du groupe.

Mme B. était faiblement orientée dans l'espace au cours des premiers ateliers, puis son orientation spatiale s'est améliorée et est devenue satisfaisante au cours des derniers ateliers en particulier en ce qui concerne l'appropriation de l'espace proche et de l'espace lointain.

L'orientation spatiale de Mme G. a été satisfaisante au cours des différents ateliers. Une progression qualitative est visible sur l'ensemble des ateliers, Mme G. orientant son corps de manière adaptée pour les échanges non-verbaux au fil des ateliers. Concernant l'appropriation de l'espace lointain, Mme G. progresse également : c'est elle qui « ouvre l'espace » lors de l'un des ateliers : alors que tous les participants restaient dans un espace restreint, elle initie un déplacement vers un espace plus élargi.

L'orientation spatiale « moyenne » que possédait Mme L. au cours des premiers ateliers s'est améliorée au fil des ateliers et est devenue très satisfaisante lors des derniers ateliers. Ainsi, lors des derniers ateliers, Mme L. est capable de gérer son espace proche et de le réajuster vis-à-vis des autres. De plus, Mme L. investit de mieux en mieux l'espace lointain au fil des séances. Lors du 6^{ème} atelier, Mme L. va investir spontanément l'espace derrière les sièges. Puis, dans les derniers ateliers, elle accompagne d'autres participants dans leur prise d'espace. Enfin, Mme L. optimise l'orientation de son corps au fil des séances, l'utilisant au fur et à mesure pour échanger de manière non-verbale et s'adresser de manière adaptée à tout le groupe.

L'amélioration de l'investissement de l'espace de Mme A., Mme B. et Mme L., ainsi que l'orientation satisfaisante de Mme G. permettent de valider l'hypothèse 2.b. : « *Les ateliers d'expression corporelle seraient un support adapté pour stimuler l'orientation temporo-spatiale, fonction cognitive altérée dans la DTA et altérant la communication.* ».

1.8 Analyse de la stimulation des fonctions exécutives

1.8.1 Attention

Mme A. parvient à maintenir son attention lorsqu'elle participe à une activité, mais lorsqu'elle est spectatrice, elle se disperse souvent en allant à la rencontre d'un participant.

Au début des ateliers, Mme B. est rapidement distraite par les personnes présentes dans la salle de vie. Petit à petit, elle est plus attentive à ce qu'il se passe dans l'atelier, bien qu'elle se mette parfois à chanter. Dans le 9^{ème} atelier, dernier atelier auquel Mme B. ait participé, Mme B. est capable de revenir dans l'activité qu'elle vient de quitter. Ainsi, dans l'activité de marche, Mme B. s'assoit mais recommence à lever ses bras lorsque les autres personnes participant à l'activité les lèvent.

Au cours des premiers ateliers, Mme G. ne parvient pas à maintenir son attention sur l'activité. Par exemple, elle se met à chanter "*C'était au bal musette*" en dansant la valse. Puis, elle parvient au fil des ateliers à moins se disperser et à être plus attentive aux activités proposées. Par exemple, lors du dernier atelier, lorsque M. N. veut passer à côté d'elle, Mme G. lui prête attention pour le laisser passer, puis reporte immédiatement son attention sur l'activité en cours.

L'attention que porte Mme L. sur les activités est de meilleure qualité au fur et à mesure des ateliers, ce qui semble principalement dû au port de ses appareils auditifs. Cependant, Mme L. prête attention à l'activité uniquement lorsque nous sommes impliquées dans cette activité ; lorsque nous sommes amenées à nous occuper d'autres résidents, Mme L. s'assoit et attend.

1.8.2 Abstraction

Mme A. parvient dès les premières séances à proposer des mouvements lors des différentes activités. Cependant, elle ne parvient pas à comprendre ce qui est imaginé. Puis, Mme A. devient elle-même capable de trouver des images au fil des ateliers. Ainsi, lors du 5^{ème} atelier, Mme A. propose un mouvement rotatif de la main en précisant « *tourner la sauce* ». De même, lorsqu'Anne fait de petits cercles avec sa jambe, Mme A. dit : « *Elle a dévissé ses jambes* ». De plus, lors des derniers ateliers, Mme A. propose davantage de mouvements, et réussi à mettre du sens sur les mouvements qu'on lui propose. Par exemple, elle fait véritablement semblant d'attraper quelque chose lors de la séquence de gestes.

Lors du 1^{er} atelier, Mme B. est incapable de proposer un geste, elle répond « *Je sais pas grand-chose, moi* ». Puis, elle parvient à proposer jusqu'à plusieurs mouvements par séance lors des derniers ateliers, comme se taper les cuisses et lever les bras par exemple. De plus, Mme B. parvient à proposer des images abstraites à partir de mouvements qu'elle voit. Par exemple, lors de grands mouvements de bras, Mme B. dit « *C'est comme un oiseau, on vole* ».

Lors du 1^{er} atelier auquel elle participe, Mme G. propose des mouvements lors de l'activité en miroir, mais elle demande rapidement à changer de rôle car elle n'a plus d'idée. Puis, au fil des ateliers, Mme G. propose des mouvements de plus en plus variés, comme faire le moulin avec ses mains, pédaler, croiser les jambes, pianoter dans l'air, etc. Elle propose également des variantes aux mouvements que nous proposons, ce qui permet de faire évoluer nos propositions et celles des autres participants. Elle initie également de nombreux gestes avec de plus en plus de personnes et à des moments différents de l'atelier.

Mme L. propose dès les premières séances quelques mouvements lors de l'activité en miroir. Lors des séances suivantes, Mme L. propose de réaliser de nouveaux mouvements ou des variantes des mouvements qui sont proposés. Cependant, lorsque nous proposons des mouvements impliquant l'abstraction, comme attraper quelque chose d'imaginaire, Mme L. éprouve le besoin de recourir à des mouvements concrets pour les effectuer. Puis, au fur et à mesure des séances, elle met davantage de sens sur les mouvements abstraits qui lui sont proposés.

1.8.3 *Synthèse*

Les activités proposées lors de l'atelier ont permis de mobiliser les capacités d'attention et les capacités d'abstraction des quatre patientes, ce qui permet de valider l'hypothèse 2.c. : « *Les ateliers d'expression corporelle seraient un support adapté pour stimuler certaines fonctions exécutives altérées dans la DTA et entravant la communication* ».

1.9 Analyse du retentissement des ateliers sur les comportements de communication des patientes dans leur vie quotidienne

D'après les réponses obtenues au questionnaire transmis aux soignants, les bénéfices observés sur la communication non-verbale, la communication verbale, le statut d'interlocuteur et les liens sociaux des patientes n'ont pas été transférés dans la vie quotidienne.

Cependant, des bénéfices observés dans la disponibilité à entrer en communication ont pu être observés après les séances. Nous avons choisi de représenter les résultats quantitatifs obtenus au questionnaire sous forme de tableau pour plus de clarté. Les retentissements positifs sont marqués par un « + » et les retentissements négatifs par un « - ». Lorsqu'il n'y a pas eu de retentissement particulier observé ou que les soignants ont décidé de ne pas remplir les cases, nous avons fait le choix de ne rien noter. A.G. et B.I. n'ont pas répondu au questionnaire pour Mme A. et Mme G., ne les connaissant pas suffisamment au quotidien.

	Mme A.	Mme B.	Mme G.	Mme L.
Anxiété	+ (selon C.K.)	+(selon C.K. et A.G.)	+(selon C.K.)	+(selon C.K.)
Agressivité		+(selon C.K.)		
Idées noires		+(selon C.K. et A.G.)		- (selon C.K.)
Persévérations		+(selon C.K.)		- (selon C.K.)

Après les séances, les ateliers d'expression corporelle ont eu un retentissement positif sur l'anxiété présentée par les quatre patientes, ainsi que sur l'agressivité, les idées noires et les perséverations que Mme B. présentait.

En revanche, selon C.K, après les ateliers, Mme L. présentaient davantage d'idées noires et de perséverations, ce qui lui arrive fréquemment après les activités organisées, car elle vit mal le retour à son quotidien en institution, quotidien qui ne lui plaît pas.

La meilleure disponibilité à entrer en communication observée chez les patientes après les ateliers permet de valider partiellement la 3^{ème} grande hypothèse : « *Les ateliers d'expression corporelle auraient un retentissement positif sur les comportements de communication du patient dans sa vie quotidienne* ».

2 DISCUSSION

2.1 Validation des hypothèses

L'analyse des résultats et des sous-hypothèses effectuée ci-dessus va nous permettre de valider ou d'invalider les trois grandes hypothèses posées précédemment.

2.1.1 Première grande hypothèse : stimulation et optimisation de la communication

L'analyse des résultats a permis de valider les cinq sous-hypothèses relatives à la première grande hypothèse, à savoir :

- « Ces ateliers permettraient d'optimiser la communication non-verbale du patient » ;
- « Ces ateliers permettraient de stimuler la communication verbale du patient » ;
- « Ces ateliers seraient un support adapté pour renforcer le statut d'interlocuteur » ;
- « Ces ateliers seraient un support adapté pour renforcer les liens sociaux entre des patients atteints de DTA résidant dans un cadre institutionnel » ;
- « Ces ateliers permettraient de favoriser la disponibilité du patient à entrer en communication ».

La validation de nos cinq sous-hypothèses permet de valider notre première grande hypothèse : « *Les ateliers d'expression corporelle seraient un support thérapeutique adapté pour favoriser la communication du patient atteint de DTA* ».

Ces résultats rejoignent la littérature actuelle et notamment Hoener et Gardey (2004) qui constataient un apport des thérapies à médiation corporelle sur la communication verbale des patients, Rizzolati (2008) in Polydor (2009) qui considérait les gestes comme « *une autre forme de communication* », Lejeune, Desana et Ducloy (2011) pour qui le geste ouvrait « *un espace relationnel* » et Rousseau et Gatignol (2012) qui affirmaient que le groupe permettait au patient de retrouver son statut de sujet communiquant, de favoriser ses interactions verbales et non-verbales et de s'adapter davantage à son interlocuteur.

