#### HENRYKA LESNIEWSKA

Préface du Dr Bernard Croisile

## Faire face à la maladie d'Alzheimer

Prévenir, surmonter, ralentir

RETZ
www.editions-retz.com
9 bis, rue Abel Hovelacque
75013 Paris

Remerciements

À mon ami Bernard Blache, pour avoir corrigé patiemment mes erreurs de français et pour ses idées créatives.

Au docteur Philippe Barboux, chef du service de gériatrie au CH d'Arpajon, qui m'a fait confiance et m'a permis d'explorer toutes les techniques thérapeutiques face à la maladie d'Alzheimer.

Illustration de couverture : peinture réalisée par une patiente de 85 ans, atteinte de la maladie d'Alzheimer au stade sévère.

© Retz 2103

ISBN: 978-2-7256-3237-7

## Sommaire

Préface	9
Introduction	10
Première partie : Comprendre la maladie d'alzhei	mer
Chapitre 1 : La maladie d'Alzheimer, qu'est-ce que c'est?	17
<ul> <li>Plusieurs types de troubles de la mémoire</li> </ul>	17
<ul> <li>Définition de la maladie d'Alzheimer</li> </ul>	18
• Autres démences	20
Chapitre 2 : Quels sont les troubles?	22
<ul> <li>Troubles de la mémoire</li> </ul>	22
• Troubles du langage	22
<ul> <li>Apraxie</li> </ul>	22
• Agnosie	22
• Troubles de la pensée abstraite, du jugement	23
<ul> <li>Troubles psychocomportementaux</li> </ul>	23
Chapitre 3 : Comprendre le bilan neuropsychologique	26
<ul> <li>Qu'est-ce que le bilan neuropsychologique?</li> </ul>	26
• Où s'adresser?	28
<ul> <li>Pourquoi établir un diagnostic précoce?</li> </ul>	29
Chapitre 4 : Quels sont les traitements?	31
<ul> <li>Traitements médicamenteux anticholimestérasiques</li> </ul>	31
• Autres pistes	32
• Autres traitements : antidépresseurs, neuroleptique	s 32
Chapitre 5 : Psychothérapies	33
<ul> <li>Thérapie comportementalo-cognitive</li> </ul>	33
<ul> <li>Autres psychothérapies</li> </ul>	34
Chapitre 6 : Thérapies médiatisées	36
• Art-thérapie	36
• Danse-thérapie	37
<ul> <li>Musicothérapie</li> </ul>	38

#### Deuxième partie : Évaluez et agissez!

Chapitre 7 : Stimulez votre mémoire,	
une hygiène quotidienne	40
<ul> <li>Divers types de mémoire</li> </ul>	40
• Pourquoi la mémoire baisse-t-elle?	40
<ul> <li>Évaluez vos problèmes de mémoire</li> </ul>	41
<ul> <li>Rôle de la stimulation de la mémoire</li> </ul>	
dans la régénération du cerveau	44
<ul> <li>Développez une bonne attitude d'hygiène m</li> </ul>	nentale 45
• Différentes stratégies de mémorisation	46
Chapitre 8 : Préservez votre autonomie	49
<ul> <li>Tenez un agenda</li> </ul>	49
<ul> <li>Techniques d'optimisation de la mémoire</li> </ul>	50
<ul> <li>Apprenez à organiser votre bureau</li> </ul>	51
<ul> <li>Aidez vos sens</li> </ul>	52
• Profitez des nouvelles technologies	52
Chapitre 9 : Gérez vos stress	54
<ul> <li>Définition du stress</li> </ul>	54
<ul><li>Comment gérer votre stress?</li></ul>	57
Chapitre 10 : Apprenez à résoudre les problèmes	6
<ul> <li>Une méthode en cinq étapes</li> </ul>	61
Chapitre 11 : Maîtrisez votre anxiété	6
<ul> <li>Évaluez votre anxiété</li> </ul>	65
<ul><li>Quels sont les troubles anxieux?</li></ul>	66
<ul> <li>Apprenez à vous relaxer</li> </ul>	67
<ul><li>Soignez vos phobies :</li></ul>	
exemple de la phobie de l'avion	69
Chapitre 12 : Rôle et force des pensées positives	73
<ul> <li>Optimisme et santé</li> </ul>	73
<ul> <li>Facteurs génétiques ou culturels?</li> </ul>	74
<ul> <li>Entretenez des pensées positives</li> </ul>	74
• Les démarches à conseiller	76
Chapitre 13 : Surmontez la dépression	80
<ul> <li>Y-a-il un lien entre la dépression</li> </ul>	
et les troubles cognitifs?	80
<ul> <li>Qu'est-ce qu'une dépression?</li> </ul>	80
<ul> <li>Ces erreurs de pensée qui entretiennent la der</li> </ul>	réssion 84

