

MÉMOIRE

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

Juliette CHAUSSON

qui sera soutenu publiquement en juin 2021

**Etude des effets d'un atelier de théâtre sur les
capacités communicationnelles et
comportementales dans la Maladie d'Alzheimer :
revue de littérature**

MEMOIRE dirigé par

Marie-Anne Mackowiak, neurologue au CHU Lille et enseignante au Département d'Orthophonie
de Lille

Claire Beyls Waroquier, orthophoniste à Comines et enseignante au Département d'Orthophonie
de Lille

Lille – 2021

Remerciements

Je tiens particulièrement à remercier :

Mes directrices de mémoire, Mme Waroquier et Mme Mackowiak pour avoir accepté de m'encadrer, pour leurs précieux conseils et le temps qu'elles ont consacré à l'élaboration de ce mémoire ;

L'ensemble de mes maîtres de stage pour m'avoir formée et donné de leur temps et plus particulièrement Isabelle qui a su, par son humanité et sa bienveillance, me redonner confiance ;

Monique pour avoir pris le temps, grâce à son œil vif de Professeure de français et d'allemand, de corriger mon mémoire ;

Mes parents, mon frère Aymeric et ma sœur Pauline pour m'avoir soutenue et encouragée durant toutes ces années d'étude, pour m'avoir donné des conseils, pour leur présence à n'importe quel moment ;

Mes colocataires et amis, Gauthier, Tim et Marjo pour leur bonne humeur et tous les moments partagés, pour leurs conseils bienveillants et leurs blagues raffinées ;

Mes amies d'enfance Amel et Lulu pour tous les fous rires, pour leur présence à mes côtés depuis des années et des années ;

Mes copines de promo et bien plus encore, Ju, Mel et Laure pour avoir partagé nos doutes, nos rires, pour s'être rassurées et aidées durant toutes ces années ;

Et l'ensemble de mes amis de Lille, de Tours et d'ailleurs pour avoir été là dans les bons moments comme dans les plus durs, pour leur joie de vivre.

Résumé

La Maladie d'Alzheimer (MA) est un enjeu réel de santé publique étant donné qu'elle représente la première cause de démence. Elle est caractérisée par une altération des fonctions cognitives avec principalement des troubles mnésiques, langagiers, communicationnels, et psycho-comportementaux. De nombreux professionnels interviennent dans le parcours de soins des personnes atteintes de cette maladie (orthophoniste, ergothérapeute, psychomotricien etc.) mais l'art est encore très peu abordé. Il émerge tout de même depuis quelques années des études sur l'impact de l'écriture ou encore de la musique sur la MA. Le théâtre étant un art associant communication verbale et corporelle, il pourrait être intéressant de l'intégrer à ces approches non médicamenteuses.

Cette revue de littérature a donc pour but de faire un état des lieux des différentes données existantes au sujet du lien entre le théâtre et la MA. Les résultats issus des vingt articles étudiés suggèrent que les ateliers théâtraux ont effectivement un impact positif sur les personnes atteintes de la MA, particulièrement en ce qui concerne leurs émotions. La communication reste toutefois peu abordée. Nous discuterons alors des différentes façons d'amener la communication au cœur de cette problématique, des moyens d'évaluer l'ensemble des caractéristiques du sujet traité (émotion, comportement, communication) ainsi que du rôle que l'orthophoniste pourrait jouer dans ce processus.

Mots-clés

Démence, Maladie d'Alzheimer, art, théâtre, communication, qualité de vie

Abstract :

Alzheimer's disease (AD) is a real public health issue as it is the leading cause of dementia. It is characterised by an alteration of cognitive functions with mainly memory, language, communication and psycho-behavioural disorders. Many professionals are involved in the care of people suffering from this disease (speech therapist, occupational therapist, psychomotor therapist, etc.) but art is still very little addressed. However, studies on the impact of writing and music on AD have been emerging for some years. As theatre is an art that combines verbal and physical communication, it could be interesting to integrate it into these non-medicinal approaches.

The aim of this literature review is therefore to provide an overview of the various existing data on the link between theatre and AD. The results of the twenty articles studied suggest that theatre workshops do have a positive impact on people with AD, particularly with regard to their emotions. Communication, however, remains poorly addressed. We will then discuss the different ways of bringing communication to the heart of this problem, the means of evaluating all the characteristics of the subject (emotion, behaviour, communication) as well as the role that the speech therapist could play in this process.

Keywords

Dementia, Alzheimer's disease, art, theatre, communication, quality of life

Table des matières

Introduction.....	1
Contexte théorique.....	2
1. La maladie d'Alzheimer.....	2
1.1. La maladie d'Alzheimer : présentation.....	2
1.1.1. Définition de la maladie d'Alzheimer.....	2
1.1.2. Épidémiologie.....	2
1.1.3. Diagnostic et données physiopathologiques.....	2
1.2. Manifestations cliniques de la maladie d'Alzheimer.....	3
1.2.1. Les troubles mnésiques.....	3
1.2.2. Les troubles du langage et de la compréhension.....	4
1.2.3. Les troubles des fonctions exécutives.....	4
1.2.4. Les troubles psycho-comportementaux.....	4
1.3. Les troubles de la communication dans la maladie d'Alzheimer.....	5
1.3.1. Les troubles de la communication dans la maladie d'Alzheimer.....	5
1.3.2. La communication verbale dans la MA.....	6
1.3.3. La communication non verbale dans la MA.....	6
2. Approches thérapeutiques de la maladie d'Alzheimer.....	7
2.1. Les traitements médicamenteux vs non médicamenteux.....	7
2.2. L'art comme approche thérapeutique.....	8
2.2.1. L'art-thérapie et l'approche centrée sur la personne.....	8
2.2.2. Le rôle du corps.....	8
2.2.3. Lien entre art et maladie d'Alzheimer.....	8
2.2.4. Le théâtre.....	9
Buts et hypothèses.....	10
Méthode.....	10
Résultats.....	13
1. Sélection des articles.....	13
2. Impact de la stimulation théâtrale du point de vue « spectateur » des personnes atteintes de la MA.....	13
2.1. Impact sur la communication.....	13
2.2. Impact émotionnel.....	14
3. Impact de la stimulation théâtrale du point de vue « acteur » des personnes atteintes de la MA.....	15
3.1. Impact sur la communication.....	15
3.2. Impact émotionnel, social et comportemental.....	15
4. Impact de la stimulation théâtrale des personnes atteintes de la MA sur les soignants et les aidants.....	17
4.1. Impact sur la communication et sur la qualité de vie des soignants.....	17
4.2. Impact sur la communication et sur la qualité de vie des aidants.....	19
Discussion.....	19
1. Discussion des résultats trouvés selon les hypothèses émises.....	20
1.1. Hypothèse H1 : Impact sur la communication.....	20
1.2. Limites.....	20
1.3. Hypothèse H2 : Impact sur la qualité de vie.....	21
1.4. Limites.....	21
2. Limites de la méthodologie.....	22
3. Forces et limites de la méthodologie réalisée pour le recueil d'articles.....	23
4. Apport de la revue de littérature dans la pratique orthophonique.....	23
Conclusion.....	25

Bibliographie.....	26
Liste des annexes.....	32
Annexe n°1 : Tableau recensant les articles issus de la littérature.....	32
Annexe n°2 : Extrait de la «Grille d'évaluation des capacités de communication des patients atteints de DTA» (Rousseau).....	32
Annexe n°3 : Extrait de l'Inventaire Neuropsychiatrique (NPI).....	32
Annexe n°4 : Extrait de l'échelle de pénibilité ou d'évaluation du fardeau (Zarit).....	32
Annexe n°5 : Projet personnel : ateliers théâtraux.....	32

Introduction

La maladie d'Alzheimer (MA) est la première cause de trouble neurocognitif majeur, représentant 60 à 70% des étiologies d'après l'OMS. La population vieillissant, le nombre de cas ne cesse d'augmenter rendant la MA un enjeu réel de santé publique. L'évolution de la maladie est progressive. L'atteinte principale est mnésique mais la maladie a aussi un impact sur les autres fonctions cognitives, la communication, le comportement, l'humeur avec de nombreuses différences interindividuelles. L'autonomie et l'indépendance en sont particulièrement impactées.

La prévalence augmentant, les recherches thérapeutiques et non médicamenteuses concernant la maladie se multiplient. Des médicaments (principalement inhibiteurs de l'acétylcholinestérase) ont été commercialisés mais les résultats étant modestes, la Haute Autorité de Santé (HAS) a recommandé leur déremboursement en 2018. De ce fait, les approches non médicamenteuses se développent et se diversifient, et depuis quelques années, l'art-thérapie et l'approche centrée sur la personne ont pris une place importante notamment dans le but de maintenir une communication et un mode d'expression les plus optimaux possible.

Les différentes disciplines artistiques proposées pour tenter de ralentir l'évolution de la maladie sont pour la plupart orientées vers la musique, le dessin, la peinture et l'écriture. La littérature n'offre que très peu d'études concernant l'impact du théâtre. C'est pourquoi il paraît intéressant d'analyser et de recenser les articles existants et de se demander si le théâtre, par l'expression corporelle, verbale et non verbale, peut agir sur la communication et si la participation à une activité de groupe peut avoir un impact sur la thymie et le comportement. Ainsi l'objectif de cette revue de littérature sera alors de réaliser un état des lieux des différentes potentialités du théâtre sur les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, qu'ils soient acteurs ou spectateurs, en parcourant la littérature de manière la plus exhaustive possible. Il sera aussi intéressant de décrire en parallèle le vécu des aidants et des soignants.

Pour tenter de répondre à ces problématiques, le contexte théorique s'appuiera tout d'abord sur la description de la maladie d'Alzheimer avec ses différentes caractéristiques. Ensuite, il s'agira de comprendre les bénéfices de l'art comme approche thérapeutique. La méthodologie sera basée sur une sélection d'articles la plus exhaustive possible. Une stratégie de recherche telle que le choix des mots clés, les différents sites utilisés, les critères d'inclusion et d'exclusion sera mise en place. Après avoir décrit et synthétisé les différents résultats issus de la littérature, nous discuterons des données recueillies en les classant selon les hypothèses et objectifs définis.

Contexte théorique

1. La maladie d'Alzheimer

1.1. La maladie d'Alzheimer : présentation

1.1.1. Définition de la maladie d'Alzheimer

La maladie d'Alzheimer est une maladie neurodégénérative qui touche le système nerveux central. Elle se manifeste par une dégradation progressive des facultés cognitives et principalement de la mémoire. Le début est insidieux et son évolution progressive.

1.1.2. Épidémiologie

Découverte par Aloïs Alzheimer en 1907, la maladie d'Alzheimer représente aujourd'hui 70% des maladies neurodégénératives. La prévalence de la MA passerait de 1,2% entre 65 et 69 ans à 28,5% après 90 ans (Ankri, 2009). Il s'agit donc de la première cause de trouble cognitif majeur du sujet âgé. Il y aurait aujourd'hui, selon l'Inserm, 900 000 personnes atteintes de la maladie. Toutefois, l'incidence a diminué de 44% depuis 30 ans dans les pays industrialisés (Framingham study, NEJM, 2016).

1.1.3. Diagnostic et données physiopathologiques

Le diagnostic de la maladie d'Alzheimer repose sur des critères cliniques et biologiques. Tout d'abord, les critères diagnostiques cliniques de démence liée à la MA ont été révisés en 2011 par McKhann et al. Ils décrivent les critères de démence d'une MA probable avec :

- Un début insidieux ;
- Une aggravation progressive des symptômes cognitifs confirmé par un informant et/ou des tests cognitifs ;
- Des critères de démence (avec un impact des troubles cognitif sur les activités de vie quotidienne)
- Des symptômes cognitifs qui peuvent être de nature amnésique (la plus courante) ou non amnésiques (langagiers, visuo-spatiaux ou exécutifs).

Un diagnostic différentiel peut être envisagé si on constate une maladie cérébro-vasculaire, des symptômes de la maladie à Corps de Lewy, des symptômes comportementaux en faveur d'une démence fronto-temporale ou une autre maladie neurologique ayant un impact cognitif.