2.1.2 Deuxième grande hypothèse : stimulation des fonctions cognitives altérées

L’analyse des résultats a permis de valider deux sous-hypothèses relatives à la deuxième grande hypothèse, à savoir :

- « Ces ateliers seraient un support adapté pour stimuler l’orientation spatiale » ;
- « Ces ateliers seraient un support adapté pour stimuler certaines fonctions exécutives (attention et abstraction) ».

De plus, l’analyse des résultats a permis de valider partiellement une sous-hypothèse relative à la 2^{ème} grande hypothèse, à savoir : « Ces ateliers seraient un support adapté pour stimuler la mémoire ».

La validation de deux sous-hypothèses et la validation partielle de la troisième sous-hypothèse permet de valider en partie notre deuxième grande hypothèse : « *Les ateliers d’expression corporelle permettraient de stimuler certaines fonctions cognitives altérées dans la DTA à un stade sévère et entravant la communication* ».

Ces résultats rejoignent la littérature actuelle et notamment Sheridan (1996) et Bumanis (1987) in Lesniewska (2003) lorsqu’ils rapportent que l’expression corporelle peut permettre aux personnes souffrant de DTA d’améliorer leur orientation spatiale et Damasio (1994) qui met en évidence le lien existant entre les systèmes neuraux sous-tendant les mouvements du corps et ceux relatifs à l’attention et à la créativité.

2.1.3 Troisième grande hypothèse : retentissement dans la vie quotidienne

Notre 3^{ème} grande hypothèse : « Les ateliers d'expression corporelle auraient un retentissement positif sur les comportements de communication du patient au cours de sa vie quotidienne » n'est qu'en partie validée. D'après les réponses reçues aux questionnaires, l'atelier aurait seulement eu un retentissement positif au niveau de la disponibilité des patientes à entrer en communication.

Ces résultats rejoignent la littérature actuelle et notamment Lesniewska (2003) pour qui l'expression corporelle peut permettre l'amélioration des troubles du comportement en constituant un support à l'agressivité et en réduisant les comportements stéréotypés. En revanche, nous n'avions pas trouvé dans nos recherches d'arguments en faveur d'une amélioration des autres comportements de communication dans la vie quotidienne, ce que nous n'avons pas, par ailleurs, réussi à démontrer dans cette présente étude.

2.2 Limites de notre étude

Nous nous sommes conformées aux exigences d'un travail de recherche, mais comme tout travail de recherche, les résultats obtenus au cours de cette étude comportent des limites.

2.2.1 Une étude clinique et non statistique

Les résultats de notre étude indiquent plusieurs tendances positives et confirment les hypothèses initialement posées. Cependant, notre étude n'ayant porté que sur quatre patientes, cela est insuffisant pour pouvoir généraliser les effets observés des ateliers d'expression corporelle à toute la population de patients atteints de DTA. Notre étude permet de donner un aperçu de l'intérêt orthophonique que peuvent présenter les ateliers d'expression corporelle auprès de personnes atteintes de DTA, mais elle n'est pas suffisante pour affirmer les effets de cet outil, contrairement aux résultats d'une étude statistique.

2.2.2 Une étude relativement courte

Les ateliers d'expression corporelle se sont déroulés pendant dix semaines (à raison d'une heure par semaine), ce qui a permis de mettre en avant des résultats positifs. Cependant

d'autres bénéfices auraient peut-être pu être observés si l'étude avait été réalisée à plus long terme (par exemple, au niveau du retentissement dans la vie quotidienne du patient).

2.2.3 Une étude réalisée dans des conditions réelles

Nous avons choisi de réaliser ces ateliers dans des conditions similaires aux conditions dans lesquelles pourrait se dérouler un atelier organisé dans le cadre de l'EHPAD Korian Le Gentilé. Ainsi, nous proposions à tous les résidents de l'unité dans laquelle nous nous trouvions de participer. Du fait des sorties organisées, des visites et de l'état de santé des patients, les ateliers ont été suivis par un nombre variable de personnes, atteints à des degrés divers de démence. Du fait du nombre variable de patients à l'atelier, la dynamique de groupe a fluctué d'un atelier à l'autre, ce qui a pu influencer les résultats de notre étude. Par exemple, lorsque Mme B. se trouvait en présence de Mme P. qui est malvoyante, elle obtenait un meilleur score à l'item « *utilise le toucher pour entrer en contact et s'exprimer* ».

L'évolution de la maladie a également pu participer à la fluctuation des résultats que nous avons observée au cours de la session d'ateliers.

2.2.4 La finesse des observations

Les patients que nous avons suivis présentant une DTA à un stade avancé, les perspectives d'évolution favorable sont faibles (mais existantes) et s'observent donc de manière assez fine. Ainsi, il se peut que nos grilles d'observation n'aient pas été assez sensibles pour permettre d'extraire tous les éléments de l'atelier qui intéressent l'étude.

De plus, nous attribuions les cotations en nous appuyant sur tous les éléments relevés au cours de l'atelier, mais il était parfois difficile de trancher entre deux cotations, le choix entre seulement 5 cotations possibles étant assez restreint.

Enfin, il convient de souligner que notre propre adaptation aux patientes au fil des ateliers a pu faciliter leur communication et se traduire par l'obtention de meilleurs résultats pour les patientes.

2.2.5 La finesse des analyses

En analysant les grilles d'observation, nous avons tenté de prendre en compte les facteurs variables pouvant influencer les résultats de l'étude tels que la forme physique, le niveau d'anxiété, etc. Cependant, il est possible que nous n'ayons pas relevé tous les paramètres influant sur les résultats.

CONCLUSION

Au vu de l'augmentation du nombre de personnes atteintes de DTA, les orthophonistes interviennent et interviendront de plus en plus auprès de patients atteints de cette démence. Afin de leur proposer une PEC de qualité, les orthophonistes peuvent employer diverses approches, adaptées aux besoins et aux capacités des patients, mais également aux savoir-faire du thérapeute. Par cette présente étude, nous avons cherché à savoir si l'expression corporelle pouvait constituer l'une de ces approches et être un support adapté pour optimiser la communication de patients atteints de DTA. Pour répondre à ce questionnement, nous avons mis en place des ateliers d'expression corporelle qui se sont déroulés dans l'EHPAD Korian Le Gentilé de Laxou une fois par semaine pendant dix semaines.

Au terme de ces expérimentations, nous avons pu évaluer les effets d'une telle PEC, en analysant les comportements de communication des patients et la stimulation de leurs fonctions cognitives à l'aide d'une grille d'observation que nous avons remplie et de questionnaires complétés par le personnel soignant de l'EHPAD ayant participé aux ateliers. **Les résultats obtenus sont probants : ils permettent de souligner l'efficacité de ces ateliers pour favoriser la communication des patients atteints de DTA (en optimisant la communication non-verbale, en stimulant la communication verbale et en renforçant le statut d'interlocuteur, les liens sociaux et la disponibilité à entrer en communication) et pour stimuler certaines fonctions cognitives altérées (l'attention, les capacités d'abstraction et l'orientation temporo-spatiale). En revanche, seule la meilleure disponibilité à entrer en communication s'est prolongée dans la vie quotidienne des patients.**

Initialement, nos expériences respectives dans le domaine de l'expression corporelle, ainsi que nos connaissances orthophoniques de la DTA nous avaient amenées à penser que la pratique de l'expression corporelle pouvait apporter des bénéfices en termes de communication chez les patients atteints de DTA. Les résultats positifs de notre étude confortent cette idée et permettent d'objectiver notre intuition première. Ainsi, nous pensons que des ateliers d'expression corporelle peuvent être un support orthophonique pertinent (pour des orthophonistes à l'aise dans cette pratique) pour favoriser la communication de patients

atteints de DTA. Cependant, il nous semble important de souligner que cette approche n'est pas exclusive et qu'il serait profitable de l'associer à d'autres approches (l'approche écosystémique, par exemple, qui prend en compte l'environnement du patient).

Ce travail de recherche fut très enrichissant pour nous, tant d'un point de vue orthophonique que personnel. Il nous a permis d'approfondir nos connaissances théoriques sur la DTA et le fonctionnement d'un EHPAD, ainsi que d'acquérir des savoir-être et des savoir-faire vis-à-vis des patients atteints par ce type de démence. Nous avons pu expérimenter la gestion d'un atelier de groupe avec ces patients, nécessitant des capacités d'adaptation importantes, ainsi qu'un positionnement en tant que futures thérapeutes.

De plus, nous avons pu expérimenter la richesse d'un travail en équipe, à la fois au sein de notre binôme, mais également avec le personnel soignant de l'EHPAD Korian Le Gentilé. Les échanges avec les différents interlocuteurs que nous avons pu avoir nous ont permis de réaliser notre projet en l'inscrivant au mieux dans les possibilités et le quotidien de la structure. Par ailleurs, certaines personnes de l'équipe soignante ont décidé de poursuivre les ateliers, ayant trouvé que c'était un support d'activité pertinent pour maintenir les capacités de communication des patients et relativement facile à mettre en place dans leur structure.

Enfin, cette expérience positive d'une approche orthophonique prenant en compte le patient dans sa globalité nous apporte une vision complémentaire à celle que nous avons pu trouver dans nos études. Elle nous conforte également dans l'idée que des activités peu traditionnelles (mobilisant le canal corporel par exemple, ce qui est relativement rare en orthophonie) peuvent être proposées de manière tout à fait pertinente.

Les ateliers nous ont aussi permis de partager de très beaux moments de vie avec les patients de notre étude ainsi qu'avec les autres résidents et les soignants des Unités pour Personnes Agées Dépendantes. Nous pensons que les personnes atteintes de DTA sont des êtres particulièrement sensibles et qu'il est possible de les rejoindre sur le plan de cette sensibilité pour proposer une PEC adaptée. Ainsi, nous avons la ferme intention de poursuivre ce type de pratique dans nos futures vies professionnelles.