	<ul> <li>Quelles sont les méthodes pour vaincre</li> </ul>	
	la dépression?	85
Chapitre	14 : Augmentez vos activités agréables :	
	le plaisir est thérapeutique	<b>87</b>
	• Relation entre dépression et activités agréables :	
	théorie de Lewinsohn	87
	Procédez par étapes	88
	<ul> <li>Quelles sont vos activités agréables?</li> </ul>	89
Chapitre	15 : Élargissez votre réseau de soutien	96
	<ul> <li>Rôle du réseau de soutien</li> </ul>	96
	<ul> <li>Évaluez votre réseau relationnel</li> </ul>	97
	• Comment développer son réseau de soutien?	98
Chapitre	16 : Affirmez-vous	102
	<ul> <li>Qu'est-ce-qu'une personne affirmée ?</li> </ul>	102
	<ul> <li>Évaluez votre aisance en société</li> </ul>	103
	• Techniques d'affirmation de soi	104
Chapitre	17 : Augmentez votre estime de soi	109
	<ul> <li>Plusieurs types d'estime de soi</li> </ul>	109
	<ul> <li>Quelques techniques pour argumenter</li> </ul>	
	l'estime de soi	111
Chapitre	18 : Augmentez votre pouvoir de séduction	118
	• Rôle de l'apparence physique dans la vie des gens	118
	<ul> <li>Soigner votre apparence</li> </ul>	119
	• La sexualité	120
Chapitre	19 : Planifiez votre avenir : et si vous deviez	
	vivre cent ans?	124
	• Tous centenaires?	124
	• Travaillez vos idées positives sur la vieillesse	126
Chapitre	20 : Et quand ma maladie progresse?	130
	<ul> <li>Continuez vos activités et conservez votre</li> </ul>	
	mode de vie	130
Chapitre	21 : Maison de retraite : un hôtel de luxe?	132
	<ul> <li>Vaincre les préjugés</li> </ul>	132
	• Deux attitudes par rapport à la maison de retraite	133
	<ul> <li>Décider pour ne pas subir</li> </ul>	135
	Le financement	136

Chapitre 22 : Pratiquez des activités physiques	139
<ul> <li>Relations entre activités physiques</li> </ul>	
et performances intellectuelles	139
<ul> <li>Différents types d'activités physiques</li> </ul>	140
<ul> <li>Étapes pour reprendre une (des) activité(s)</li> </ul>	
physique(s)	140
Chapitre 23 : Rôle de l'alimentation	142
<ul> <li>Principes d'une saine alimentation</li> </ul>	142
Nourriture et cerveau	142
Troisième partie : Qui peut m'aider?	
Chapitre 24 : Quand se faire suivre ?	149
Chapitre 25 : Quand consulter un «psy»?	151
Chapitre 26 : Ce que l'entourage peut faire	153
Chapitre 27 : Présentation d'un cas	156
Conclusions et perspectives	161
Annexes	163
<ul> <li>1. Échelle des Activités Quotidiennes IADL</li> </ul>	163
<ul><li>2. Exemples d'exercices de mémoire</li><li>3. Exemples de pensées positives</li></ul>	164
face à la maladie	169
<ul> <li>4. Exemples de musiques stimulantes</li> </ul>	170
<ul> <li>5. Exemples de films comiques</li> </ul>	172
<ul> <li>6. Planning hebdomadaire des activités agréables</li> </ul>	174
<ul> <li>7. Exemples de compliments</li> </ul>	175
• 8. Exemples de qualités	177
Adresses et sites Internet	178
Références	180
Index	186

## **Préface**

Alzheimer, un mot qui fait mal. Peut-il y avoir des projets, du plaisir, de l'humour, de l'optimisme dans une maladie décrite et vécue sous ses aspects les plus sombres ?