On retrouve dans l'évolution de la MA trois phases rapportées avec l'actualisation des critères du NIAA (National Institute on Aging-Alzheimer's, 2011) :

- **la phase préclinique** asymptomatique où seuls les marqueurs biologiques sont présents jusqu'à dix ans avant le diagnostic de la maladie (Sperling et al., 2011)

- **la phase mild cognitive impairment (MCI)** ou trouble cognitif mineur qui se caractérise par quatre critères cardinaux : une plainte cognitive, un déficit concernant un ou plusieurs domaines cognitifs et plus important que ne le voudraient l'âge et le niveau socio-éducatif, une préservation relative des activités de la vie quotidienne et de l'indépendance malgré une gêne fonctionnelle légère pour les tâches complexes par rapport au passé, une absence de démence. Les biomarqueurs permettent d'affiner le diagnostic (Albert et al., 2011).
- **la phase démentielle** où les manifestations sont très hétérogènes entre les individus. Elle se différencie de la phase précédente par une perturbation significative dans les activités de la vie quotidienne (McKahnn et al., 2011)

La réalisation d'une Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) est indispensable. L'atrophie hippocampique est l'atteinte la plus spécifique, appréciée visuellement par le clinicien. Une atrophie corticale peut également être mise en évidence. Elle permet également d'éliminer les principaux diagnostics différentiels (notamment les causes vasculaires, tumorales, etc.). En cas de contre-indication, un scanner cérébral pourra être réalisé (Querbes, 2009).

En pratique, un tableau clinique compatible, une IRM cérébrale typique et l'exclusion des principaux diagnostics différentiels permettent de poser le diagnostic. En cas de doute, une analyse du liquide cérébro-spinal (LCS) ainsi qu'un TEP (Tomographie par Émission de Positons) scanner peuvent être réalisés.

Dans le LCS, les principales anomalies observées sont les suivantes (McKahnn, 2011) :

- Une diminution du taux de peptide amyloïde A- β 42, témoignant vraisemblablement de son accumulation dans les plaques amyloïdes extra-cellulaire cérébrales ;
- Une augmentation de protéines Tau totales et hyperphosphorylées, témoins de la dégénérescence neurofibrillaire.

Le TEP-scanner pourra quant à lui montrer un hypométabolisme évocateur de la MA dans les régions cérébrales sus-citées (Weller & Budson, 2018).

1.2. Manifestations cliniques de la maladie d'Alzheimer

1.2.1. Les troubles mnésiques

Le premier symptôme évocateur est un trouble insidieux de la mémoire épisodique, qui permet l'encodage, le stockage et la récupération des informations. C'est la phase d'encodage qui est la plus perturbée. Les souvenirs anciens sont davantage préservés que les faits nouveaux. Ainsi la mémoire sémantique qui permet de stocker les informations en dehors de leur contexte d'apprentissage est atteinte plus tardivement. La mémoire de travail qui permet le maintien et la manipulation de l'information est elle aussi perturbée notamment en raison de l'atteinte de l'administrateur central responsable des troubles de compréhension et d'expression. Cela a donc un

impact sur l'inhibition, il leur est plus difficile de sélectionner les informations nécessaires et adéquates. La mémoire procédurale qui correspond aux tâches acquises devenues automatiques est relativement préservée au début de la maladie (Rousseau, 2018).

1.2.2. Les troubles du langage et de la compréhension

Au premier stade de la maladie, les troubles expressifs apparaissent et se situent généralement au niveau lexico-sémantique. Des manques du mot peuvent alors survenir mais peuvent encore être compensés par des circonlocutions ou bien des paraphasies sémantiques. La phonologie et la morphosyntaxe restent en revanche préservées. En ce qui concerne la lecture, les difficultés se situent au niveau des mots irréguliers (dyslexie de surface). La lecture à voix haute reste préservée même si le sens n'est pas toujours compris. A propos de l'écriture, les rares erreurs concernent l'orthographe lexical mais restent phonologiquement plausibles (Cardebat et al., 1995).

Au stade modéré de la maladie, le manque du mot s'accroît, les paraphasies sont de plus en plus éloignées du mot cible. Progressivement, le discours est alors lui aussi atteint notamment par la production de nombreuses périphrases (Barkat-Defradas, 2008). Au sujet de l'écriture, les difficultés se majorent. On retrouve en effet une agraphie lexicale (erreurs de régularisation) puis mixte (lexicale et phonologique) ainsi qu'une agraphie spatiale (détérioration massive du graphisme et de la construction spatiale) (Rousseau, 2018).

Au stade avancé, le discours devient peu compréhensible avec de nombreuses persévérations et digressions. La syntaxe et le lexique sont aussi touchés, altérant la fluidité et l'informativité du discours. Les stratégies de compensation sont de moins en moins utilisées. Les troubles de la compréhension apparaissent en parallèle : il leur est difficile de comprendre la globalité du message et de sélectionner les informations essentielles (Barkat-Defradas, 2008).

De ce fait, il paraît primordial d'agir dès la phase précoce puisque ces troubles progressent avec l'évolution de la maladie jusqu'à ce que la communication verbale soit quasiment impossible (Tran et al., 2019).

1.2.3. Les troubles des fonctions exécutives

D'après Lapre & al., (2012), « les fonctions exécutives constituent l'ensemble des opérations, ou processus mentaux, nécessaires à l'exécution et au contrôle des comportements finalisés mis en œuvre dans des situations complexes ou nouvelles, lorsque les habiletés cognitives surentraînées ne sont pas suffisantes ». Même si les fonctions exécutives tendent à diminuer avec l'âge, elles sont particulièrement perturbées dans le cadre de la MA. Les troubles de l'attention sont très marqués au premier stade de la maladie (difficulté à réaliser les activités quotidiennes) et représentent souvent un signe d'alerte pour les malades. On retrouve un trouble conséquent de l'inhibition ainsi que de la manipulation liée à l'atteinte de la mémoire de travail (Bherer et al., 2004).

1.2.4. Les troubles psycho-comportementaux

L'atteinte comportementale est très différente en fonction des individus. Lors d'une étude, Mega et al. (1996) ont relevé dix comportements exacerbés avec la maladie d'Alzheimer, le plus courant étant l'apathie (72% des patients observés) puis l'agitation (60%), l'anxiété (48%), l'irritabilité (42%), la dysphorie (38%), la désinhibition (36%), les délires (22%) et enfin les hallucinations (10%).

L'atteinte de l'hémisphère droit, dédié notamment aux émotions, pourrait expliquer les changements d'émotions des personnes atteintes de la MA (Wang & Li, 2016).

D'après l'étude de Gonzales-Salvador T. et al. (2000) et de Thomas P. et al. (2006) concernant la qualité de vie des personnes Alzheimer, les domaines les moins bien évalués par les patients sont la conscience de soi et le plaisir dans les activités. Pour tenter de pallier ces troubles, le concept de qualité de vie est primordial. Il est nécessaire de prendre en compte les besoins et demandes, les envies ou encore le bien-être de la personne (Missotten et al., 2010).

1.3. Les troubles de la communication dans la maladie d'Alzheimer

1.3.1. Les troubles de la communication dans la maladie d'Alzheimer

« La communication est un échange dynamique de pensées et de sentiments qui se fait avec les mots, mais aussi avec le regard, les expressions faciales, les gestes, la posture, le ton de la voix et la gestion de l'espace interpersonnel. » (Schiaratura, 2008).

Selon Michalon et al. (2014), il existe trois sortes de communication :

- La communication cognitive qui se caractérise par un traitement visuo-perceptif (reconnaissance des objets), sémantique (stockage des connaissances), lexical (stockage du lexique en mémoire), exécutif cognitif (correspondant aux fonctions exécutives) ;
- La communication émotionnelle qui se manifeste par des représentations partagées (comprendre les intentions et messages d'autrui et y répondre adéquatement en prenant en compte les émotions, actions et sensations grâce aux neurones miroirs), la théorie de l'esprit (faculté de comprendre et de se représenter les intentions et pensées d'autrui.), le décodage (permet d'identifier des informations extérieures) et le raisonnement (permet l'anticipation) ;
- La communication motivationnelle qui se caractérise par la fluence verbale et qui permet de réduire l'apathie.

En ce qui concerne la MA, les troubles de la communication sont la conséquence d'un ensemble de facteurs : déficits linguistiques, troubles mnésiques, troubles exécutifs et troubles gnosiques. On notera des différences interindividuelles liées aux différents degrés d'atteintes de ces domaines et évoluant en fonction du stade de la maladie (Tran et al., 2019).

La communication est intrinsèquement liée aux troubles du langage cités plus haut (cf. « 1.2.3 Les troubles du langage et de la compréhension »). Sa dégradation progressera donc parallèlement et on retrouvera des difficultés de récupération lexicale, un début de parole plus laborieux, un langage plus pauvre en ce qui concerne la syntaxe et le lexique etc. Cette atteinte peut se solder par une absence de communication verbale au dernier stade (Tran et al., 2019).

Il semble absolument nécessaire de comprendre les enjeux et l'origine des troubles de la communication afin que les échanges soient adaptés et qu'ils gardent la meilleure réciprocité possible (Michalon, 2019).

Ainsi, à travers ces trois modes de communication, il sera important d'aborder la communication verbale et non verbale.

1.3.2. La communication verbale dans la MA

Selon Rousseau (2009), les personnes atteintes de la MA ne produisent plus autant d'actes verbaux adéquats mais davantage d'actes non verbaux et automatiques. Cela s'explique par des difficultés croissantes pour traiter le langage élaboré : il leur est difficile d'élaborer de nouvelles phrases, ils vont alors puiser des phrases « toutes faites » dans leur mémoire à long terme. On retrouve un déficit de la cohérence globale ainsi qu'une cohésion moindre, altérant alors le discours. Il ne leur est pas évident d'amorcer une conversation et de prendre la parole. Lorsque l'atteinte est modérée, les troubles de la communication peuvent entraîner une gêne pour exprimer les besoins. La frustration engendrée peut faire émerger des troubles du comportement et la difficulté à s'exprimer amène petit à petit une perte d'identité.

Rousseau (2009) propose alors une thérapie cognitivo-comportementale dans laquelle on retrouve des situations de communication, des thèmes de discussion, l'utilisation d'actes de langage utilisés ou non. Il est important de prendre en compte le discours de son interlocuteur afin de favoriser la communication quelle qu'elle soit.

En outre, apporter une notion de l'ordre de l'affectif avec un support visuel réduirait les difficultés de communication particulièrement lorsque l'atteinte est modérée. Cela leur permettrait d'accéder plus facilement aux concepts sémantiques et d'élaborer davantage d'énoncés adéquats que lorsque qu'un thème neutre leur est proposé. De plus, personnaliser les thèmes focaliserait leur attention et réduirait ainsi les digressions. Etre au cœur de l'action, c'est-à-dire vivre et partager leurs différentes expériences leur permettrait d'avoir une communication plus adaptée notamment en raison de la relative préservation de la mémoire procédurale (Rousseau, 2018).

Enfin, les personnes atteintes de la MA tentent de compenser leurs difficultés en réalisant des énoncés nécessitant des compétences qu'ils maîtrisent et qu'ils soutiennent par les propositions de l'interlocuteur (Tran et al., 2019).

1.3.3. La communication non verbale dans la MA

La communication non verbale s'inscrit dans tout ce qui a trait au langage corporel que ce soit la posture, les gestes, les mimiques, les expressions faciales etc. Lorsque l'on communique, on utilise ses organes phonatoires mais aussi son corps. La communication non verbale peut être active et volontaire comme un sourire ou regarder dans une direction. Elle peut aussi être passive et involontaire avec par exemple la respiration ou encore certaines expressions faciales. Dans la communication non verbale, le regard porte une importance particulière de par son authenticité. Il permet de communiquer des émotions qui ne sont pas forcément accessibles par la parole.