Des perspectives de recherches se dégagent de ce travail. Tout d'abord, il pourrait être intéressant de proposer ce type d'ateliers à une cohorte plus importante d'individus et sur une durée plus longue afin de pouvoir généraliser les résultats obtenus lors de cette étude. De plus, il pourrait être intéressant de proposer ce type d'ateliers à des patients atteints de DTA à un stade moins sévère, cela permettrait peut-être de mettre en avant des bénéfices différents de ceux que nous avons observés. Enfin, nous avons constaté que les ateliers d'expression corporelle pouvaient apporter des bénéfices aux participants présentant d'autres démences qu'une DTA. Ainsi, il pourrait être intéressant d'étudier les bénéfices orthophoniques que pourraient apporter de tels ateliers pour des patients présentant des démences sémantiques, vasculaires ou fronto-temporales. Nous pourrions même imaginer élargir l'utilisation de ce type d'atelier à des patients présentant d'autres pathologies dans le cadre d'une prise en charge orthophonique (bégaiement ou troubles envahissants du développement, par exemple).

BIBLIOGRAPHIE

Ankri J. (2000). *La maladie d'Alzheimer*. Paris : Hermann.

Association France Alzheimer (2013). *L'accompagnement spécialisé en établissement*. Paris : Union nationale des associations France Alzheimer et maladies apparentées.

Association France Alzheimer (2013). *La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées*. Paris : Union nationale des associations France Alzheimer et maladies apparentées.

Association France Alzheimer (2013). *Malgré la maladie, la vie continue*. Paris, Union nationale des associations France Alzheimer et maladies apparentées.

Association LECMA : Ligue Européenne Contre la Maladie d'Alzheimer (2014). *Maladie d'Alzheimer : le cerveau à la loupe*. Boulogne-Billancourt : Daisy Day Films.

Association Zouïp (2014). *Ateliers expression corporelle et mouvement dansé en hôpital de jour*. Amiens : E-monsite.

Barroche G. (2012). *La mémoire*. Université de Lorraine : cours pour les étudiants en orthophonie.

Bartolami S. (2014). *La mémoire*. Université de Montpellier II : cours de neurobiologie.

Basquin M. (1995). *La psychomotricité de la pensée et l'affectif*. La thérapie psychomotrice, page 21.

Benoît A.-L. (2010). *Utiliser l'improvisation théâtrale pour stimuler la communication verbale et non-verbale de patientes atteintes d'une DTA*. Université de Franche-Comté : Mémoire d'orthophonie.

Breitman Z. (2002). *Se souvenir des belles choses*. Paris : Pan Européenne Edition.

Brouillet D. et Syssau A. (2005). *La maladie d'Alzheimer, Que sais-je?* Paris : Presses Universitaires de France.

Bouzelloc M. et Le Lay C. (2011). *Mémoire et apprentissage procédural dans le cadre de la maladie d'Alzheimer : quelles possibilités en phase légère à modérée?* Université Lille 2 : Mémoire d'orthophonie.

Camus A. (1942). *L'étranger*. Paris : Editions Gallimard.

Chaby L. (2012). *Emotion et perception à l'épreuve de l'âge*. Cerveau et Psycho n°53, pages 70-77.

Chasseuil A. (2004). *90 activités et jeux d'expression*. Paris : UFCV.

Choque J. (2005). *L'expression corporelle, 300 exercices- adultes et enfants*. Nice : La Traverse.

Choulet P. (2013). *L'humanité est aussi parfois une histoire sans parole*. Université de Strasbourg : Colloque francophone sur la dysphasie.

Cornet J.-A. (2010). *Maladie d'Alzheimer, troubles de la communication et prise en charge orthophonique*. Partage Orthophonie Neuropsychologie Théorie et Thérapie.

Cros V. (2004). *Une expérience d'art-thérapie à dominante expression corporelle auprès d'adolescents souffrant de troubles du comportement*. Faculté de médecine de Tours : Mémoire d'art-thérapie.

Damasio A. (1994, traduit en 2010). *L'erreur de Descartes*. Paris : Odile Jacob.

Damasio A. (1999). *Le sentiment même de soi : corps, émotions, conscience*. Paris : Odile Jacob.

De Cazaux G. (2013). *Elle rit dans la nuit, Alzheimer au quotidien*. Paris : Anne Carriere Eds.

Deleplace E. (2013). *Sur la piste de la maladie d'Alzheimer*. Signes de vie n°31, pages 8-21.

Desana M.-O. (2013). *La maladie arrive, la vie continue*. Contact n°104, page 3.

Feil N. (1997). *Validation mode d'emploi - Techniques élémentaires de communication avec les personnes atteintes de démence sénile de type Alzheimer*. Paris : Pradel.

Feil N. (2005). *Validation, la méthode de Naomi Feil - Pour une vieillesse pleine de sagesse*. Rueil-Malmaison : Editions Lamarre.

Ferreras I. (2013). *La tête en l'air*. Paris : Bacfilms.

Fortino I. (2013). *Une expérience d'art-thérapie à dominante danse/expression corporelle auprès de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'autres troubles apparentés*. Université catholique de Lille : Mémoire d'art-thérapie.

Fossard M. (2013). *Le vieillissement cognitif : changements cérébraux et qualité de vie*. Université de Neuchâtel : cours de logopédie.

Gattignol P. et Rousseau T. (2012). *L'émotion dans la maladie d'Alzheimer*, Rééducation Orthophonique n°251 : Soins palliatifs et orthophonie, pages 63-70.

Gatignol P. et Rousseau T. (2012). *Les troubles du langage chez l'adulte*. Cerveau et Psycho n°54, pages 33-39.

Gautron C., Gatignol P. et Lazennec-Prevost G. (2010). *Benefice de la stimulation orthophonique de groupe de patients Alzheimer et évolution de l'accès au lexique au cours de la maladie*, Glossa n°109, pages 72-92.

Graham M. (2003). *Mémoire de la danse*. Arles : Acte Sud.

Halprin A. (2010). *Le souffle de la danse*. Paris : Nour Films.

Haneke M. (2012). *Amour*. Paris : Les films du losange.

Heller M. (1991). *Les émotions : un parcours littéraire pour psychothérapeutes*. Paris : Conférence donnée en décembre 1991 à Paris.

Hoennier C. et Gardey A.-M. (2004). *La démence sénile de type Alzheimer : pertinence d'une prise en charge psychothérapique à médiation corporelle*. L'information psychiatrique, volume 80, n° 10, pages 829-840.

Horde P. (2013). *Maladie d'Alzheimer*. Saint Denis : Equinix France.

Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale : INSERM. (2014). *Alzheimer*. Paris : Inserm/DSI.

Lejeune A., Desana M.-O. et Ducloy I. (2011). *Musique, mouvement et maladie d'Alzheimer*. Marseille : Solal.

Lesniewska H. (2003). *Alzheimer : thérapie comportementale et art-thérapie en institution*. Paris : L'Harmattan.

Lesniewska H. (2013). *Faire face à la maladie d'Alzheimer - Prévenir, surmonter, ralentir*. Paris : Retz.

Le Tallec S. (2004). *Approches et pratiques corporelles en orthophonie*. Université de Nantes : Mémoire d'orthophonie.

Locke J. (2002). *Essai sur l'entendement humain Livre IV*. Paris : Librairie Philosophique J. Vrin.

Martinez J. (2010). *Regard sur Mats Ek*. Le Perreux : Web sur Marne.

Maurer K. et U. (2007). *Alzheimer, vie d'un médecin, histoire d'une maladie*. Paris : Michalon.

Meunier-Fromenti J. (1991). *Musique et mouvement*. Paris : Editions Vigot.

Meyer C. (2011). *Démences et orthophonie, mise en place d'un atelier thérapeutique autour de la musique*. Université de Lorraine : Mémoire d'orthophonie.

Noisette P. (2010). *Danse contemporaine, mode d'emploi*. Paris : Flammarion.

Ogay S. (1996). *Alzheimer : communiquer grâce à la musicothérapie*. Paris : L'Harmattan.

Parlange E. et Antoine L. (2012). *Prévenir et aider pour mieux vivre la maladie*. Contact n° 100, pages 6-9.

Ploton L. (2009). *Maladie d'Alzheimer, à l'écoute d'un langage*. Lyon : Chronique Sociale.

Ploton L. (2010). *Ce que nous enseignent les malades d'Alzheimer*. Lyon : Chronique Sociale.

Poirier J. et Gauthier S. (2011). *La maladie d'Alzheimer. Le Guide*. Saint-Laurent : Les éditions du Trécarré.

Polydor J.-P. (2009). *Alzheimer, mode d'emploi*. Le Bouscat : L'esprit du Temps.

Polydor J.-P. (2011). *Danses avec l'Alzheimer - L'hypothèse des neurones-miroirs*. Cannes : Conférence organisée par l'Association Monégasque pour la Recherche sur la Maladie d'Alzheimer.

Pottier L. (2014). *Prise en charge orthophonique des démences*. Université de Lorraine : cours pour les étudiants en orthophonie.

©Prescrire (février 2014). *Pour mieux soigner, des médicaments à écarter*. Prescrire, tome 34, n° 364, page 137-143.

Rizzolatti G. et Sinigaglia C. (2008). *Les neurones miroirs*. Paris : Odile Jacob.

Rodriguez J. et Troll G. (2006). *L'art-thérapie, Pratiques, techniques et concepts*. Paris : Ellébore.

Rosenthal O. (2007). *On n'est pas là pour disparaître*. Paris : Editions verticales.

Rousseau T. (1995). *Communication et maladie d'Alzheimer*. Isbergues : Orthoédition.

Rousseau T. (2004). *Maintien et adaptation des fonctions de communication chez les personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives*. Les approches thérapeutiques en orthophonie, tome 4, pages 149-170. Isbergues : Orthoédition.

Rousseau T. (2011). *Maladie d'Alzheimer et troubles de la communication*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

Rousseau T. (2013). *Communication et maladie d'Alzheimer, évaluation et prise en charge*. Isbergues : Orthoédition.

Salzer J. (1981). *L'expression corporelle, un enseignement de la communication*. Paris : Presses Universitaires de France.

Sellal F. et Kruczak E. (2007). *Maladie d'Alzheimer*. Rueil-Malmaison : Doin.

Sieveking D. (2012). *Ne m'oublie pas*. Paris : Dissidenz Films.

Touchon J., Gabelle A. et Brun V. (2013). *Maladie d'Alzheimer et communication*. Montpellier : Sauramps Medical.

Troussard M.-C. (2008). *Evi-danse en psychiatrie adulte*. Entretiens de psychomotricité, pages 79-85.

Wenisch E. (2007). *La stimulation cognitive*. Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie, Paris : DU de réhabilitation neuropsychologique.

Witt J. (2007). *La plume du silence, Toi et moi... et Alzheimer*. Paris : Presses de la Renaissance.

ANNEXES

1. Présentation d'un atelier mené
2. Plaquette de présentation de notre projet
3. Affiche réalisée après chaque atelier
4. Grille d'observation de Mme L. complétée pour les séances 7, 8 et 9
5. Exemple d'un questionnaire à destination du personnel soignant complété

1 PRESENTATION D'UN ATELIER MENE

Nous présentons ici un exemple de trame d'atelier pour que le lecteur puisse se faire une idée concrète du déroulement d'un atelier :

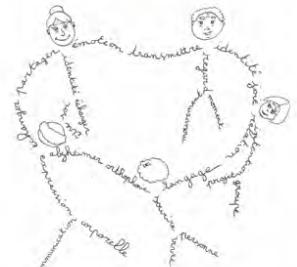
- Entrée en matière
- Rituel d'entrée dans l'atelier (tour des prénoms et échauffement)
- Marche et salut
- Danse libre
- Séquence de mouvements
- Activité avec le ballon
- Signature
- Imitation miroir
- Transmission d'un message non-verbal
- Rituel de fin d'atelier (danse finale, moment de détente, bilan)
- Clôture de l'atelier.

2 PLAQUETTE DE PRESENTATION DU PROJET

Avant de commencer nos ateliers, nous nous sommes rendues à deux reprises (une fois en novembre et une fois en décembre) dans les Unités pour Personnes Agées Dépendantes (UPAD) de l'EHPAD Korian Le Gentilé, afin de rencontrer les patients et l'équipe soignante et de nous familiariser avec le lieu. Suite à cette rencontre, nous avons voulu créer un support écrit à destination des patients (pour les informer que des ateliers d'expression corporelle auraient lieu prochainement), de leurs proches (afin qu'ils soient informés de notre projet) et des soignants (également pour qu'ils en soient informés, mais aussi pour les inviter à y participer). Nous avions envie que ce projet d'ateliers suscite des échanges entre les résidents, leur famille et l'équipe soignante. C'est pour ces diverses raisons que nous avons réalisé une brochure expliquant notre projet et informant du planning prévisionnel des ateliers.

Ateliers d'expression corporelle à destination des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

Dans le cadre d'un mémoire de fin d'étude en orthophonie



EHPAD Korian le Gentilé (Laxou)

Qui sommes-nous ?

Nous sommes 2 étudiantes en dernière année d'école d'orthophonie et pratiquons diverses activités de danse et d'expression corporelle depuis une quinzaine d'années.



Cécile et Anne

Que proposons-nous ?

Dans le cadre de notre mémoire de fin d'études, nous proposons des ateliers d'expression corporelle aux patients atteints de la maladie Alzheimer résidant à l'EHPAD Korian le Gentilé."

A quoi sert l'orthophonie ?

L'orthophonie a pour but de favoriser la communication, notamment chez les personnes touchées par la maladie d'Alzheimer.

L'orthophoniste va aider la personne à mettre en place des stratégies de compensation pour faire face aux troubles installés.

Pourquoi proposer des ateliers d'expression corporelle ?

« Le mouvement est un langage, une expression en soi. » Mats Ek
Nous voulons proposer aux personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer de pouvoir communiquer autrement grâce à l'expression corporelle.

Quand et où ?

Nous interviendrons les vendredis de 15h à 16h, de janvier à mars 2014. Les ateliers se dérouleront au sein des unités spécialisées Alzheimer de l'EHPAD Korian le Gentilé.

3 AFFICHE REALISEE APRES CHAQUE ATELIER

Toujours dans le but de rappeler l'atelier aux résidents, de rendre visible notre projet et de s'en servir pour proposer un support de discussion, nous déposions chaque jeudi une affiche présentant l'atelier du vendredi précédent. Ces affiches étaient exposées dans les deux unités de vie protégée de l'EHPAD Korian Le Gentilé. Sur chaque affiche, nous proposions des citations des résidents extraites de l'atelier précédent ainsi que des photos des résidents participant à l'atelier. Voici l'une de ces affiches :



4 GRILLE D'OBSERVATION DE MME L. COMPLETEE POUR LES SEANCES 7, 8 ET 9

Mme L.	Eléments observés	7 ^{ème} séance (21.02.2014)		8 ^{ème} séance (28.02.2014)		9 ^{ème} séance (07.03.2014)	
Disponibilité à entrer en communication / attitudes et bien être	Semblaient en forme physiquement	4		4		4	
	Semblaient venir à l'atelier avec plaisir	4	Lorsqu'Anne vient la chercher pour l'atelier, Mme L. dit « on peut ? » en indiquant le lieu de l'atelier, et vient nous rejoindre sans qu'on ait besoin de l'accompagner.	4	Mme L. accepte tout de suite de venir participer à l'atelier, alors qu'elle est en train de faire un jeu avec un dictionnaire qui semble beaucoup lui plaire.	4	Mme L. accepte tout de suite de venir à l'atelier lorsqu'Anne lui propose.
	Présente une attitude corporelle détendue (niveau d'anxiété, etc.)	3		3		3	
	Semblaient être émotionnellement disponible (pas d'idées noires, etc.)	3		3		3	
	Présente un comportement général positif (pas d'agressivité, etc.)	3		3		3	
	Ne présente pas de perséverations verbales (mots ou	3	Parle à Anne de son passé de directrice d'école plusieurs fois.	4		3	Parle à Cécile et à Anne de son passé de directrice d'école.

	idée) et/ou motrices				
Communication non-verbale en expression	Etablit un contact visuel	4	<p>Lorsque Mme L. propose de grands mouvements de bras lors de l'échauffement, elle cherche un contact visuel pour que ses mouvements soient repris. Mme L. cherche à établir un contact visuel avec Mme G. pendant la marche pour lui montrer ses mouvements de bras.</p> <p>Etablit un contact visuel avant de lancer la balle.</p> <p>A la fin de l'atelier, elle ne cherche plus à établir un contact visuel avant d'envoyer la balle. Est-ce une volonté de surprendre ou un réel manque d'attention vis-à-vis de l'autre ?</p>	<p>En arrivant à l'atelier, Mme L. cherche à établir un contact visuel avec Anne pour lui demander : « Je me mets là ? ».</p> <p>Lors d'un moment où on lève les bras, Mme L. cherche à établir un contact visuel avec Anne pour lui montrer qu'elle lève les siens au maximum.</p> <p>Lors de la danse finale, Mme L. établit régulièrement un contact visuel avec Mme D. qui est à côté d'elle toujours assise dans son fauteuil.</p> <p>Ne regarde pas Cécile et Anne lorsqu'elle leur lance la balle. Est-ce un manque au niveau du contact visuel ou l'envie de « piéger la chef » ?</p> <p>Signifie par « Mais ils ne regardent pas ! » l'importance qu'elle accorde au regard.</p>	<p>Pendant la marche, lorsque Mme L. passe devant M. R., elle cherche à établir un contact visuel avec lui et balance davantage ses bras pour attirer son attention.</p> <p>Lors de l'activité de massage, lance la balle au stagiaire infirmier qui ne la regarde pas. Encore une fois, serait-ce pour piéger les « chefs » ?</p> <p>Lorsque Cécile lance la balle à Mme L., celle-ci établit tout de suite un contact visuel.</p>
	Présente un regard expressif	4	Lorsqu'Anne fait semblant de lui lancer une balle, Mme L. présente un regard étonné.	Lorsque Cécile arrête de lever haut ses jambes, Mme L. rigole en regardant Mme B. d'un air complice.	Mme L. présente un regard expressif lorsqu'Anne fait semblant de lui envoyer le ballon.
	Présente un visage expressif	4	Lorsqu'Anne lui demande comment elle va, Mme L. fait une moue signifiant qu'elle est fatiguée.	Exprime à Anne sa volonté que celle-ci lève ses jambes plus haut dans l'échauffement, grâce à des mimiques du visage (Anne étant de l'autre côté du groupe, il est très adapté de communiquer de manière non-verbale	A un moment, lors de la danse avec Anne, Mme B. et Mme G., Mme L. fait une mimique du visage signifiant qu'elle souhaite s'arrêter et s'assoir.

			<p style="text-align: center;">pour se faire comprendre). Mimique du visage accompagnée d'un geste des bras pour faire peur à Cécile.</p> <p>Mme L. présente un visage très expressif pendant l'imitation miroir, ce qui fait rire Mme A.</p>	
Utilise des gestes à valeur communicative pour rentrer en contact et s'exprimer	4	<p>Geste à valeur communicative avec ses bras signifiant : « ça y va ! ». Mme L. pointe du doigt Mme A. pour indiquer à Anne que c'est elle qui l'a chatouillée.</p> <p>Lors de l'activité de ballon, geste avec ses bras pour signifier à Mme A. qu'elle souhaite avoir le ballon.</p> <p>Mme L. utilise un geste pour signifier à Mme A. que c'est à elle de lui faire une caresse.</p> <p>Mme L. fait un geste en direction de Cécile afin de lui demander si la balle qu'elle a ramassée lui appartient.</p> <p>Pointe Cécile du doigt en disant « elle les a tous » (en parlant des balles).</p>	<p>Lorsqu'elle dit à l'AMP qu'elle va chercher ses « oreilles », Mme L. accompagne ses propos d'un geste de la main désignant ses oreilles.</p> <p>Mme L. fait un geste des bras à Anne pour signifier : « ça suffit, j'arrête de lever les jambes si haut ! ».</p> <p>Fait un geste de la main à Cécile en lui disant : « Allez, plus haut ».</p> <p>Même geste en direction de Mme B. Pendant les grimaces, fait un geste des bras accompagné d'une mimique du visage pour faire peur à Cécile.</p> <p>Pendant l'activité de salut, lorsqu'Anne passe près d'elle, Mme L. lui tend la main.</p> <p>Pendant la signature et pendant le message avec Mme A., Mme L. fait un geste à valeur communicative pour signifier que c'est la fin à Mme A.</p> <p>Lorsque Mme A. demande à Mme L. « Vous êtes d'accord ? », Mme L. hausse les épaules.</p> <p>Lorsque Mme L. comprend la proposition de geste de Mme A., elle écarte les bras d'étonnement !</p> <p>Fait un geste pour demander qu'on lui lance la balle.</p> <p>Pointe du doigt la balle à plusieurs</p>	<p>Lorsque Mme L. tient les mains d'Anne et lui propose des mouvements, elle termine par un geste de bras vers le bas pour signifier qu'elle veut arrêter.</p> <p>Lorsque Mme G. demande à Mme L. « J'étais là ou là ? » en désignant successivement deux chaises du doigt, Mme L. lui répond par un hochement d'épaule signifiant qu'elle ne sait pas.</p> <p>Pendant la séquence de gestes, lorsque Mme G. descend vers l'avant pour plaisanter, Mme L. rigole en la montrant du doigt.</p> <p>Lorsque Cécile donne à Mme L. la consigne de l'activité du message « Vous devez transmettre ce message à votre voisine », Mme L. montre du doigt Mme P. en regardant Cécile pour la questionner.</p> <p>Lorsque Mme P. qui est malvoyante se dirige vers la chaise où Mme L. est assise, celle-ci lui fait un geste pour lui indiquer la chaise sur laquelle elle peut s'asseoir et dit « c'est votre chaise, là ! »</p> <p>Au moment de la danse finale, Mme L. tend sa main vers M.R. pour qu'il se lève et qu'il rejoigne le cercle. Puis,</p>