Ainsi, selon Rousseau (2009), la communication gestuelle reste relativement préservée dans la MA et permet de maintenir un minimum d'échanges. Les difficultés relevées sont davantage liées aux aspects suprasegmentaux (intonation, débit, pauses). Les personnes atteintes de la MA utilisent davantage de gestes et postures pour s'exprimer et réagissent à ceux des autres. Il est donc important que cet enclin naturel à la communication non verbale soit maintenu en continuant d'être stimulée par les soignants et par l'entourage (d'après l'étude de Parenteau, 2000 citée par Schiaratura, 2008). La posture et le comportement des aidants et des soignants (se tenir face à lui, lui tenir la main au besoin, mimer l'action etc.) sont indispensables pour obtenir une communication la plus optimale possible (Parenteau, 2000).

En ce qui concerne la communication des émotions, certaines fonctions communicationnelles restent tout de même préservées dans la maladie d'Alzheimer. Il s'agit de fonctions se situant dans la sphère émotionnelle et plus spécifiquement la reconnaissance d'expressions faciales : la joie, la peur, le dégoût, la tristesse, les émotions à travers le regard ainsi que les émotions complexes du visage (Michalon, 2019). Exprimer, reconnaître et s'approprier des émotions jouent un rôle non négligeable dans la relation à l'autre : il s'agit de l'empathie émotionnelle (Narme et al., 2010). Travailler au sein d'un groupe serait ainsi propice au maintien de l'expression et de la reconnaissance des émotions via l'imitation et la simulation (rôle du système des neurones miroirs). Il s'agit de la théorie de la simulation (Goldman & Sripada, 2005). En l'occurrence, une mauvaise reconnaissance des émotions participerait à l'isolement social. En effet, savoir interpréter des émotions permet d'adapter nos comportements en intégrant les différentes informations qui en découlent (expression faciale, gestuelle, prosodie etc.) et permet ainsi de construire des relations sociales (Michalon, 2018).

2. Approches thérapeutiques de la maladie d'Alzheimer

2.1. Les traitements médicamenteux vs non médicamenteux

L'efficacité clinique des médicaments (les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase et les antiglutamates) est modeste avec un effet essentiellement symptomatique. De ce fait, la Haute Autorité de Santé (HAS) en mai 2018 n'a pas recommandé la poursuite de leur remboursement par l'assurance maladie. Des recommandations sont alors proposées dans le cadre d'un « parcours de soins pour les patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à

une maladie apparentée » avec une prise en charge non-médicamenteuse pluridisciplinaire (orthophoniste, ergothérapeute, psychologue etc.). Une fois le diagnostic posé, elles préconisent également la mise en place d'un soutien pour l'entourage, une adaptation du suivi médical ainsi qu'une prise en charge des troubles du comportement.

2.2. L'art comme approche thérapeutique

2.2.1. L'art-thérapie et l'approche centrée sur la personne

Kitwood (1997) a développé l'approche centrée sur la personne avec des personnes atteintes d'un trouble neurocognitif majeur. Elle consiste à se concentrer sur l'individu plutôt que sur sa maladie. L'expérience et le ressenti corporel seraient les clés de cette méthode (Rogers, 2007). L'art-thérapie a été introduit comme approche avec les personnes atteintes d'Alzheimer notamment dans le cadre d'ateliers d'écriture, d'expression corporelle ou encore d'arts plastiques. Ainsi une approche thérapeutique basée sur un processus créatif pourrait être bénéfique. Toutefois le théâtre apparaît dans très peu d'études, il regroupe pourtant une approche corporelle, communicationnelle et sociale.

2.2.2. Le rôle du corps

Associer le geste à la parole permettrait de stabiliser la mémoire et d'améliorer le fonctionnement cognitif étant donné que les capacités corporelles restent préservées plus longtemps. L'expression corporelle serait un pilier pour retrouver une identité perdue via la réappropriation de son corps (Pilon & Schaff, 2014).

De plus, les neurones miroirs participeraient à la compréhension du message véhiculé par autrui grâce à l'imitation verbale et gestuelle. (Rizzolatti & Sinigaglia, 2008 cités par Pilon & Schaff, 2014). Le cerveau perçoit les mouvements de l'autre et le corps de la personne devient alors acteur. Par ailleurs, le geste arrive dans le développement avant le langage et propose déjà un message. Le corps est donc, quel que soit l'âge, un pilier de la communication. (Munsch-Roux, Munsch, 2008).

Schmid Nichols cite Ajuriaguerra (1962) pour parler de « l'importance du corps comme lieu d'expérience et de communication, en deçà et au-delà des mots. Ce mode d'échange, non médiatisé, n'apporte pas les mêmes informations que le langage verbal et en même temps le fonde en lui conférant sa dimension vivante. » Ainsi le corps associé au langage verbal, comme on peut le retrouver dans le théâtre serait une des clés principales de la communication.

2.2.3. Lien entre art et maladie d'Alzheimer

D'après Wang & Li (2016), la création permettrait d'appivoiser ses comportements, ses compétences sociales, l'orientation dans la réalité ainsi que son anxiété. De plus, le cerveau est séparé en deux hémisphères : le gauche qui concerne le langage, l'écriture, le raisonnement ; et le droit, le cerveau « artistique » qui est davantage dédié au dessin, à la musique, à l'émotion et la

créativité. 70 à 90% des personnes atteintes d'une pathologie neurodégénérative souffriraient de troubles psycho-comportementaux probablement en raison d'une atteinte de l'hémisphère droit. Ainsi une activité créative aurait un impact sur la thymie en régulant cet hémisphère. Leur permettre de s'exprimer lors de créations réduirait leurs émotions négatives.

Par ailleurs, participer à une activité de groupe permet de renforcer les relations avec les soignants et avec les autres participants, réduisant ainsi l'isolement et permettant d'augmenter l'estime de soi. L'effet de groupe renforce chez le patient sa capacité à communiquer, lui permet de retrouver une identité sociale (Gautron et al., 2010) et favorise la communication verbale et non-verbale grâce aux différentes interactions (Rousseau, & Gatignol, 2012).

Aussi, la méthode de Validation de Naomi Feil fondée en 1963 et décrite par Munsch-Roux et Munsch, (2008) est une méthode basée principalement sur l'empathie permettant une communication verbale et non-verbale entre les personnes « démentes » et les soignants. Pour cela Feil rappelle qu'il faut préserver la dignité en considérant la personne comme une personne à part entière et en la laissant s'exprimer à sa manière. Cette méthode tant pour le patient que pour le soignant permet d'appréhender la maladie de façon plus sereine et de communiquer et comprendre au mieux ses besoins. (Munsch-Roux, Munsch, 2008).

2.2.4. Le théâtre

Le théâtre, mot issu du grec ancien « theatron », désigne la représentation sur scène d'un drame ou d'une comédie racontée par un ou plusieurs acteurs. Il est nécessaire qu'il y ait au moins un émetteur et un récepteur. Le théâtre est une pratique très ancienne, ses prémices datant d'avant le VI^e siècle avant Jésus-Christ, en Grèce (Stanton & Banham, 1996). Il a connu depuis de nombreuses évolutions, passant par exemple d'un lieu de concours tragique et de fête, à des représentations costumées et se déroulant aussi bien dans des églises que sur des places publiques. Le théâtre est donc à la fois libre et unique à chaque représentation mais connaît une stabilité commune régie par des règles (Corvin, 1991).

Le théâtre pourrait alors, à l'instar des autres disciplines artistiques (écriture, musique etc.) se montrer bénéfique en tant qu'approche non médicamenteuse. L'exemple de la méthode Veder (qui sera davantage développé dans la partie « Résultats ») décrit les bénéfices du théâtre sur les personnes atteintes de la MA. Elle a été développée par le « Théâtre Veder » à Amsterdam. Il s'agit d'une coopération entre un établissement de soin et une fondation de théâtre. La méthode est basée sur l'expérience. Elle est destinée aux personnes ayant des troubles mnésiques mais aussi à leurs aidants afin qu'ils aient les meilleurs outils de communication. Les effets étudiés sont axés sur le comportement, l'humeur et la qualité de vie des résidents. Cet exemple servira d'appui et de référence pour comprendre l'intérêt du théâtre.

Buts et hypothèses

D'après Rousseau (2018), les personnes atteintes de la MA gardent des capacités de communication dépendantes de plusieurs facteurs. Elles sont davantage efficaces lorsqu'elles sont dans l'action, avec un contexte ainsi qu'un aspect émotionnel et pas seulement en situation langagière. Avec ces différents éléments, elles peuvent s'adapter à l'échange que ce soit en discussion libre ou bien lors d'une discussion avec les résidents, les soignants et l'examineur.

Ainsi, même si le théâtre est un art qui nécessite la communication verbale, il n'est pas moins intéressant pour les personnes atteintes de la MA. Comme vu précédemment, de nombreuses approches artistiques ont été menées chez les MA, toutefois le théâtre est très peu abordé. Il associe pourtant le corps, les émotions, la communication verbale et non verbale, domaines qui ont d'après la littérature, un impact positif sur la maladie d'Alzheimer.

L'objectif de cette étude est donc d'étudier les potentiels bénéfiques du théâtre sur les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, qu'ils soient acteurs ou spectateurs, en parcourant la littérature de manière la plus exhaustive possible. Les hypothèses émises sont les suivantes :

- Hypothèse 1 (H1) : la stimulation théâtrale, jouée ou observée, permettrait d'optimiser la communication des personnes atteinte de la MA en s'appuyant sur leurs capacités préservées. Les ateliers de théâtre renforceraient leur communication quelle qu'elle soit (verbale et non-verbale).
- Hypothèse 2 (H2): la stimulation théâtrale permettrait d'améliorer la qualité de vie, de diminuer les comportements perturbateurs des personnes atteintes de la MA et d'alléger le « fardeau » de l'aidant. En effet, la stimulation régulière de leurs différentes capacités et un environnement social riche auraient un impact positif sur leur humeur.

Méthode

La recherche bibliographique a été effectuée entre octobre 2020 et février 2021. L'objectif est de s'intéresser aux articles traitant de la maladie d'Alzheimer en lien avec l'art. Pour y parvenir, différentes bases de données ont été utilisées : Pubmed, Google Scholar, Cochrane et Research Gate. Toutefois aucun article de Cochrane ni de Research Gate n'a été retenu car ils ne répondaient pas aux critères d'inclusion (cités ci-après).

D'abord, le recueil d'articles s'est effectué par la recherche de mots-clés en les combinant de toutes les façons possibles. Un mot-clé en lien avec l'art était toujours associé à un mot-clé en rapport avec la maladie :

- En ce qui concerne la maladie, les mots-clés étaient les suivants : « Alzheimer », « maladie d'Alzheimer », « démence », « pathologie neurodégénérative ».
- Pour les mots-clés se rapportant à l'art, ont été sélectionnés : « théâtre », « art », « thérapie ».

non médicamenteuse ».

Le nombre d'articles traitant du sujet étant limité, le nombre de mots-clés n'a pas dû être affiné. Les langues de publication sélectionnées ont été le français et l'anglais.

- **Les critères d'inclusion**

Les articles devaient contenir au moins un mot-clé relatif à l'art et au moins un concernant la MA. De plus, ont été inclus seulement les articles avec une date de parution égale ou postérieure à 2010 afin d'obtenir des données suffisamment récentes et d'actualité. La population ciblée devait être des personnes âgées atteintes de la MA ou bien d'une maladie apparentée à la MA.

- **Les critères d'exclusion**

Ont été exclus les articles ayant une date de parution antérieure à 2010, les doublons ainsi que ceux ne contenant aucun mot-clé.

Une fois les mots-clés sélectionnés et la date vérifiée, la méthode d'analyse des données a été la suivante :

- Lecture du titre et vérification de la présence des mots-clés ;
- Lecture de l'abstract et de la conclusion ;
- Si l'article semble correspondre : lecture de l'article entier

Une fois les articles sélectionnés, ils ont été répertoriés et triés dans un tableau dans le but d'avoir une vision globale et de faciliter la synthèse (cf. Annexe A1).