			reprises pour signifier aux autres où elle est.	par geste, indique à M.R. que sa voisine Mme A. est assise et qu'il faut également qu'elle rejoigne le cercle.
Utilise le toucher pour rentrer en contact et s'exprimer	2	Mme L. n'initie pas d'échange par le toucher, mais elle n'est pas réticente à l'utiliser. Lors de l'activité de salut, lorsqu'Anne vient lui serrer la main, Mme L. lui prend la 2 ^{ème} main et initie un balancement des bras.	3 + Lors de la prise d'espace vers l'avant, Mme L. attrape la main de Cécile pour plaisanter. Lors de l'activité du message, Mme L. prend les mains de Mme A. Utilise le toucher pour attirer l'attention d'Anne vers Mme D. qui bouge les bras en s'écriant « Et, regardez, elle fait des mouvements ! » Lors de la danse finale, Mme L. donne la main à Mme D.	Lors de la recherche d'espace vers l'avant, Mme L. attrape la main d'Anne en souriant. Puis, lorsque Mme A. et Mme G. cherchent à aller le plus loin possible vers l'avant avec leur bras, Mme L. leur attrape les mains pour plaisanter. Lorsqu'Anne vient la saluer en lui serrant la main, Mme L. lui dit « Vous avez deux mains, hein ? » puis lui prend les deux mains et les balance. Lors de la marche, Mme L. se dirige vers Mme P., lui prend la main et la balance pour la faire danser en lui disant « Balancez vot' jambe ». Lors de la danse finale, Mme L. pose sa main sur l'épaule de Mme P. qui semble fatiguée.
Initie un échange de manière non-verbale	4	Lors du salut initié par Anne, Mme L. lui prend les deux bras, les balance et rit, puis elle les lève pour laisser passer Mme G. en dessous. Lors de l'activité du ballon, Mme L. initie un échange non-verbal avec Mme A. en lui signifiant qu'elle souhaiterait avoir le ballon par un geste des bras. Mme L. initie une grimace lorsque tout le monde est regroupé au milieu afin de faire rire tous les participants.	4 Mme L. incite Anne à lever les jambes plus haut en utilisant l'expression du visage et ses propres levers de jambes. Mme L. initie un jeu non-verbal avec Anne en faisant semblant de faire de la boxe à distance avec elle. 4 Lorsque Mme A. s'avance vers Mme L., celle-ci lui tend les mains afin d'initier un échange non verbal. Initie un balancé de bras avec Cécile en disant : « Allez, vous aussi, y a pas de raisons. » Transmet à plusieurs reprises le	Pendant la marche, lorsque Mme L. passe devant M. R., elle cherche à établir un contact visuel avec lui et balance davantage ses bras pour attirer son attention. 4 Lorsque Mme G. fait une plaisanterie, Mme L. se tourne vers Mme B. pour lui montrer et en rire avec elle. Mme L. initie la transmission du message gestuel (caresse) en le faisant tourner dans le sens inverse.

				<p>message.</p> <p>Mme L. initie une grimace lorsque tout le monde est regroupé au milieu afin de faire rire tous les participants.</p> <p>Serre la main de Mme B. pour lui dire au revoir.</p>			
Communication non-verbale en réception	Est attentif à la communication non-verbale de l'autre	3	Mme L. prête attention au non-verbal de Mme G. lorsque celle-ci initie une descente des bras vers le bas. Elle l'imitera ensuite.	3	Mme Po. vient prendre Mme L. par la main pendant le lever de bras, mais Mme L. ne semble pas réagir particulièrement.	4	Mme L. rit lorsqu'elle voit qu'on reprend ses mouvements. Lors de la danse avec Anne, Mme B. et Mme G., Mme L. reprend les mouvements de pieds proposés de manière non-verbale par Anne. Pendant la séquence de gestes, lorsque Mme G. descend vers l'avant pour plaisanter, Mme L. rigole en la montrant du doigt.
	Réagit à la communication non-verbale de l'autre	4	Quand Mme L. voit Mme V. se lever pour partir, elle l'interpelle et lui conseille de rester. Lorsque Mme A. fait une caresse à Mme L., celle-ci se retourne vers Cécile et lui dit : « C'est pas fort ».	4	Lorsque Mme G. initie l'échauffement en proposant des mouvements de jambes, Mme L. l'imitera. Réagit à l'arrêt de lever de jambes de Cécile en disant : « Oui, c'est fatigant, hein ! ». Lorsque Mme D. a le bras levé avec une balle dans sa main, Mme L. la regarde en tendant ses bras et en disant « Allez-y, lancez ! »	4	Mme L. rit de voir les grimaces des autres. Lorsqu'Anne vient la saluer, Mme L. rit en lui serrant la main de manière très énergique. Echange non-verbal entre Mme G. et Mme L. : Mme G. pose les bras sur ses accoudoirs et Mme L. l'imitera puis elles rient ensemble (Mme Bru les imite ensuite). Lors de la danse avec Anne, Mme B. et Mme G., tout le monde s'abaisse en pliant les genoux et Mme G. en profite pour plaisanter en s'asseyant sur la chaise derrière elle. Cela fait rire Mme L. qui dit : « Oh oh elle triche ». Rentre dans le jeu non-verbal d'Anne lorsque celle-ci fait semblant de lui

					envoyer le ballon, puis rit avec Anne et Mme B. Lorsque Mme L. et le stagiaire infirmier balancent leurs bras, Mme L. rit et s'exclame « Ah, ça vaut le coup. » Lorsque Cécile demande à Mme L. « Vous n'avez pas mis vos... » en faisant un geste à l'oreille, Mme L. répond « Chuis ici, chuis ici, je ne sors plus » pour expliquer pourquoi elle n'a pas mis ses appareils.
Donne une valeur adaptée aux messages non verbaux de l'autre	4	Mme L. rit quand Mme A. la chatouille. Mme L. prend en compte le regard interrogateur de Cécile par rapport à sa clé qu'elle tient dans la main et dit : « C'est ma clé, j'ai pas de poche, c'est un pantalon sans poche, c'est idiot... ». Lorsque Cécile fait un geste signifiant que la balle est à Mme A., Mme L. lui lance. Quand Anne fait semblant de lui lancer la balle, Mme L. comprend la situation et rit. Lorsque Mme L. dit à Cécile : « Elle les a toutes », Cécile fait un geste des bras pour les cacher et Mme L. rit de sa plaisanterie.	4	Mme L. voit Mme V. sourire et dit : « Elle est contente ». Mme L. rit lorsqu'Anne fait semblant de lui lancer le ballon. Quand M. T. lance le ballon trop loin, Anne commence à se lever pour le récupérer, mais Mme L., qui est plus proche, se lève en disant : « Nan, mais j'y vais ! ». Lorsque Mme A. essaie de lever les jambes, Mme L. la regarde et dit « Essayez, essayez, mais si, vous pouvez ! » puis quand Mme A. y parvient « Oui, bah oui, c'est bien ; bravo ! ». Lorsque Mme L. voit Mme D. lever les bras, elle poursuit avec elle un échange non-verbal !	Lors de l'échauffement, M. R. propose un mouvement de bras vers le haut. Mme L. le voit mais ne le suit pas. Lors d'un échange de regard avec Anne, elle comprend qu'elle lui propose de l'imiter. Lorsque Mme P. sourit de voir M.R., Mme L. dit : « Elle est contente ». Lorsque Mme P. avec qui Mme L. danse semble fatiguée, Mme L. met sa main sur son épaule et cherche une chaise pour que Mme P. puisse s'asseoir. Lorsque Mme L. lance la balle à M.R. qui n'arrive pas à la rattraper, Mme A. claque ses mains sur ses cuisses et rit en regardant Mme L., celle-ci se met à rire avec Mme A. Lorsque Mme D. lance la balle à Mme L., celle-ci se penche pour l'attraper et commente par un « bien », même si la balle n'est pas arrivée jusqu'à elle. Lorsque Mme L. dit « Je lutte, faut

					montrer qu'on existe », V. fait un geste avec le poing symbolisant la lutte. Ce geste est repris par certain. Mme L. rit et dit « ils vont tous le faire maintenant. »
Communication verbale en expression	S'exprime verbalement quantitativement	2	Mme L. ne portait pas ses appareils au cours de cet atelier.	3	
	Initie un échange de manière verbale	3	Lorsque Mme V se lève pour partir, Mme L. lui dit « Mais restez là ! ». Lors de l'activité du message, Mme L. s'adresse à Mme A. et lui dit : « On est bien ici, bien nourri, bien soigné... ».	4	<p>Initie un court échange avec C. en lui disant qu'elle va chercher ses « oreilles ».</p> <p>Lors de l'activité du salut, Mme L. se dirige vers M. T., le salue et lui demande s'il ne dort pas en riant.</p> <p>Initie un échange verbal en disant à Cécile : « ils sont partis loin ».</p> <p>Initie un échange verbal avec Mme A., avec Cécile et avec Anne lors de la signature.</p> <p>Initie un échange verbal avec C.</p>
	Poursuit un échange verbal	3	Echange initié par Anne à la fin de l'atelier.	3	Lors de la signature, ne poursuit pas de manière adaptée l'échange initié
				2	Lorsque Cécile demande à Mme L. ce qu'elle a pensé de l'atelier, celle-ci

	initié par une autre personne			par Mme A. (Mme L. ne semble pas entendre correctement Mme A. qui ne parle pas fort). Poursuit un échange initié par Cécile de manière adaptée lors de la signature. Lorsque Mme B. répond « Bonjour » à Mme L. qui lui dit « Au revoir », Mme L. avec humour, dit « Bonne nuit. »	répond « Bof, je sais plus ». A cet atelier Mme L. ne porte pas ses appareils. Quand Cécile initie à nouveau un échange avec Mme L. en fin d'atelier, elle répond de manière adaptée. ➔ Les difficultés auditives de Mme L. ne lui permettent pas toujours de poursuivre les échanges verbaux initiés par d'autres.
	Présente un discours adéquat	2	Lors de l'activité du message, Mme L. dit soudainement : « On est bien ici, on est bien nourri, bien soigné... » sans qu'il y ait un lien avec la situation.	3 Lors du salut, Mme L. dit « Bonnes vacances » à Anne (les vacances scolaires débutent le soir même). Lors du massage, Anne indique à Mme L. qu'elle peut faire rouler la balle pour se masser. Mme L. répond « C'est pour la balle ou c'est pour moi ? » puis « Ca abîme la balle aussi ».	3 Echange avec Cécile en fin d'atelier très pertinent.
Communication verbale en réception	Semblé comprendre les interventions des autres membres du groupe	1	Ne prête pas attention aux interventions verbales des autres participantes. Cela est-il dû au non port de ses appareils auditifs ?	3 Lors de la signature, Mme A. et Mme L. échangent de manière verbale mais Mme L. n'entend pas les réponses de Mme A. Lorsque M.T. demande à Mme L. s'ils se connaissent, Mme L. répond : « Il mange avec moi le midi et il demande si on se connaît ! ».	2 Lorsque Mme G. demande à Mme L. « J'étais là ou là ? » en désignant successivement deux chaises du doigt, Mme L. lui répond par un hochement d'épaule signifiant qu'elle ne sait pas.
	Semblé comprendre nos interventions	2	Lorsqu'Anne lui demande comment elle va, Mme L. lui répond de manière adaptée.	4 Lors de la signature, Mme L. comprend l'intervention de Cécile « Vous êtes énergique » et répond de manière adaptée. Lorsqu'Anne demande : « Vous voulez bouger un petit peu avec Mme	3 Lorsque Cécile lui demande comment elle s'appelle, Mme L. lui répond, puis dit : « C'est beau, non ? » et rit. Lorsque Cécile demande à Mme L. ce qu'elle a pensé de l'atelier, celle-ci répond « Bof, je sais plus ». A cet

			<p>A. ? », Mme L. se lève et demande « Où on va ? ». Lorsque Mme A. propose comme geste qu'Anne fasse la bise à Mme L., celle-ci comprend seulement quand Anne répète fortement son message. Lorsqu'Anne dit : « Vous pouvez vous mettre assise. », Mme L. répond « Y a un fauteuil là, je m'assois. »</p>	<p>atelier Mme L. ne porte pas ses appareils.</p> <p>Lorsque Cécile remercie Mme L. d'avoir participé à l'atelier, celle-ci répond « Mes oreilles ne marchent pas bien. »</p>
Semblé comprendre les consignes	1	<p>La consigne du salut ne semble pas avoir été comprise, Mme L. n'initiant aucun salut.</p> <p>La consigne de la marche pendant laquelle on lève les bras n'est pas comprise tout de suite.</p> <p>Lorsque Cécile explique la consigne de l'activité d'activité miroir, Mme L. dit « On se pousse ? », puis elle le fait !</p>	<p>Lorsque la consigne d'aller s'adresser aux autres pour les saluer est donnée, Mme L. se lève, mais ne se dirige vers personne. Puis lorsqu'Anne passe près d'elle, elle lui tend la main et va ensuite vers les autres résidents pour les saluer.</p> <p>Lorsqu'Anne dit qu'on va marcher, Mme L. se lève immédiatement.</p> <p>La consigne de guider quelqu'un dans l'espace n'est pas comprise tout de suite.</p> <p>Ne comprend pas tout de suite la consigne du message à cause de ses appareils qui tombent et qui semblent mal réglés. Puis, elle comprend partiellement la consigne, pensant que le message à transmettre est verbal.</p> <p>Enfin, elle transmet le message gestuel.</p> <p>Lors de la danse finale, Mme L. comprend la consigne « En avant ».</p>	<p>Lorsqu'Anne dit « On va se remettre debout », Mme L. ne se lève pas, Anne fait alors un geste des bras pour lui indiquer de se lever, Mme G. se lève, puis Mme L. demande « On se met debout ? ».</p> <p>Quand Valentin propose à Mme L. de se serrer les deux mains, celle-ci comprend.</p> <p>Mme L. comprend parfaitement bien la consigne de l'activité du message.</p> <p>Dans la danse finale, lorsque Cécile dit « En avant », Mme L. est une des premières à s'avancer dans le cercle.</p>

Place d'interlocuteur	Prête attention aux autres	<p>Lorsque Mme B. fait des grands mouvements de bras, Mme L. prend soin de reculer sa chaise pour ne pas cogner Mme Lo.</p> <p>Lors de la signature, lorsque Mme A. et Cécile se dirigent vers elle, Mme L. vient à leur rencontre.</p> <p>Lors de l'imitation miroir, Mme L. n'adapte pas ses mouvements à Mme A., qui est en moins bonne forme physique qu'elle.</p> <p>Lorsque Mme B. s'enthousiasme de l'atelier, chacun réagit à l'exception de Mme L. et de Mme G. (probablement à cause du non-port de ses appareils auditifs).</p> <p>➔ Mme L. semble être attentive à tout ce qui est du domaine du non-verbal, mais ne prend pas en compte le verbal (appareils auditifs).</p>	<p>Balance énergiquement les bras avec Mme V. sans tenir compte de la fragilité de cette dame.</p> <p>Pendant l'activité de signature, Mme L. balance les bras de Mme A. en disant « On donne les mains, ça va ? ».</p> <p>Avant de reculer, Mme L. regarde derrière elle afin de ne pas heurter quelqu'un.</p> <p>Mme L. prête attention à Mme A. et s'intéresse vraiment à sa réussite de lever de jambes. Elle paraît contente lorsque Mme A. y parvient !</p> <p>Lors de l'activité du message, Mme A. et Mme L. se transmettent le message, Mme L. regarde les autres et dit « Ils nous regardent tous. »</p> <p>A un moment de l'atelier, Mme D. qui est restée en retrait dans son fauteuil, lève les bras, seule Mme L. y prête attention.</p> <p>Lors de la danse finale, Mme L. prête attention à Mme D. et s'assure qu'elle aille bien.</p> <p>Mme L. se ravise de lancer la balle et dit « Mais ils ne regardent pas ! »</p> <p>Lorsque Mme L. s'en va, elle dit « Au revoir tout le monde » ce qu'elle n'avait encore jamais fait, se contentant auparavant de dire au revoir à Anne et Cécile.</p>	4 +	<p>Lorsque tout le monde dit son prénom, Mme L. commente en disant « Y a un grand cercle aujourd'hui ». Lorsque Mme P. et M.R. s'apprête à danser ensemble, Mme L. se recule pour leur laisser de l'espace.</p> <p>Au moment de la danse finale, Mme L., dont les deux voisins de gauche sont assis, fait des gestes pour qu'ils rejoignent le cercle.</p> <p>Lorsque Mme L. danse avec Cécile et Mme P., elle dit à Cécile : « Va pas falloir faire trop fort ».</p> <p>Lors de l'activité de massage, Mme L. lance la balle à quasiment tous les participants même ceux qui sont susceptibles de ne pas la rattraper.</p> <p>Lorsque Mme D. lance la balle à Mme L., celle-ci se penche pour l'attraper et commente par un « bien », même si la balle n'est pas arrivée jusqu'à elle.</p> <p>Lorsque Mme L. parle à Cécile en fin d'atelier, elle est attentive aux autres qui l'écoutent, si bien qu'elle réagit à ce que font ou disent les autres.</p>
------------------------------	----------------------------	--	--	--------	---