Voici un aperçu des titres figurant dans le tableau et permettant de synthétiser les différentes sources :

Titre de l'article	Auteur(s)	Objectifs hypothèses	et	Participants/ méthodes	Conclusion
--------------------	-----------	-------------------------	----	---------------------------	------------

Au total 25 articles ont été retenus en première intention mais seulement 20 seront cités dans la partie « Résultats », les 5 autres ne correspondant pas suffisamment à la problématique.

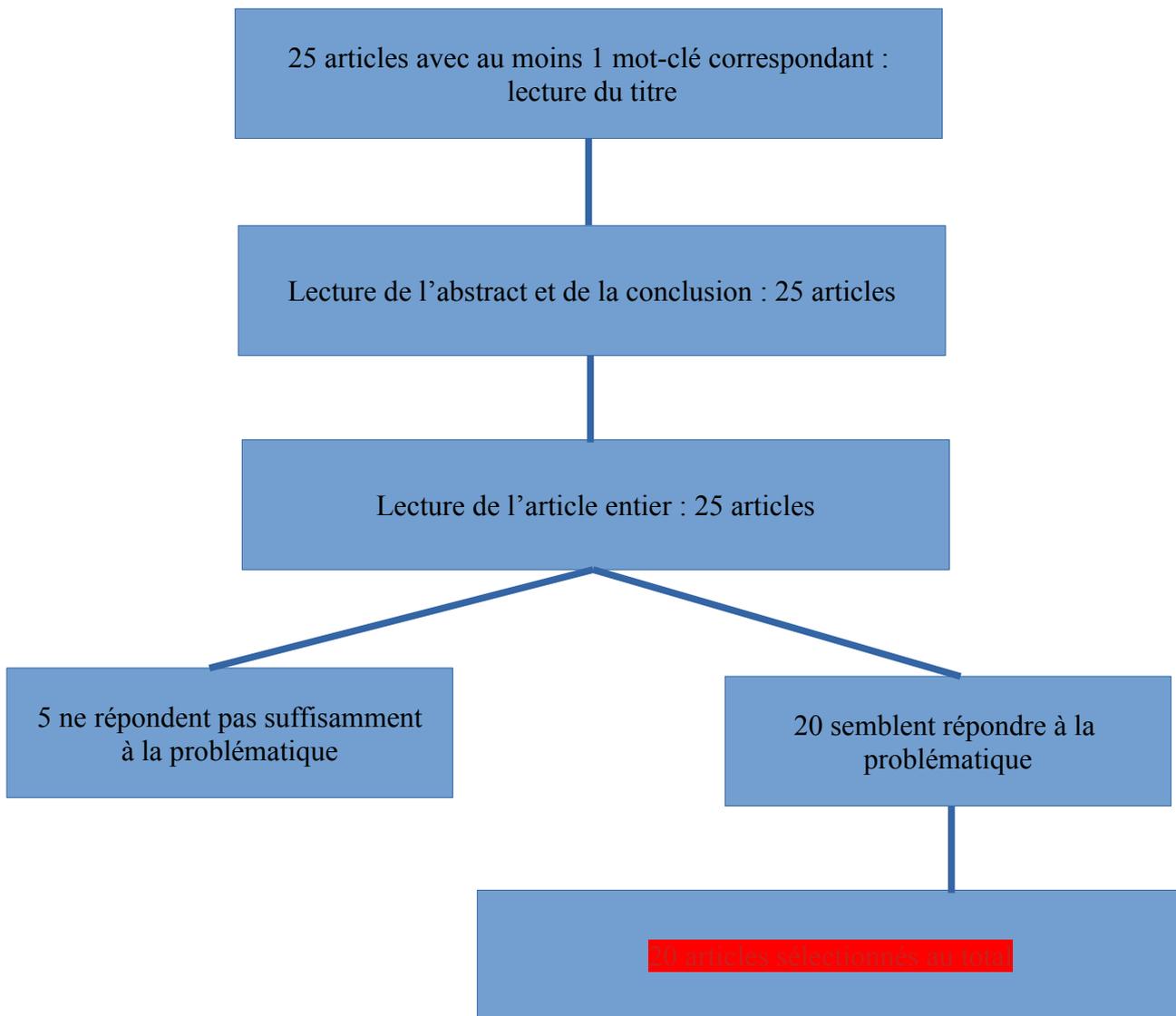


Figure 1. Organigramme explicatif de la méthode de recherche d'articles

Ensuite, les vingt articles ont été classés selon le plan de la partie « Résultats » : regroupés en trois groupes :

- ceux faisant référence à la stimulation théâtrale du point de vue « spectateur » des personnes malades ;
- ceux faisant référence à la stimulation théâtrale du point de vue « acteur » des personnes malades ;
- ceux faisant référence à la stimulation théâtrale des personnes atteintes de la MA sur les soignants et les aidants.

Résultats

1. Sélection des articles

Vingt références ont été identifiées. Les différents résultats obtenus ont été classés selon trois critères :

- Le point de vue « spectateurs » des personnes atteintes de la MA ;
- Le point de vue « acteurs » des personnes atteintes de la MA ;
- Le point de vue des aidants et des soignants des personnes atteintes de la MA.

Aucun article n'avait pour thème principal la communication. Elle pouvait parfois être mentionnée mais pas étudiée à part entière. Ainsi, une partie sera tout de même consacrée à l'impact sur la communication mais ne pourra pas être suffisamment étayée pour répondre à l'hypothèse (H1) selon laquelle la stimulation théâtrale, jouée ou observée, permettrait d'optimiser la communication des personnes atteintes de la MA.

Les deux hypothèses précédemment émises sont fortement liées. En effet, si la qualité de vie s'améliore, on peut imaginer que la communication aussi et inversement. Les différentes parties sont donc à mettre en relation.

2. Impact de la stimulation théâtrale du point de vue « spectateur » des personnes atteintes de la MA

2.1. Impact sur la communication

L'impact du théâtre sur la communication est peu exploité dans la littérature. Il y est décrit de manière peu concrète, ne faisant pas l'objet de la problématique principale. On retiendra principalement la communication des émotions. En effet, dans l'étude de Mitchell et al. (2006), une pièce dépeignant la vie avec une démence a été jouée devant des personnes atteintes de la MA, des proches s'occupant d'une personne atteinte de la MA ainsi que des soignants. L'enjeu était d'aider les spectateurs à comprendre et à exprimer les émotions mises en jeu dans la maladie. Pour y parvenir, les malades et leurs proches ont pu participer à l'écriture de la pièce. Pendant et après la représentation, les examinateurs ont observé chez les personnes malades des rires, des pleurs et de la colère, traduisant alors une communication émotionnelle. On retrouve ce gain dans l'étude de Dassa & Harel (2019) dans laquelle des étudiants se sont appuyés sur les symptômes de la MA pour les transformer en ressources et ainsi réaliser la pièce. Avec le recueil de ces différentes caractéristiques, l'ensemble de ces intervenants a ainsi pu rendre la pièce la plus authentique possible. Cette dernière a été jouée devant des résidents atteints de la MA. En se reconnaissant dans l'histoire, ils ont pu s'exprimer de différentes façons : ils ont commenté la scène en exprimant verbalement ou à l'aide de gestes, leur accord ou leur désaccord ; certains ont exprimé leurs émotions en dansant ou en réalisant des mouvements. Ensuite, les représentations théâtrales ont été

suivies d'un moment de discussion et de partage qui a permis aux participants de communiquer leur ressenti.

De plus, travailler au sein d'un groupe impose une certaine écoute et facilite les échanges. Cela permet de favoriser l'expression et la communication entre les différents participants. Chacun passe ainsi d'auditeur à interlocuteur. Les groupes de discussion permettent d'amener une conversation naturelle entre les participants (Gjengedal et al., 2014 ; Join., 2015). Chacun devient alors sensible aux capacités et aux limites des autres et adapte son comportement et sa façon de communiquer (Mitchell et al., 2006).

Intégrer les personnes souffrantes à l'élaboration de la pièce permet de les considérer comme des personnes à part entière avec leurs propres capacités et non pas uniquement par le biais de la maladie. En étant des spectateurs actifs (échange avec les acteurs pendant la pièce), cela contribue à maintenir divers aspects de l'autonomie tels que la maîtrise, la dignité et l'indépendance. Cette autonomie est également possible grâce à la mémoire à long terme sur laquelle il est possible de s'appuyer pendant les représentations notamment grâce aux chansons que les acteurs chantent et qui activent de nombreux souvenirs chez les participants.

2.2. Impact émotionnel

La majorité des articles étudiés met en avant l'impact d'une représentation théâtrale sur les émotions. Après avoir évalué le ressenti des participants (professionnels de santé, proches et malades) à l'aide d'un questionnaire simple (exemples : « J'ai appris quelque chose de nouveau sur ce que c'est que de vivre avec une démence », « cette expérience créative a changé ma compréhension auprès des personnes atteintes de démence » etc.) avec une échelle de Likert (échelle permettant de répondre aux questions en cochant la case correspondant le mieux au ressenti, de « pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord »), Mitchell et al. (2006) se sont rendu compte que le théâtre induisait d'une part une meilleure compréhension des émotions mises en jeu dans la MA et ressenties au quotidien telles que la perte, le gain, les relations etc. ; et d'autre part une meilleure expression des émotions. En effet, le témoignage des organisateurs, des soignants ainsi que des familles a mis en avant beaucoup de rires, de pleurs, de la colère ainsi qu'un sentiment de contrôle de la part des malades. En se reconnaissant dans les personnages et en passant d'acteur à spectateur, les personnes malades peuvent contrôler la situation théâtrale tandis que l'évolution de leur maladie reste incontrôlable (Dassa & Harel, 2019 ; Taylor., 2019).

En ce qui concerne le statut des personnes réalisant la pièce, les études n'obtiennent pas toutes les mêmes conclusions. Selon Yi & Jiaying (2018), il est possible d'obtenir un effet positif sur le comportement, l'humeur et la qualité de vie des personnes malades grâce aux infirmiers qui induisent un traitement artistique. En effet, douze articles concernant cette problématique ont été analysés par les auteurs. Ils se sont rendu compte que les infirmiers et infirmières pouvaient faciliter la vie quotidienne des personnes atteintes de la MA notamment grâce à la reminiscence, à leur participation aux activités, à l'expression créative et à l'environnement. En revanche, selon Dijk et al. (2012), il est nécessaire que la pièce soit jouée et soit encadrée par des acteurs professionnels pour obtenir des résultats notables.

3. Impact de la stimulation théâtrale du point de vue « acteur » des personnes atteintes de la MA

3.1. Impact sur la communication

Les représentations théâtrales peuvent favoriser la communication des personnes atteintes de démence lorsque celles-ci y participent activement. En effet, des ateliers d'expression corporelle ont permis une augmentation de l'expression verbale et non-verbale, que ce soit en production ou en réception, objectivée par une grille d'observation de la communication (Pilon & Schaff, 2014). Après avoir sélectionné quatre résidentes d'un EHPAD atteintes d'une démence type Alzheimer, les auteures ont mis en place des ateliers d'expression corporelle (base fondamentale du théâtre). Les exercices étaient progressifs (par exemple, passer d'un exercice incluant une seule partie du corps à un exercice incluant l'ensemble du corps). Ainsi, Pilon et Schaff ont pu observer au fil des séances une augmentation ainsi qu'une diversification de la communication non-verbale (initiation d'échanges non-verbaux, utilisation de gestes, expression du visage, contact visuel, toucher) ainsi qu'une stimulation de l'expression verbale (initiation et poursuite d'échanges verbaux, facilitation de la compréhension verbale, augmentation du nombre d'interlocuteurs).

L'expression verbale en lien avec l'expression corporelle, chacune étant un support de l'autre, permettrait de réduire le manque du mot ainsi que les persévérations et de faciliter l'accès lexical. Elle faciliterait alors les échanges entre l'aidant et la personne malade. La communication gestuelle, en complétant la communication verbale (qui s'avère plus difficile et moins précise) lors d'ateliers théâtraux, permet aussi de développer l'identité propre de chaque personne en facilitant l'accès à leurs souvenirs (Dijk et al., 2012 ; Pilon et Schaff., 2014).