	S'adapte au thème de la conversation et poursuit de manière adéquate ce qui a été précédemment énoncé	2	Lorsqu'Anne demande à Mme L. ce qu'elle a pensé de l'atelier, elle revient rapidement à son sujet de prédilection (directrice d'école).	3	Poursuit un échange initié par Cécile de manière adaptée lors de la signature.	3	Poursuit un échange initié par Cécile de manière adaptée.
	Prend en compte et réagit de manière adaptée au contexte	3	<p>Lorsque Mme L. voit Anne reculer des chaises, elle recule également la sienne pour faire davantage de place, ce qui est adapté.</p> <p>Lors de la danse finale, lorsqu'Anne met la musique et revient vers le cercle, Mme L. va poser ses clés pour pouvoir donner la main à Anne.</p> <p>Mme L. va ramasser une balle qui est tombée.</p> <p>Pointe Cécile du doigt en faisant remarquer qu'elle a toutes les balles.</p>	4	<p>Mme L. rit du lancer de ballon de Mme G. à Christelle.</p> <p>Lorsque M. T. prend son temps pour renvoyer le ballon, Mme L. dit : « Alors, ça vient le ballon ? ».</p> <p>Lorsque nous nous retrouvons tous en cercle, Mme L. demande « Dans quel sens, à droite ou à gauche ? » (il faut tourner)</p> <p>Mme L. fait remarquer qu'il n'y a qu'un homme présent à l'atelier.</p> <p>Lorsqu'une balle tombe, Mme L. se lève pour aider à la chercher, ou la pointe du doigt.</p> <p>Lorsque Mme L. et Cécile ont fini de parler et que l'atelier touche à sa fin, Mme L. s'exclame « On dégage, non, vous me le dites ? »</p>	4	<p>Mme L. sourit lorsqu'elle voit que Cécile va démarrer l'activité du ballon, c'est une activité qui semble lui plaire.</p> <p>Lorsque Mme A. rattrape correctement le ballon, Mme L. dit « Ouohohoh » en riant, en ayant l'air de dire « pour une fois c'est bien rattrapé ! ». Elle semble avoir pris en compte le fait que Mme A. présente souvent des difficultés pour rattraper le ballon.</p> <p>Lorsque tout le monde se lève et que Cécile se dirige vers Mme L., celle-ci comprend qu'elle doit se lever. De même lors de la danse finale, lorsque Mme L. voit que beaucoup de résidents sont levés, elle se lève également.</p> <p>Lorsque Mme P. et M.R. dansent et que tout le monde les regarde, Mme L. regarde Cécile et lui dit « On s'assoit. »</p> <p>Lorsque Mme A. et M.R. lancent tous les deux une balle à Anne -balles qui tombent par terre-, Mme L. rit de cette situation.</p> <p>Mme L. va chercher à plusieurs</p>

					reprises les balles qui tombent. Lorsque Valentin rattrape la balle de justesse, Mme L. rit. Lorsque Mme G. reprend sa veste, Mme L. demande « C'est fini ? »
	Respecte le tour de rôle	3		4 Mme L. reçoit et transmet le message gestuel à plusieurs reprises. Imitation avec respect du tour de rôle avec Mme D. et Anne.	4 Mme L. reçoit et transmet le message gestuel.
	Participe à des interactions duelles	2	Avec Mme A., Anne et Cécile.	4 Avec Anne, C., Mme B., Cécile, M.T., Mme Bo, Mme D.	3 Avec Anne, Mme G., Mme P, avec V., Cécile.
	Participe à des interactions avec plusieurs personnes	3	Interaction et rires entre Mme L., Mme A., Mme B. et Anne lorsque Mme A. essaye d'aller plus vite que Mme L. avec ses jambes. Lors de la danse finale, Mme L. initie un petit cri avec une grimace lorsque tout le monde est regroupé au milieu afin de faire rire tous les participants.	3 Lors de la signature, interactions avec Mme A., Cécile et Anne. Lors de la danse finale, Mme L. initie un petit cri avec une grimace lorsque tout le monde est regroupé au milieu afin de faire rire tous les participants.	3 Lors de la recherche d'espace vers l'avant, avec Mme A. et Mme G. Rit avec Anne et Mme B. Lorsque Mme L. lance la balle à M.R. qui n'arrive pas à la rattraper, Mme A., Mme L. et V. rient ensemble de cette situation. Lorsque V. rattrape la balle de justesse, Mme L. et V. rient, Mme Po. dit « Bravo ! ».
Liens sociaux	Semble à l'aise dans le groupe	3	Reste à l'écart du groupe pendant l'activité des saluts. Lorsque Mme A. la chatouille, Mme L. rit avec elle. Lors de la danse finale, très bon contact avec tout le groupe.	3 A peine assise, Mme L. se lève en disant : « Je vais chercher mes oreilles ». Mme L. tente d'approcher son fauteuil pour se mettre davantage dans le cercle (mais celui-ci est trop lourd à porter). Rires partagés avec Anne. Plaisante avec M. T.	3
	Participe aux activités en duo	4	Salut avec Cécile, avec Anne. Signature avec Mme A.	4 Salut avec Anne, M. T., Mme D. Guide avec Mme V.	4 Salut avec Anne, puis Cécile. Imitation miroir avec Anne.

		<p>Imitation miroir avec Mme A. Le message avec Mme G. et Mme A.</p>	<p>Signature avec Mme A. Imitation avec Mme A., Cécile et Anne. Message avec Mme A. et Anne.</p>	<p>Signature avec Valentin. Message avec Cécile, puis Mme P.</p>
	<p>Participe aux activités en groupe</p>	<p>3 En retrait lors des marches. Participe activement à la danse finale.</p>	<p>3 Participe à la danse finale.</p>	<p>4 Danse avec Anne, Mme B. et Mme G. Imitation avec Cécile et Mme A. Danse finale avec tous les participants, puis lorsque beaucoup s'assoient, danse avec Mme P. et Cécile. Lors de l'activité de massage, Mme L. lance la balle à quasiment tous les participants même ceux qui sont susceptibles de ne pas la rattraper.</p>
<p>Orientation spatiale</p>	<p>S'approprie l'espace proche (espace dans lequel le danseur peut bouger ses bras, ses jambes, sa tête en restant sur place)</p>	<p>4 Mme L. recule de manière appropriée sa chaise lorsqu'elle commence à faire de grands mouvements de bras pour éviter de heurter Mme Lo.</p>	<p>4 Mme L. investit bien l'espace autour d'elle. Lors de la recherche d'espace vers l'avant, elle propose de faire le mouvement avec l'autre bras pour changer : à Cécile : « Tenez, prenez votre main gauche ». Cécile prend sa main droite et Mme L. s'en rend compte : « Non la gauche, la vôtre aussi ».</p>	<p>4 Lorsque Mme P. et M.R. s'apprêtent à danser ensemble, Mme L. se recule pour leur laisser de l'espace.</p>
	<p>S'approprie l'espace lointain (espace disponible dans lequel on peut se déplacer), utilisation des différentes directions</p>	<p>3</p>	<p>4 Lorsque Mme L. revient dans le groupe avec ses appareils auditifs, elle se dirige spontanément vers le fauteuil resté libre, même si la configuration des sièges et des personnes n'est plus la même qu'avant son départ. Mme L. investit l'espace lointain en guidant Mme V. dans toute la pièce. A un moment de l'atelier, Mme L. propose à Mme A. et à Anne de se</p>	<p>3</p>

			déplacer parce qu'il n'y a pas assez de place là où elles sont.		
	Oriente son corps de manière appropriée dans l'espace (de face, de dos, de profil, etc.)	4	Lors de la marche, Mme L. s'oriente vers Mme G. pour rentrer en contact avec elle.	4	Lorsque tout le groupe est assis en cercle, Mme L. oriente toujours son corps de manière appropriée pour s'adresser à son interlocuteur. Lors du tour des prénoms, lorsque Cécile lui demande comment elle s'appelle, Mme L. lui répond en s'adressant à elle et non à tout le groupe. Lorsque Mme G. fait une plaisanterie, Mme L. se tourne vers Mme B. pour lui montrer et en rire avec elle.
Mémoire	Semble se souvenir de nous	2	Lorsque Cécile est venue la veille pour accrocher des affiches, Mme L. est venue à sa rencontre pour la saluer et parler avec elle des affiches et des mots de l'atelier.	3	Lorsque l'on vient la chercher, Mme L. vient spontanément sans nous demander qui l'on est. A la fin de l'atelier, Mme L. parle des jeunes qui s'occupent d'elle et dit « Pas vous, parce que vous avez l'habitude. »
	Semble se souvenir du lieu où se déroulent les ateliers	2	Lorsqu'Anne vient la chercher, Mme L. indique le lieu de l'atelier et s'y dirige, seule.	2	Mme L. vient seule nous retrouver au lieu de l'atelier. Mme L. va poser ses lunettes sur la fontaine à eau comme elle l'a déjà fait lors de précédents ateliers, en disant : « N'ayez pas peur, je pose mes lunettes là, elles sont bien, je sais, c'est leur place, je reviendrai là ».
	Semble se souvenir d'avoir déjà participé à l'atelier	2	Nous n'avons pas besoin de lui expliquer pourquoi nous la sollicitons.	2	Nous n'avons pas besoin de lui expliquer pourquoi nous la sollicitons. Au début de l'atelier, Mme L. dit « y a un grand cercle aujourd'hui ».
	Semble se souvenir d'une activité, d'une partie d'une activité ou d'un geste ayant été fait ou vu précédemment	3	Lors de la signature, Mme L. fait une caresse à Mme A. (geste souvent répété au cours des ateliers précédents). Lors de la danse finale, quand nous allons tous en avant, Mme L. refait la même plaisanterie que la semaine précédente.	3	Pour venir à l'atelier, Mme L. adopte une démarche énergique en exagérant ses mouvements de bras, comme elle l'a déjà fait au cours de précédents ateliers. A un moment de l'atelier, Mme L. donne la main à Mme A. et à Anne, puis initie une ronde où l'on tourne et Lorsque tout le monde est debout en cercle, Mme L. demande : « qu'est-ce qu'on fait, là ? » en balançant les bras. Serait-ce un souvenir de la danse finale des précédents ateliers ?