Toutefois, même si la communication gestuelle semble perdurer dans la maladie (en comparaison à la communication verbale), elle devient de moins en moins précise. Les ateliers théâtraux peuvent donc être un support pour renforcer ce mode de communication (Join, 2015).

3.2. Impact émotionnel, social et comportemental

Plusieurs études mettent en avant le rôle de la dramathérapie sur les émotions des personnes atteintes de la MA. L'improvisation sur scène a permis aux participants de diminuer leur incertitude ainsi que leur anxiété. Dunford et al. (2017) ont observé ce bénéfice grâce à un outil d'évaluation de l'humeur avant et après les sessions. Selon Join (2015) et Dassa & Harel (2019), un des facteurs clé de cette évolution se trouve dans la redécouverte de leur identité propre. Cette dernière est renforcée par l'augmentation de l'estime de soi, de l'humeur et de la sociabilité qu'ils ont pu objectiver par des discussions entre professionnels sur leurs observations après les ateliers. En effet, lors des séances, les participants se montraient créatifs en réalisant des exercices d'improvisation, de jeux, de métaphores etc. Ils étaient donc actifs. En découvrant des capacités qu'ils pensaient perdues, ils ont pu reprendre confiance en eux. Ce processus reste possible à un stade précoce ou modéré et s'observe après les séances de théâtre (Join., 2015 ; Pauluth-Penner., 2018).

En ce qui concerne le comportement, participer à des ateliers théâtraux permet de réduire

ceux jugés perturbateurs ainsi que les situations favorables à l'anxiété et à l'agitation. Pilon et Schaff (2014) rapportent un retentissement positif des ateliers d'expression corporelle sur le comportement, qu'elles ont pu relever grâce à une grille d'observation du comportement. De même, Dijk et al. (2012) ont relevé suite à une échelle d'observation réalisée en trois temps ((T1) pré-test ; (T2) pendant l'intervention et ; (T3) post-test, deux heures après l'intervention), une amélioration globale du comportement. Cette méthode était basée sur la mémoire à long terme associée à des éléments théâtraux, poétiques et musicaux administrés par des acteurs professionnels.

De plus, afin de mettre en place une stimulation théâtrale la plus optimale possible, il serait bénéfique que les exercices soient basés sur l'environnement, l'improvisation, la spontanéité et la créativité. C'est l'hypothèse qu'ont émise Dunford et al. (2017) en mettant en place des exercices d'improvisation avec des personnes atteintes de la MA. L'enjeu n'était pas ciblé sur la mémorisation mais plutôt sur les ressources environnementales mises à leur disposition. Ainsi, les capacités préservées ont été davantage utilisées afin de les maintenir et d'en faire émerger de nouvelles. Pour que cela fonctionne et soit le plus efficace possible, il est important d'instaurer une routine en programmant les séances chaque semaine, le même jour, à la même heure et avec les mêmes personnes. Avoir un environnement rassurant stable et cadré permet aux participants d'être disponibles pour exprimer au mieux leurs capacités (Dunford et al., 2017 ; Pilon et Schaff, 2014).

Nous notons également que les bénéfices apportés par la stimulation théâtrale semblent être majorés par l'environnement social. Les personnes âgées souffrant de démence peuvent vite ressentir de la solitude en raison de l'apathie présente dans la maladie mais aussi du lieu d'hébergement. Travailler avec le même groupe de personnes, à l'instar de la routine citée précédemment, renforce le sentiment de sécurité mais aussi de communauté et leur permet alors de se sentir suffisamment à l'aise pour exprimer leur créativité. Les différents ateliers, que ce soit l'improvisation, les représentations théâtrales ou bien l'expression corporelle, ont renforcé le sentiment de bien-être et ont permis de réduire l'isolement en créant de nouveaux liens sociaux (Dassa & Harel, 2019 ; Dunford et al., 2017 ; Pauluth-Penner., 2018). Par ailleurs, ce processus est aussi possible à l'inverse : à un stade léger ou modéré, être acteur d'une pièce de théâtre permettrait d'améliorer l'estime de soi, l'humeur, la motivation mais aussi la sociabilité (Pauluth-Penner, 2018).

L'impact des stimulations théâtrales est indéniable sur la communication et la qualité de vie des personnes atteintes de la MA. L'étude de Dijk et al. (2012) reprend l'ensemble de ces conclusions grâce à la méthode « Veder ». Il s'agit d'un programme destiné aux personnes ayant des troubles mnésiques mais aussi à leurs aidants afin qu'ils aient les meilleurs outils de communication. La réciprocité de l'échange entre aidant et malade est au cœur de la méthode. Les auteurs se sont particulièrement intéressés au théâtre comme méthode de communication dans les soins psychogériatriques en analysant l'impact sur le comportement, l'humeur et la qualité de vie des personnes atteintes de démence. Pour y parvenir, ils se sont basés sur la mémoire à long terme (la plus résistante chez les patients Alzheimer) associée à des éléments théâtraux, poétiques et musicaux et ont formé trois groupes :

- le groupe 1 qui a réalisé une activité théâtrale proposée par des soignants ;
- le groupe 2 qui a aussi réalisé une activité théâtrale mais cette fois encadrée par des acteurs

- professionnels ;
- le groupe 3 qui a participé à une activité au sein du groupe de réminiscence.

Le comportement, l'humeur et les aspects de la qualité de vie ont donc été mesurés à l'aide d'échelles d'observation pendant trois temps : (T1) pré-test ; (T2) pendant l'intervention et ; (T3) post-test, deux heures après l'intervention.

Les résultats de cette étude sont en faveur d'un impact positif plus important lorsque les personnes démentes sont accompagnées par des acteurs professionnels lors des ateliers théâtraux. Le groupe en question se souvenait davantage du passé, gagnait en confiance, exprimait plus ses émotions et était plus ouvert aux chants et à la poésie. En effet, en apportant des stimuli théâtraux, les acteurs réussissent à obtenir des réactions émotionnelles positives des patients mais aussi à améliorer la relation soignant-patient.

En ce qui concerne les modalités de passation, les séances se déroulent selon une structure fixe. Elles débutent par un contact personnel entre l'intervenant et chaque résident. Ensuite les intervenants utilisent des stimuli théâtraux pour rappeler des faits anciens. Enfin, la séance se termine par un au revoir personnel. Chaque séance s'inscrit dans un échange d'expériences entre résident et professionnel.

4. Impact de la stimulation théâtrale des personnes atteintes de la MA sur les soignants et les aidants

4.1. Impact sur la communication et sur la qualité de vie des soignants

En plus d'avoir un impact positif sur les personnes atteintes de la MA, le théâtre apporte également de nombreux bénéfices aux soignants et aidants.

Différentes manières d'aborder le théâtre existent telles que l'écriture fictive d'un scénario, l'écriture suite à un recueil de témoignages ou encore une écriture collaborative entre acteurs et spectateurs. Selon Argyle & Schneider (2016), il serait bénéfique de jouer la pièce en rendant le public actif et en restant fidèle aux situations quotidiennes des malades. Cela permettrait alors un engagement émotionnel plus important des soignants et améliorerait de nombreuses capacités qui seront citées ci-après.

Plusieurs représentations à destination du personnel soignant ont donc été élaborées grâce aux observations des caractéristiques de la maladie. Pour l'une d'entre elles, qui a duré 90 minutes, des questionnaires post-représentation ont été donnés aux soignants leur demandant s'ils étaient soignant familial ou professionnel, ce qu'ils avaient pensé de la représentation, ce qu'ils avaient appris et retenu, et si cela avait changé leur pratique professionnelle ainsi que leur point de vue sur la démence (Schneider, 2016). Une autre, d'une durée de 30 minutes, était basée sur cinq cas d'observation qui ont mis en avant les expressions caractéristiques (surtout non verbales) de la MA, la stigmatisation qu'ils subissent ainsi que le rapport parfois impersonnel entre soignants et malades. La représentation était suivie d'une discussion de 60 minutes basée sur des questions semi-structurées évaluant la perception des participants sur la compréhension et l'expression des personnes atteintes de démence. Il leur a été demandé de préciser ce qu'ils avaient retenu des habitudes et des expressions corporelles des résidents et de les comparer avec ce qu'ils peuvent

observer lors de leur pratique (Kontos & Naglie, 2007). Dans l'étude de Morey (2010), la pièce a été construite suite à une étude phénoménologique auprès de dix professionnels travaillant avec des personnes atteintes de démence. Elle mettait en scène les expériences des aidants et a été jouée devant les soignants. Dans l'étude de Mitchell et al. (2006), l'ensemble des spectateurs était impliqué dans la MA (soignants, familles, malades). Après avoir construit le scénario en se basant sur le témoignage de personnes atteintes de démence ainsi que sur des images vidéo des entretiens passés avec eux, la pièce a pu être construite. Les chercheurs ont ensuite élaboré un questionnaire simple de dix questions sur le ressenti des participants et sur l'impact que la représentation a pu produire (exemple : «J'ai appris quelque chose de nouveau sur ce que c'était de vivre avec la démence») auxquelles il était possible de répondre à l'aide d'une échelle de Likert et d'y inscrire des commentaires supplémentaires. Enfin, l'étude de Burns et al. (2018) décrit l'impact d'une représentation théâtrale basée sur les expériences sociales et relationnelles entre les personnes atteintes de démence et leurs aidants. Les acteurs connaissaient tous personnellement la maladie en tant qu'aidant, rendant ainsi la pièce réaliste. Un questionnaire évaluant leurs croyances, leurs sentiments et l'importance de l'art dans les soins leur a été proposé avant et après la représentation.

Dans tous les cas, les soignants se sont montrés particulièrement réceptifs et ont affirmé qu'ils avaient observé une augmentation de leur empathie, de leurs capacités de communication et d'adaptation et qu'ils pouvaient ainsi mieux appréhender la maladie. Ils ont confié qu'avant la représentation, ils pouvaient éprouver un certain à priori de l'ordre de l'anxiété sur la maladie et qu'ensuite ils avaient ressenti une meilleure gestion des émotions liées à la maladie notamment grâce à l'interaction qu'a apportée le théâtre. Les spectateurs ont pu échanger entre eux et avec les acteurs pendant et après les représentations, créant alors un sentiment de communauté. Les soignants affirment que ces différents facteurs leur ont permis d'avoir une nouvelle vision de leur rôle et de la maladie.

Ainsi, le théâtre, par son approche non théorique, a permis de transmettre aux soignants les clefs pour affronter la maladie et ainsi développer des réactions adéquates (Morey, 2010).

On note également que le théâtre semble être un bon outil en ce qui concerne la transmission d'informations pour le personnel soignant. En effet, après l'observation d'une représentation théâtrale sur le thème de la démence, les soignants ont été sensibilisés aux différentes façons dont les résidents s'expriment (notamment par la communication corporelle). Cela leur permet alors d'adapter leur méthode de communication (Kontos & Naglie, 2007). On retrouve aussi dans l'étude d'Argyle & Schneider (2016), une nécessité chez les soignants de modifier leur pratique ; certains mentionnent le besoin d'améliorer la formation et la sensibilisation et d'autres abordent les différentes résolutions prises telles que « j'ai le sentiment que je vais pouvoir mieux communiquer et modifier mon approche de chaque personne » (Argyle & Schneider, 2016). De plus, le projet SALTO « Social Action for Life Quality Training and Tools » associe les projets de vie des malades avec les projets de soin afin de favoriser les approches non médicamenteuses. Même s'il ne s'agit pas de théâtre à proprement parlé, des paramètres spécifiques tels que la réminiscence et l'expression corporelle s'en rapprochent. Ainsi, cette méthode a permis de former les soignants face aux personnes atteintes de démence (Luppi, 2018).

En outre, le théâtre permet d'acquérir plus aisément ce qui est difficilement transmissible via la théorie. La démence étant complexe tant dans son diagnostic que dans sa prise en charge, la théorie ne semble pas suffisante pour la maîtriser complètement (Morey, 2010). En effet, on

retrouve dans l'art les aspects physiques, émotionnels et sensoriels de la communication (Kontos & Naglie, 2007).

4.2. Impact sur la communication et sur la qualité de vie des aidants

En plus des bénéfices du théâtre sur les soignants, la littérature rend aussi compte des bénéfices sur les aidants des personnes atteintes de la MA. Les aidants familiaux consacraient sept heures et quarante minutes par jour pour aider leur proche malade (Prince & Jackson, 2009). Le but du théâtre ici est d'accompagner les aidants en mettant en scène des situations de la vie quotidienne. Dans l'étude de Gjengedal et al. (2014), des extraits de textes exprimant l'environnement et la souffrance des patients et de leurs proches ont été lus par des acteurs. Ensuite, deux semaines après ces représentations, les familles ont été invitées à une discussion de groupe portant sur : la lecture en elle-même, leur identification aux personnages et leur ressenti. Afin d'établir des résultats significatifs, les entretiens ont été enregistrés, transcrits puis analysés. Un autre aspect concernant les aidants a été étudié par Morey (2010). Elle décrit les différentes avancées concernant le théâtre fondé sur la recherche et dédié à la démence. Elle met au cœur de ce projet les aidants en décrivant les différentes étapes par lesquelles ils passent lorsque le diagnostic de démence est posé. Un scénario théâtral basé sur la phénoménologie sera alors construit dans le but d'aider les proches.

Dans les deux cas, les résultats montrent que les aidants ont été touchés émotionnellement. Avec les différentes situations jouées, chacun a pu se reconnaître individuellement. Participer à l'écriture des différents scénarios et être acteurs des rôles joués leur a permis d'identifier les émotions qu'ils ressentent au quotidien (Burns et al., 2018). Mettre des mots sur leur « fardeau » leur a aussi permis de mieux l'accepter et de l'envisager d'une nouvelle manière. Le poids que pouvait parfois représenter leur proche semble s'alléger.

Discussion

Suite aux différents résultats relevés dans la littérature, nous allons les discuter et les confronter aux hypothèses émises en premier lieu. Deux hypothèses avaient été proposées :

- Hypothèse 1 (H1) : la stimulation théâtrale, jouée ou observée, permettrait d'optimiser la communication des personnes atteintes de la MA en s'appuyant sur leurs capacités préservées ;
- Hypothèse 2 (H2): la stimulation théâtrale permettrait d'améliorer la qualité de vie, de diminuer les comportements perturbateurs des personnes atteintes de la MA et d'alléger le « fardeau » de l'aidant.

Pour commencer cette discussion, il semble important de mentionner que la problématique du théâtre chez les personnes atteintes de la MA est peu relayée par la littérature. Le manque de données a complexifié les réponses aux hypothèses.

Afin de discuter des différents résultats trouvés, nous reviendrons sur les deux hypothèses émises précédemment en essayant de comprendre les avantages et les limites retrouvés dans la littérature tout en proposant de potentielles perspectives de développement. Nous soumettrons

ensuite quelques remarques et limites concernant la méthodologie. Enfin, nous développerons l'apport de la pratique théâtrale sur les personnes atteintes de la MA dans la prise en charge orthophonique.

1. Discussion des résultats trouvés selon les hypothèses émises

1.1. Hypothèse H1 : Impact sur la communication

Les résultats trouvés en ce qui concerne la communication ont été peu nombreux, quelques conclusions détaillées ci-dessous ont tout de même émergé de la littérature.

En ce qui concerne le point de vue « spectateur » des personnes atteintes de la MA, l'impact communicationnel est davantage porté sur les émotions. Les participants ont pu exprimer et communiquer leur ressenti que ce soit par des émotions telles que des rires ou bien des pleurs mais aussi par des gestes.

Nous notons tout de même, lors des moments d'échanges qui suivaient les représentations, que les participants avaient plus de facilités à s'exprimer (émotions, commentaires etc).

Nous relevons des résultats plus probants lorsque les personnes malades ont le statut d'acteur. Leurs expressions verbales et non verbales ont été favorisées. Plusieurs actes de communication ont émergé (initiation d'échanges non-verbaux, utilisation de gestes, expression du visage, contact visuel, toucher). L'expression verbale, en lien étroit avec l'expression non verbale, a été mise en exergue et a renforcé l'accès lexical.

Ainsi, l'hypothèse H1 selon laquelle la stimulation théâtrale, jouée ou observée, permettrait d'optimiser la communication des personnes atteinte de la MA en s'appuyant sur leurs capacités préservées, ne peut être totalement validée. Lorsque la personne atteinte de la MA est spectatrice, il lui est possible de s'exprimer et chaque acte de communication sera renforcé. Toutefois, la personne n'étant pas au cœur de la pièce, la communication reste restreinte ; elle ne sera pas améliorée mais davantage encouragée. Par contre, lorsque le sujet est acteur, l'hypothèse peut être confirmée. En effet, l'expression corporelle et théâtrale favorise et fait émerger de nombreux actes de langage et d'expression non verbale, rendant la communication plus adaptée.

1.2. Limites

La littérature offre très peu d'études sur l'impact du théâtre sur la communication verbale. Elle était mentionnée dans plusieurs études mais ne faisait pas l'objet de la problématique principale. De ce fait, il semble difficile d'apporter une réponse précise à l'hypothèse ciblée. Il semblerait alors intéressant de l'évaluer. Pour ce faire, il serait possible de s'appuyer sur des grilles de communication en s'inspirant par exemple de celle de Rousseau : « Grille d'évaluation des capacités de communication des patients atteints de DTA » (cf. Annexe A2). Cette dernière permet d'établir un profil personnel de communication et « d'avoir une vision pragmatique de la communication en considérant moins le langage lui-même que l'usage qui en est fait, en

considérant moins la forme que le contenu et les moyens mis en œuvre pour entrer en communication » (Rousseau, 1998). Ses principaux axes d'observation sont l'utilisation adéquate ou non des actes de langage et les thèmes de discussion qui permettent une communication plus ou moins efficace. Ces différents aspects semblent correspondre aux caractéristiques du théâtre (pragmatique, usage et contenu du langage). Il pourrait alors être intéressant d'intégrer cette grille de communication aux observations des ateliers de théâtre en la remplissant avant l'intervention, pendant et après. D'une part, cela permettrait de voir l'évolution de chaque participant, et d'autre part cela permettrait aux autres professionnels gravitant autour du malade (notamment l'orthophoniste) de cibler un aspect précis de la communication et la manière de l'appréhender.

1.3. Hypothèse H2 : Impact sur la qualité de vie

La majorité des études a mis en avant l'impact de l'art théâtral sur les émotions, en lien direct avec la qualité de vie. Que ce soit pour les personnes atteintes de la MA, leurs soignants ou bien leurs aidants, les résultats sont en faveur d'un bénéfice notable de leur humeur.

Les soignants ont montré une majoration de leur empathie et ont su apprivoiser la maladie. Les aidants ont pu gérer leurs émotions en les exprimant, en discutant avec d'autres personnes dans la même situation. Les personnes malades ont connu une diminution de leur comportement perturbateur, une amélioration de leur thymie, des capacités de concentration et une communication davantage adaptée.

Ainsi, il semble légitime de confirmer l'hypothèse H2 selon laquelle la stimulation théâtrale permettrait d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de la MA et d'alléger le « fardeau » de l'aidant.

1.4. Limites

Même si la qualité de vie et le comportement sont davantage étudiés en comparaison à la communication, ils restent peu détaillés. Il est particulièrement difficile de les évaluer de manière objective. Dans la majorité des cas, il s'agit d'échelles (comme celle de Likert) ou de grilles d'observation.

Au sujet de la problématique comportementale et afin d'obtenir des résultats les plus significatifs possible, il pourrait être intéressant de fournir aux soignants ainsi qu'aux aidants un questionnaire comme l'Inventaire Neuropsychiatrique (NPI) (Robert, 1998) (cf. Annexe A3) et un questionnaire mesurant la qualité de vie. Avoir deux points de vue et les comparer seraient une analyse intéressante. En effet, il s'agit des interlocuteurs privilégiés des personnes malades mais ayant tous deux une posture et une approche différentes. Le NPI regroupe dix domaines comportementaux et deux variables neurovégétatives (idées délirantes, hallucinations, agitation/agressivité, dépression/dysphorie, anxiété, exaltation de l'humeur/euphorie, apathie/indifférence, désinhibition, irritabilité/instabilité de l'humeur, comportement moteur aberrant, sommeil, appétit/troubles de l'appétit). Pour chaque domaine, la fréquence (quelquefois, assez souvent, fréquemment, très fréquemment), la gravité (léger, moyen important) et le retentissement sur l'aidant sont évalués.

En ce qui concerne l'aspect émotionnel, quelques études rendent compte d'échelles subjectives évaluant l'impact émotionnel sur les aidants. A l'instar des questionnaires concernant l'impact comportemental des personnes atteintes de la MA, les émotions des aidants sont analysées mais il reste difficile d'avoir des conclusions objectives. Les entretiens enregistrés ou les observations faites par les professionnels pourraient être complétés par une échelle de pénibilité et d'évaluation du « fardeau ». Il pourrait s'agir de la grille de Zarit (cf. Annexe A4). Elle permet de rendre compte de la charge émotionnelle et physique de l'aidant au travers de questions sur l'état habituel de leur proche malade. Vingt-deux questions leur sont proposées auxquelles ils répondent grâce à une échelle de fréquence (de 0/jamais à 4/presque tout le temps).

Pour chaque évaluation, il pourrait être pertinent de les proposer avant l'intervention, pendant et après afin d'identifier si un changement dans les domaines de la communication, des émotions et du comportement a eu lieu.

2. Limites de la méthodologie

Plusieurs biais ont été relevés au sein de ce recueil d'articles et seront détaillés ci-après : études de courte durée, absence de groupe contrôle, nombre limité de participants, irrégularité du suivi, consentement, aspect fluctuant de la maladie et moyens d'évaluation peu objectifs.

Tout d'abord, l'ensemble des études répertoriées étaient de courte durée avec des interventions limitées à quelques mois. Il semble donc difficile de connaître l'impact du théâtre à long terme et de savoir si les bénéfices sont transférables au quotidien. Il s'agit d'une limite difficilement modifiable puisque le public ciblé est déjà âgé, institutionnalisé et atteint de la MA, le suivi ne pourra donc pas s'étaler sur de nombreuses années.

De plus, peu d'études ont mis en place un groupe contrôle lors de leur expérience. Avoir un groupe qui reçoit un traitement standard en plus du groupe recevant l'intervention cible permet de pouvoir ensuite comparer les résultats et vérifier s'il existe un résultat plus probant dans le groupe intervention. Pour que la comparaison soit la plus fine possible, il faut que les deux groupes soient le plus homogène possible (même tranche d'âge, même pathologie, même niveau socio-économique etc.). Il pourrait aussi être intéressant, pour que l'analyse soit la plus neutre possible, que l'ensemble des participants soit réparti de manière aléatoire au sein des deux groupes et qu'une évaluation en aveugle soit réalisée (c'est-à-dire par des évaluateurs indépendants).

Ensuite, pour qu'une expérience soit la plus significative possible, il est important que les groupes soient constitués d'un nombre important de participants. Les auteurs des études de cette revue de littérature peuvent difficilement mettre en place les différentes interventions avec un nombre élevé de participants. En effet, les personnes atteintes de la MA ont besoin d'un cadre, d'une surveillance ainsi que d'un sentiment de sécurité ; il est donc nécessaire que les participants soient encadrés par plusieurs professionnels. Il est aussi difficile de mener à bien un projet tel que le théâtre avec un nombre de participants trop élevé puisqu'il faut qu'ils soient particulièrement à l'écoute, concentrés, avec le moins de distracteurs possibles. Le nombre d'interactions ne peut être trop important pour qu'ils puissent d'une part connaître l'ensemble des interlocuteurs et d'autre part ne pas avoir un surplus d'informations.