				où l'on balance les bras, comme dans la danse finale des précédents ateliers. Lors de la danse finale, quand nous allons tous en avant, Mme L. refait la même plaisanterie que la semaine précédente.	
	Mémorise une courte séquence de gestes	0	0		0
	Mémorise une consigne durant le temps de l'activité	1	2	Activité de guide maintenue assez longtemps.	2 Continue à faire passer le message assez longtemps.
Fonctions exécutives	Maintient son attention lors de l'activité	3	Reste attentive durant l'activité du ballon.	2 Lors de l'activité de marche où il faut lever les bras ensemble, Mme L. va s'asseoir au bout d'un moment. 2 Lors de l'activité d'imitation, lorsque Cécile s'éloigne de Mme L. et de Mme A., les deux arrêtent l'activité.	
	Présente des capacités d'abstraction (notamment dans les activités de création)	2	Proposition de mouvements : faire des petits ronds avec les jambes.	2 + Mme L. initie un jeu avec Anne : faire semblant de faire de la boxe à distance, ce qui demande des capacités d'abstraction. Mme L. propose à Mme A. et à Anne de lever les jambes.	2 Lorsqu'Anne vient lui serrer la main, Mme L. prend sa 2 ^{ème} main et initie de nouveaux mouvements de bras et de corps. Lors de la signature, Mme L. propose à Valentin de se serrer la main gauche.
Attitudes en fin d'atelier	Semble être dans une dynamique globale de communication	2 +	Envie de s'exprimer, mais discours revenant sur ses sujets de prédilection.	3	4 Mme L. échange longuement avec Cécile en fin d'atelier tout en étant attentive à ceux qui l'écoutent.
	Présente un comportement serein en fin	3		4	3 Lorsque Cécile dit à Mme L. que l'atelier est fini et qu'elle peut partir, Mme L. reste et dit « Ici ou là, c'est

	d'atelier				pareil ! »
Mot, phrase ou geste « bilan » de la séance	<p>« Oui oui oui, ça fait du bien, ça fait remuer, y en a qui en ont besoin. »</p> <p>« C'est moi qui vous remercie, ça amène un petit peu de vie ici.</p> <p>« On est bien ici. »</p> <p>« C'est pas facile hein, mais là ça va. »</p>	<p>« C'est bien, ça leur fait du bien, parce qu'il y en a qui en ont vraiment besoin ! »</p> <p>« Ici, j'ai un peu envie de les bousculer. »</p> <p>« Y en a qui prennent un p'tit peu de plaisir quand même là. Moi, je vois la différence. »</p>	<p>« Ça marche bien votre truc. »</p> <p>« Je lutte, faut montrer qu'on existe. »</p> <p>« La journée, il n'y a pas assez d'activités. Quand vous venez, ça compense, les gens sortent de leur chambre, et ils se voient un p'tit peu, ça les fait bouger. »</p>		
Remarques complémentaires	Mme L. ne portait pas ces appareils auditifs lors de cette séance.	<p>Mme L. va chercher ses appareils en début de séance.</p> <p>Mme L. est plus axée sur le moment présent et interagit davantage avec les autres.</p>	<p>A cette séance, il fait beau. Mme L. nous avait déjà dit qu'elle supportait de vivre ici en hiver mais qu'au printemps et en été elle pensait pouvoir se débrouiller.</p> <p>Mme L. n'a pas mis ses appareils.</p>		

5 EXEMPLE D'UN QUESTIONNAIRE A DESTINATION DU PERSONNEL SOIGNANT COMPLETE

* Mme L.

- Pendant l'atelier

Vous connaissez bien Mme L. au quotidien et avez participé à au moins un atelier d'expression corporelle. Nous souhaiterions recueillir vos remarques concernant d'éventuels changements portant sur son état général observés durant l'atelier. Cela nous permettrait de compléter notre étude.

Vous pouvez simplement entourer la réponse choisie.

- Si Mme L. présente habituellement des comportements anxieux : lors des ateliers, semblait-elle plus, moins ou autant anxieuse qu'en dehors des ateliers?
- Si Mme L. présente habituellement des comportements agressifs : lors des ateliers, semblait-elle plus, moins ou autant aggressive qu'en dehors des ateliers?
- Si Mme L. présente habituellement des idées noires : lors des ateliers semblait-elle présenter plus, moins ou autant d'idées noires qu'en dehors des ateliers?
- Si Mme L. présente habituellement des persévérations (répétition d'un même geste, d'un même mot, d'une même idée) : lors des ateliers, semblait-elle présenter plus, moins ou autant de persévérations qu'en dehors des ateliers?

- Après les ateliers

Nous arrivons au terme de nos 10 ateliers d'expression corporelle. Nous souhaiterions savoir si des changements au niveau de la communication de Mme L. et de son état général ont pu se ressentir dans sa vie quotidienne. Nous aimerions également recueillir votre impression générale sur la place d'interlocuteur qu'occupe Mme L..

- Eventuels changements portant sur les comportements de communication de Mme L. après les ateliers (par rapport à ses habitudes de communication) :

- Mme L. va-t-elle plus, moins ou **autant** vers les autres pour interagir avec eux qu'avant les ateliers?
- Mme L. interagit-elle plus, moins ou **autant** avec plusieurs personnes qu'avant les ateliers?
- Mme L. parle-t-elle plus, moins ou **autant** qu'avant les ateliers?
- Le discours de Mme L. est-il plus, moins ou **aussi** pertinent et cohérent qu'avant les ateliers?
- Mme L. s'exprime-t-elle de manière non-verbale (par exemple : par des regards, par des mimiques du visage, par des touchers, par un pointage du doigt, par un salut de la main...) plus, moins ou **autant** qu'avant les ateliers?
- Mme L. est-elle plus, moins ou **aussi** attentive à la communication verbale des autres participants qu'avant les ateliers?
- Mme L. est-elle plus, moins ou **aussi** attentive à la communication non-verbale (par exemple : par des regards, par des mimiques du visage, par des touchers, par un pointage du doigt, par un salut de la main...) des autres participants qu'avant les ateliers?
 - Eventuels changements portant sur l'état général de Mme L. :
- Si Mme L. présente habituellement des comportements anxieux : après les ateliers, semble-t-elle plus, moins ou **autant** anxieuse qu'avant les ateliers?
- Si Mme L. présente habituellement des comportements agressifs : après les ateliers, semble-t-elle plus, moins ou **autant** agressive qu'avant les ateliers?
- Si Mme L. présente habituellement des idées noires : après les ateliers semble-t-elle présenter plus, moins ou **autant** d'idées noires qu'avant les ateliers?
- Si Mme L. présente habituellement des persévérations (répétition d'un même geste, d'un même mot, d'une même idée) : après les ateliers semble-t-elle présenter plus, moins ou autant de persévérations qu'avant les ateliers?
 - Eventuels changements sur votre manière de voir Mme L. :
- Est-ce que l'atelier a changé votre manière de voir Mme L.? En quoi?

En dehors des ateliers, Mme L. a très rarement des relations de toucher, elle sourit assez peu et ce comportement a bien changé pendant les ateliers.

- Est-ce que l'atelier a changé votre manière de voir les possibilités de communication de Mme L.?

Elle peut aussi communiquer par le toucher, s'amuser, rire, plaisanter.

- Questions portant sur les autres participants à l'atelier :

- Avez-vous des remarques à nous faire part concernant la participation des autres résidents à l'atelier d'expression corporelle (points positifs observés, points négatifs observés...)? Tous les participants avaient l'air de prendre beaucoup de plaisir (énormément d'échanges, de dialogues et de rires).

- Au sein de l'unité, avez-vous senti des changements au niveau de l'ambiance générale ?

Après l'atelier, les gens étaient détendus et souriants.

- Commentaires supplémentaires :

- Si vous voulez ajouter quelque chose :

J'ai trouvé les ateliers très intéressants et bien organisés. J'ai été surprise de voir certains résidents participer autant et surtout y prendre beaucoup de plaisir.

ABSTRACT

According to the « Nomenclature Générale des Actes Professionnels », speech therapists have to maintain and adapt the communication's functions of persons stroke by neuronal-degenerative illnesses. In order to offer a proper care to the persons suffering from Alzheimer's type of dementia (DTA), speech therapists can use several approaches, depending of their needs and of their preserved abilities. The goal of this thesis is to study the relevance of offering speech therapies using body language workshops to persons suffering from Alzheimer's type of dementia. Indeed bodies and feelings, which are preserved for the latter, are the fundamental tools of body language. That's why we made the assumption they may be proper means to trigger off communication and to stimulate the damaged cognitive functions among persons suffering from Alzheimer's type of dementia. To investigate this assumption, we set body language workshops that took place in the EHPAD Korian Le Gentilé in Laxou city once a week for ten weeks. Then we have analyzed the benefits given by these workshops thanks to observation grids we filled after each workshop and thanks to a questionnaire about the benefits observed during the daily life submitted to the nursing staff. **Results obtained during these workshops are obvious: they underline the efficiency of these workshops in making communication easier for the persons suffering from DTA (by optimizing non-verbal communication, by stimulating speech communication, by building up their role of discussion partner, by enhancing their appetite for communication) and in stimulating some of the impaired cognitive functions (attention, abstract thinking, spatial and temporal orientation). However the readiness to communicate only has last in the daily life of the patients.**

Key-words :

Alzheimer's type of dementia, body language, collective care, speech communication, non-verbal communication, role of discussion partner, appetite for communication, cognitive functions.

RESUME

Selon la Nomenclature Générale des Actes Professionnels, les orthophonistes ont pour rôle « le maintien et l'adaptation des fonctions de la communication chez les personnes atteintes des maladies dégénératives ». Afin de proposer une prise en charge de qualité aux patients atteints de démence de type Alzheimer (DTA), les orthophonistes peuvent employer plusieurs approches, adaptées aux besoins des patients et s'appuyant sur leurs capacités préservées. L'objectif de ce mémoire est d'étudier la pertinence de proposer des ateliers d'expression corporelle comme approche orthophonique à des patients atteints de DTA. Le corps et les émotions, préservés chez ces patients, étant des éléments fondamentaux utilisés dans l'expression corporelle, nous posons l'hypothèse qu'ils constituerait des supports adaptés permettant de favoriser la communication et de stimuler les fonctions cognitives altérées chez les patients atteints de DTA. Afin de traiter ce sujet, nous avons mis en place des ateliers d'expression corporelle qui se sont déroulés dans l'EHPAD Korian Le Gentilé de Laxou une fois par semaine pendant dix semaines. Nous avons ensuite analysé les bénéfices apportés par ces ateliers à l'aide d'une grille d'observation que nous avons complétée après chaque atelier et à l'aide d'un questionnaire rempli par le personnel soignant de l'EHPAD permettant de recenser les éventuels bénéfices de ces ateliers observés dans la vie quotidienne. **Les résultats obtenus au cours des ateliers sont probants: ils permettent de souligner l'efficacité de ces ateliers pour favoriser la communication des patients atteints de DTA (en optimisant la communication non-verbale, en stimulant la communication verbale, en renforçant le statut d'interlocuteur et les liens sociaux et en améliorant la disponibilité à entrer en communication) et pour stimuler certaines fonctions cognitives altérées (l'attention, les capacités d'abstraction et l'orientation temporo-spatiale). En revanche, seule la meilleure disponibilité à entrer en communication s'est prolongée dans la vie quotidienne des patients.**

Mots-clés :

DTA, expression corporelle, prise en charge de groupe, communication verbale, communication non-verbale, statut d'interlocuteur, appétence à communiquer, fonctions cognitives.