Une difficulté supplémentaire présente dans ces études pourrait être le consentement des participants et l'absence de régularité dans le suivi. D'une participation à l'autre, les résidents ne sont pas toujours aussi motivés. La MA est une maladie fluctuante avec comme caractéristique l'apathie ; les personnes atteintes ne sont donc pas toujours disponibles cognitivement et physiquement pour participer. Il est important que la motivation vienne des résidents et de ne pas les forcer à participer ; cela pourrait engendrer une frustration et nuire aux potentiels bénéfiques.

Nous constatons également, comme mentionné précédemment, que les moyens d'évaluation sont peu objectifs. Il est difficile de savoir si c'est l'intervention théâtrale qui a eu un réel impact ou si l'ensemble des facteurs environnants (autres activités, fatigue, environnement familial etc.) n'a pas aussi joué un rôle. De plus, la thymie étant très fluctuante, si c'est aux participants de répondre aux questionnaires, les réponses peuvent alors varier d'un moment à un autre. Il est toutefois difficile d'avoir un moyen d'évaluation objectif puisque les conclusions sont surtout basées sur des observations qui seront donc sûrement différentes en fonction des examinateurs, de leur expérience, leur vécu etc.

3. Forces et limites de la méthodologie réalisée pour le recueil d'articles

Quelques difficultés sont apparues pendant la réalisation de ce mémoire. Tout d'abord le travail de recherche a commencé plus tard que prévu en raison de la crise sanitaire de la COVID-19. Le mémoire aurait dû porter en premier lieu sur une étude interventionnelle : l'impact du théâtre aurait dû être réellement évalué au sein d'un EHPAD. Malheureusement, le confinement des EHPAD a empêché toute intervention extérieure. Le sujet a tout de même été gardé mais il a été préférable qu'il soit finalement étudié par le biais d'une revue de littérature.

Nous avons également rencontré des difficultés lors du recueil d'articles. Le sujet est peu traité par la littérature et les critères d'inclusion ont largement limité les ressources. En effet, le public ciblé était représenté par des personnes âgées, avec la MA ou une démence apparentée. Quelques articles mentionnaient le thème du théâtre mais parfois au sein d'EHPAD sans que les sujets soient malades, parfois avec une autre maladie que la démence etc. Cela a toutefois permis que la recherche soit la plus exhaustive possible. Seuls 25 articles au départ avaient été retenus et 20 ont été réellement étudiés. Cette revue de littérature, en regroupant les articles traitant d'une même problématique, pourrait alors permettre de faciliter les recherches concernant ce sujet et idéalement d'en réaliser de nouvelles.

4. Apport de la revue de littérature dans la pratique orthophonique

L'ensemble des résultats rapportés va dans le sens d'un impact positif du théâtre sur la communication et la qualité de vie. La communication étant au cœur de la rééducation orthophonique, cette approche par le théâtre pourrait être intégrée dans la prise en charge ou pourrait servir de support pour cibler les axes de rééducation. Nous développerons chacune de ces deux idées.

Il pourrait être intéressant que les orthophonistes soient formés par des acteurs professionnels, comme décrit dans l'étude de Dijk (2012) afin d'apporter une nouvelle approche à la prise en charge. En effet, les approches existantes sont davantage basées sur des exercices cognitifs mettant en jeu les capacités cérébrales et laissant dans la majorité des cas les capacités motrices et corporelles de côté. Nous savons également que des techniques non médicamenteuses telles que la musique ou bien l'écriture ont des conséquences positives sur la MA. Ces différents aspects s'appuient sur les sens et le rôle de l'émotion couplés aux fonctions cognitives. Le théâtre, en regroupant ces différents aspects, pourrait alors se révéler être une nouvelle source de rééducation.

Il pourrait aussi être possible, comme dit précédemment, que le théâtre soit réalisé par d'autres professionnels travaillant en collaboration avec l'orthophoniste. En réalisant les ateliers théâtraux et en utilisant par exemple la grille de communication de Rousseau, ils pourraient fournir à l'orthophoniste des pistes en ce qui concerne les troubles de la communication. Par exemple, si un patient communique en s'appuyant davantage sur les gestes à fonction référentielle pour accompagner le discours verbal, l'orthophoniste pourra s'en servir pendant les séances comme support à la communication. Le professionnel pourra pointer ou mimer un objet pour aider le patient à comprendre l'énoncé. De même, si le patient performe au niveau des actes de langage type question oui/non, l'orthophoniste saura s'appuyer sur cette compétence pour travailler les capacités déficitaires.

Par ailleurs, ce type de prise en charge serait favorisé en étant effectué en institution ou en prise en charge groupale. En effet, l'émulation de groupe est porteuse et source de nombreux bénéfices cités précédemment (relation sociale, cohésion, soutien, augmentation de la thymie etc.). Cela permettrait d'avoir un impact à la fois individuel mais aussi de groupe puisque l'idée du théâtre ici est d'allier performance personnelle et cohésion de groupe. La relation duelle semble alors moins propice puisque les échanges seront limités.

Aussi, le travail de groupe, peu pratiqué en orthophonie, peut se révéler très efficace même en dehors des exercices réalisés. Il s'agit d'une opportunité pour les patients de comprendre qu'ils ne sont pas les seuls à souffrir de cette maladie. Echanger avec des personnes qui comprennent et qui vivent la même chose peut amener chez eux un sentiment réconfortant et ainsi faciliter les échanges.

En ce qui concerne les domaines travaillés en lien avec l'orthophonie, le théâtre possède de nombreuses ressources. Il peut aussi bien stimuler :

- La mémoire avec des mots, des phrases ou bien des gestes à retenir ;
- La prononciation avec des exercices d'articulation (exemples : répétition de voyelles, de consonnes etc.) ;
- Les fonctions exécutives avec la planification (exemple : création d'histoires collaboratives), l'inhibition et la flexibilité (exemple : répéter une phrase avec une intensité très élevée plusieurs fois puis tout bas) et l'attention qui est nécessaire tout au long de l'atelier.
- Les émotions.

Plusieurs exercices et les objectifs ciblés sont décrits en annexe (cf. Annexe 5).

Conclusion

Par cette revue de littérature, nous avons donc cherché à déterminer les bénéfices du théâtre sur les personnes atteintes de la MA en ce qui concerne leur capacités communicationnelles mais aussi leur qualité de vie ainsi que leur comportement. Les proches et soignants intervenant dans le parcours de soins ont aussi été intégrés à l'étude puisque leur rôle est majeur et qu'ils subissent eux aussi les conséquences de la maladie. Les vingt articles sélectionnés et analysés ont permis d'apporter des réponses aux hypothèses selon lesquelles le théâtre permettrait d'optimiser la communication des personnes atteintes de la MA mais aussi d'améliorer leur qualité de vie, de diminuer les comportements perturbateurs et de soulager les aidants.

L'impact du théâtre sur la communication dans la MA reste peu étudié dans la littérature. Il est donc difficile de créer une synthèse sur les bénéfices de cet art. Nous avons tout de même recensé et synthétisé l'ensemble des informations relatives à la problématique. Le regroupement des données a permis de comprendre les enjeux du théâtre sur les émotions et la communication des personnes atteintes de la MA. Dans l'ensemble des articles étudiés, les auteurs rapportent soit des effets positifs soit un impact non ou peu significatif des ateliers de théâtre. En effet, les conclusions de cette étude sont en faveur d'une amélioration de la qualité de vie avec des effets positifs sur la thymie et sur les émotions ainsi qu'une diminution des comportements perturbateurs. Mais en ce qui concerne la communication, les résultats sont davantage nuancés. Dans quelques études, les auteurs relèvent une stimulation de la communication verbale et non verbale suite aux ateliers théâtraux mais difficilement objectivables et perdurables dans le temps.

De plus, il manque quelques données et expérimentations pour que le lien entre théâtre et communication soit clair. Des biais tels que le faible nombre de participants, l'absence de groupe contrôle ou encore l'irrégularité de la participation rendent les résultats moins significatifs. Toutefois, étant donné que l'impact du théâtre, même s'il est peu significatif en ce qui concerne la communication, reste positif pour la qualité de vie, il semble intéressant de poursuivre l'activité à des fins de bien-être.

Par ailleurs, l'orthophoniste n'a quasiment pas été mentionné dans l'ensemble des articles de cette revue de littérature. Il est pourtant un interlocuteur privilégié dans le cadre de la MA. Afin d'évaluer davantage la communication, il pourrait alors être intéressant de réaliser des études interventionnelles sur cette problématique en incluant notamment un orthophoniste. Les prémices de ce projet ont d'ailleurs émergé en parallèle de cette étude (puisque l'étude interventionnelle devant être réalisée pour ce mémoire a été annulée en raison de la crise sanitaire), au sein d'un accueil de jour. Des ateliers théâtraux y sont organisés toutes les semaines par la psychomotricienne référente et moi-même. Un groupe de quatre à six femmes institutionnalisées à l'EHPAD, atteintes de la maladie d'Alzheimer, avec un MMS compris entre 11 et 18 y participent. L'atelier a lieu tous les vendredi matin de 10h30 à 11h15, dans la même pièce de vie. Les différentes activités théâtrales, leurs objectifs ainsi que la population ciblée sont décrits plus précisément en annexe (cf. Annexe A5).

Bibliographie

Albert, M. S., DeKosky, S. T., Dickson, D., Dubois, B., Feldman, H. H., Fox, N. C., Gamst, A., Holtzman, D. M., Jagust, W. J., Petersen, R. C., Snyder, P. J., Carrillo, M. C., Thies, B., & Phelps, C. H. (2011). The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease : Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*, 7(3), 270-279.

Ankri, J. (2009). Prévalence, incidence et facteurs de risque de la maladie d'Alzheimer. *Gérontologie et société*, 32 / n° 128-129(1), 129.

Bachman D.L., Wolf P.A., Linn R.T. et al. Incidence of dementia and probable Alzheimer's disease in a general population: the Framingham Study. *Neurology* 1993; 43:515-9.

Barkat-Defradas, M., Sophie, M., Rico Duarte, L., & Brouillet, D. (2008, septembre). *Les troubles du langage dans la maladie d'Alzheimer*. HAL. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00321233/document>.

Bherer, L., Belleville, S., & Hudon, C. (2004). Le déclin des fonctions exécutives au cours du vieillissement normal, dans la maladie d'Alzheimer et dans la démence frontotemporale. *Psychol NeuroPsychiatr Vieillesse*, 2(3), 181-189. https://epione-simusante.fr/ecampus/pluginfile.php/244903/mod_resource/content/1/Le%20d%C3%A9clin%20des%20fonctions%20ex%C3%A9cutives.pdf.

Burns, N. C., Watts, A., Perales, J., Montgomery, R. N., Morris, J. K., Mahnken, J. D., Lowther, J., & Vidoni, E. D. (2018). The Impact of Creative Arts in Alzheimer's Disease and Dementia Public Health Education. *Journal of Alzheimer's Disease*, 63(2), 457-463.

Cardebat D., Aithamon B. & Puel M. (1995). « Les troubles du langage dans les démences de type Alzheimer », in Eustache F. & Agniel A. *Neuropsychologie clinique des démences : évaluations et prises en charge*. Marseille : Solal éditeur, 213-223.

Colin, M. (2017, mars). *Joindre le geste à la parole (Mémoire)*. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01488214/document>.

Corvin, M. (2008). Dictionnaire encyclopédique du théâtre à travers le monde (*dictionnaire du théâtre*) (French Edition) (BORDAS éd.). BORDAS. http://www.theatralite.uqam.ca/prive/assets/download/theatralite_pdf/definitions_th/CorvinTD.pdf.

Croisile, B., Auriacombe, S., Etcharry-Bouyx, F., & Vercelletto, M. (2011). Les nouvelles recommandations 2011 du National Institute on Aging et de l'Alzheimer's Association sur le diagnostic de la maladie d'Alzheimer : stades précliniques, mild cognitive impairment et démence. *Rev Neurol (Paris)* 2012;168(6-7):471-82.

Cummings JL, Mega MS, Gray K, Rosemberg-Thompson S, Gornbein T (1994) The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia.

Neurology. 41: 1374-1382.

Dassa, A., & Harel, D. (2019). People with dementia as 'spect-actors' in a musical theatre group with performing arts students from the community. *The Arts in Psychotherapy*, 65, 101592.

Dijk, A. M. van. (2011). Evaluatie van de Veder methode : Theater als contactmethode in de psychogeriatrische zorg. EMGO Instituut voor Gezondheid en Zorgonderzoek, VU medisch centrum Amsterdam.

Dunford, C. M., Yoshizaki-Gibbons, H. M., & Morhardt, D. (2017). The Memory Ensemble : improvising connections among performance, disability, and ageing. *Research in Drama Education : The Journal of Applied Theatre and Performance*, 22(3), 420-426.

Gardette, V., Coley, N., & Andrieu, S. (2010). Les traitements non pharmacologiques : une approche différente de la MA. *La Revue canadienne de la maladie d'Alzheimer et autres démences*, 13-22. http://www.stacomcommunications.com/customcomm/Back-issue_pages/AD_Review/adPDFs/2010/Octobre2010/13.pdf.

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., & Lazennec-Prevost, G. (2010). Bénéfices de la stimulation orthophonique de groupe de patients Alzheimer et évolution de l'accès au lexique au cours de la maladie. *Glossa*, (109), 72-92. Consulté à l'adresse https://www.ecpa.fr/uploaded/etude_bimm.pdf.

Gjengedal, E., Lykkeslet, E., Sørbo, J. I., & Sæther, W. H. (2013). 'Brightness in dark places' : Theatre as an arena for communicating life with dementia. *Dementia*, 13(5), 598-612.

Goldman, A. et Sripada, C. S., 2005. « Simulationist models of face-based emotion recognition », *Cognition*, 94 (3) : 193-213.

Gonzales-slavador, T., Lyketsos, C.G., Baker, A., Hovanec, L., Roques, C., Brandt, J. & Steele., C. (2000). *Quality of life in dementia patients in long-term care*. *Int J Geriatr Psychiatry*. 15 : 181-189.

Haute autorité de Santé (2018) : Guide parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée. HAS. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/parcours_de_soins_alzheimer.pdf

Haute Autorité de Santé (2016) : Médicaments de la maladie d'Alzheimer : un intérêt médical insuffisant pour justifier leur prise en charge par la solidarité nationale. HAS. https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974197/fr/evaluation-2016-des-medicaments-alzheimer-interet-medical-insuffisant#:~:text=En%202016%2C%20un%20avis%20de,charge%20par%20la%20solidarit%C3%A9%20nationale.

Join. (2015, novembre). *Intérêt des thérapies par l'art et des autres thérapies non*

médicamenteuses dans la prise en charge du patient atteint de la maladie d'Alzheimer (Thèse). <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01234912/document>.

Kitwood, T. (1997). *Dementia Reconsidered : the Person Comes First* (1^{re} éd.). Open University Press.

Kontos, P. C., & Naglie, G. (2007). Expressions of Personhood in Alzheimer's Disease : An Evaluation of Research-Based Theatre as a Pedagogical Tool. *Qualitative Health Research*, 17(6), 799-811.

Querbes, O. (2009, septembre). *Mesure de l'épaisseur corticale en IRM : application au diagnostic précoce individuel de la maladie d'Alzheimer et à la notion de réserve cognitive* (Thèse). <http://thesesups.ups-tlse.fr/1597/1/2009TOU30333.pdf>.

Lapre, É., Postal, V., Bourdel-Marchasson, I., Boisson, C., & Mathey, S. (2012). Stimulation cognitive et fonctions exécutives dans la maladie d'Alzheimer : Une étude pilote. *Revue de neuropsychologie*, 4(2), 123.

Luppi, E. (2018). Training in non-pharmacological approaches to dementia and Alzheimer. *Journal of Theories and Research in Education*, 13(3), 123-152. <https://rpd.unibo.it/article/view/8678/8738>

Macoir, J., Laforce, R. J., Monetta, L., & Wilson, M. (2014). Language deficits in major forms of dementia and primary progressive aphasia: An update according to new diagnostic criteria. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*, 12(2), 199-208.

McKhann G, Drachman D, Folstein M, et al. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. *Neurology*. 1984;34(7):939-44.

Mega, M. S., Cummings, J. L., Fiorello, T., & Gornbein, J. (1996). The spectrum of behavioral changes in Alzheimer's disease. *Neurology*, 46(1), 130-135.

Michalon, S., Serveaux, J.-P., & Allain, P. (2019). Les troubles neurocognitifs dans la maladie d'Alzheimer : Diagnostic et symptomatologie clinique . *Glossa*, (124), 75-89. Consulté à l'adresse https://www.researchgate.net/publication/333681152_Les_troubles_neurocognitifs_dans_la_maladie_d'Alzheimer_Diagnostic_et_symptomatologie_clinique.

Michalon, S. (2018). *Les émotions dans la maladie d'Alzheimer*. Présenté au Congrès SROPIC , Baie de Somme . Consulté à l'adresse https://www.researchgate.net/publication/326812077_La_communication_emotionnelle_dans_la_maladie_d'Alzheimer#fullTextFileContent.

Michalon S., Serveaux J-P., Allain P. « Communiquer avec une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer : apport des neurosciences cognitives et affectives » in Dupont A-C., Gatignol P. (dir.) *Emotions, Cognition et Communication. Isbergues : Ortho Edition ;2014. P. 285-317.*

- Missotten, P., Squelard, G., & Ylieff, M. (2010). Évaluation de la qualité de vie dans la maladie d'Alzheimer et les troubles apparentés. *Gérontologie et société*, 33 / n° 133(2), 115.
- Mitchell, G. J., Jonas-Simpson, C., & Ivonoffski, V. (2006). Research-Based Theatre : *The Making of I'm Still Here! Nursing Science Quarterly*, 19(3), 198-206.
- Morey, O. (2010, juillet). *Loving care for a person with dementia : from phenomenological findings to lifeworld theatre*. (Thèse). <http://eprints.bournemouth.ac.uk/15993/>.
- Munsch-Roux, K., & Munsch, F. (2008). La méthode de validationTMde Naomi Feil : Une pratique thérapeutique innovante en gérontologie ? *Gérontologie et société*, 31 / n° 126(3), 189.
- Narme, P., Mouras, H., Loas, G., Krystkowiak, P., Roussel, M., Boucart, M., & Godefroy, O. (2010). Vers une approche neuropsychologique de l'empathie. *Revue de neuropsychologie*, 2(4), 292.
- Parenteau, P. (2000). La communication dans la maladie d'Alzheimer : une question de temps, de coeur et de contacts. *La revue canadienne de la maladie d'Alzheimer*, 5-7. http://www.stacommunications.com/customcomm/back-issue_pages/ad_review/adpdfs/november2000f/05.pdf.
- Pauluth-Penner, T. (2018, octobre). *Moving forwards backwards : Exploring the impact of active engagement in reminiscence theatre with older adults in residential care with mild to moderate cognitive impairment*. https://dspace.library.uvic.ca/bitstream/handle/1828/10130/Pauluth-Penner_Trudy_Ph.D._2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Pilon, C., & Schaff, A. (2014). *Pertinence de proposer des ateliers d'expression corporelle à des patients atteints de démence de type Alzheimer dans le cadre d'une prise en charge orthophonique de groupe*. Consulté à l'adresse <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-02108948/document>.
- Querbes, O. (2009). *Mesure de l'épaisseur corticale en IRM Application au diagnostic précoce individuel de la maladie d'Alzheimer et à la notion de réserve cognitive*. Consulté à l'adresse <http://thesesups.ups-tlse.fr/1597/1/2009TOU30333.pdf>.
- Rogers, N., & Raisonnier, J. (2007). Vivifier la « théorie de la créativité » de Carl. Approche Centrée sur la Personne. *Pratique et recherche*, 5(1), 87.
- Rossiter, K., Kontos, P., Colantonio, A., Gilbert, J., Gray, J., & Keightley, M. (2008). Staging data : Theatre as a tool for analysis and knowledge transfer in health research. *Social Science & Medicine*, 66(1), 130-146. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.07.021>.
- Rousseau, T. (2009). La communication dans la maladie d'Alzheimer. Approche pragmatique et écologique. *Bulletin de psychologie*, Numéro 503(5), 429.
- Rousseau, T. (2011). La communication dans les pathologies neuro-dégénératives. *In Maladie*

d'Alzheimer et troubles de la communication (p. 21-50). Elsevier.

Rousseau, T. (1998). Grille d'Evaluation des capacités de communication des patients atteints de démence type Alzheimer. Isbergues : Ortho Edition.

Rousseau, T. (2018). La communication dans les pathologies neuro-dégénératives. *In Maladie d'Alzheimer et troubles de la communication* (2e éd., p. 21-40). Consulté à l'adresse <https://eu-ireland-custom-media-prod.s3-eu-west-1.amazonaws.com/France/Download/Rousseau475553/Rousseau475553.pdf>.

Sarah Stanton, Martin Banham, « Middle East and North Africa », Cambridge paperback guide to theatre, Cambridge University Press, Cambridge, 1996, 241. (ISBN 978-0-521-44654-9).

Schiaratura, L. (2008). La communication non verbale dans la maladie d'Alzheimer. *Psychol NeuroPsychiatr Vieil*, 6(3), 183-188. https://www.researchgate.net/publication/23253188_Non-verbal_communication_in_Alzheimer's_disease.

Schmid Nichols, N. (2010). Notre corps, cet étrange objet ? *Psychothérapies*, 30(2), 89.

Schneider, J. (2017). Evaluation of the impact on audiences of *Inside Out of Mind*, research-based theatre for dementia carers. *Arts & Health*, 9(3), 238-250.

Sperling, R. A., Aisen, P. S., Beckett, L. A., Bennett, D. A., Craft, S., Fagan, A. M., Iwatsubo, T., Jack, C. R., Kaye, J., Montine, T. J., Park, D. C., Reiman, E. M., Rowe, C. C., Siemers, E., Stern, Y., Yaffe, K., Carrillo, M. C., Thies, B., Morrison-Bogorad, M., . . . Phelps, C. H. (2011). Toward defining the preclinical stages of Alzheimer's disease : Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*, 7(3), 280-292.

Taylor, N. (2019). The origin of dementia friendly theatre performances and the role of people living with dementia as creative consultants. *Research in Drama Education : The Journal of Applied Theatre and Performance*, 24(1), 90-95.

Thomas, P., Lalloué, F., Preux, P.M., Hazif-Thomas, C., Pariel, S., Inscale, R., Belmin, J. & Clément, J.P. (2006). *Dementia patients caregivers quality of life: the PIXEL study*. *Int J Geriatr Psychiatry*. 21 : 50-56.

Tran, T. M., Boye, M., Mejias, S., & Grabar, N. (2018). Contribution de l'analyse de corpus d'échanges conversationnels à la compréhension des troubles de la communication verbale dans la maladie d'Alzheimer. *Corpus*, 19. <https://doi.org/10.4000/corpus.4203>.

Wang, Q.-Y., & Li, D.-M. (2016). Advances in art therapy for patients with dementia. *Chinese Nursing Research*, 3(3), 105-108.

Weller, J., & Budson, A. (2018). Current understanding of Alzheimer's disease diagnosis and treatment. *F1000Research*, 7, 1161.

Yi, Z., & Jiaying, Z. (2018). *How to improve quality of life in patients with Alzheimer's disease : A descriptive literature review* (Thèse).
<https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1223251/FULLTEXT01.pdf>.

Zarit, S.H., Orr, N.K., & Zarit, J.M. (1985). *The hidden victims of Alzheimer's disease*. New York University Press. New York.

Zarit, S.H., Reever, K.E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20, 649-655.

Liste des annexes

Annexe n°1 : Tableau recensant les articles issus de la littérature

Annexe n°2 : Extrait de la «Grille d'évaluation des capacités de communication des patients atteints de DTA» (Rousseau)

Annexe n°3 : Extrait de l'Inventaire Neuropsychiatrique (NPI)

Annexe n°4 : Extrait de l'échelle de pénibilité ou d'évaluation du fardeau (Zarit)

Annexe n°5 : Projet personnel : ateliers théâtraux