Sur la base d'une solide expérience, Henryka Lesniewska nous invite à explorer la maladie d'Alzheimer d'une autre façon, en abordant de manière positive cette maladie logiquement négative. En dépit d'une fin de vie attristante, l'évolution de la maladie d'Alzheimer peut se concevoir dans un cadre plus serein et plus optimiste qu'on l'imagine. En effet, de nombreux témoignages de familles et même de patients démontrent que les premières années de la maladie peuvent être vécues normalement grâce à la mise en place d'activités positives.

C'est tout le mérite de cet ouvrage que de révéler aux patients et à leurs familles cette facette méconnue de l'approche de la maladie qu'ils ont tout intérêt à découvrir et à entretenir. Comme le souligne Henryka Lesniewska, le plaisir est thérapeutique. Son ouvrage est clair, plaisant à parcourir, utile au quotidien. Des exercices sont proposés pour aider les patients et leur entourage à développer des activités variées et stimulantes, aussi bien dans les domaines cognitifs qu'au plan affectif. L'expérience de l'auteur est indéniable et, depuis 25 ans de pratique professionnelle, j'ai pu constater l'intérêt indéniable d'un abord souriant et détendu des premières années de la maladie. On peut écrire une histoire non désespérante de la maladie d'Alzheimer. Ce livre en témoigne.

Bonne lecture et gardez espoir...

Dr Bernard Croisile Neurologue (Lyon)

## **Introduction**

Ce qui compte par-dessus tout, c'est de nourrir le désir de vivre. Certains le feront en participant à une chorale, en se plongeant dans la vision de films comiques, d'autres en écrivant des poèmes, en tenant un journal intime ou encore en s'impliquant plus dans la vie de leurs petits-enfants.

Dr David Servan-Schreiber

Nos évaluations sont ridiculement inadaptées; elles ne peuvent nous montrer que les déficits et non les capacités; elles ne nous montrent que les énigmes et les schémas, là où nous aurions besoin de voir la musique, l'histoire, le jeu, l'être en train d'évoluer spontanement et naturellement, de la façon qui lui est propre. Dr Olivier Sacks

L'image de la maladie d'Alzheimer est trop négative, elle étouffe, on ne souhaite pas écouter les Cassandres. Colette Roumanoff, www.alzheimer-autrement.org.

Ce livre s'adresse à tous ceux qui semblent avoir des problèmes de mémoire, compte tenu toutefois du fait qu'avec l'âge celle-ci s'amoindrit; tous ceux qui se font du souci et qui se disent secrètement ou ouvertement : «Je n'ai quand même pas la maladie d'Alzheimer!» ; tous ceux qui passent des nuits blanches, horrifiés, à voir et à revoir mentalement les images effrayantes des malades à la télévision, ne parlant pas, sans expression, immobiles, apathiques...

En fait, je m'adresse à plusieurs catégories de lecteurs :

- Aux personnes qui s'inquiètent de leurs problèmes de mémoire mais qui n'osent pas faire de bilan par crainte d'un diagnostic effrayant.
- À ceux qui ont déjà fait un bilan neuropsychologique et qui sont diagnostiqués «Mild Cognitif Impairment (MCI)», c'est-à-dire «troubles cognitifs légers» et pour lesquels aucun traitement n'a été prévu, car

«il n'y a rien à faire». Comme les malades séropositifs qui courent le risque de développer le sida, ils vivent donc dans la terreur du spectre de la maladie d'Alzheimer.

- Aux patients qui ont déjà été diagnostiqués «maladie d'Alzheimer», «démence frontale» ou autres démences dégénératives et qui en sont au stade débutant, et prêts à envisager un traitement.
- Aux familles qui se posent les mêmes questions, qui sont dans le déni («C'est normal d'avoir des trous de mémoire à son âge») ou en colère («Pourquoi il me fait ça?», «Elle me joue la comédie!», «Pourquoi cela m'arrive à moi?», etc.).
- Aux aidants professionnels (médecins, psychologues, art-thérapeutes, soignants) pour leur indiquer des pistes de travail possibles avec leurs patients.

Au cours de ces dernières années, on a commencé à diagnostiquer des cas de démence à un stade précoce, donc au moment où le patient a encore les moyens d'y faire face.

Ce livre se veut résolument optimiste. Face à l'image catastrophique de la maladie d'Alzheimer véhiculée par les médias, je voudrais rassurer les lecteurs : malgré l'absence de traitement définitif à l'heure actuelle, les progrès en diagnostic précoce, en méthodes d'exploration et prise en charge sont grands et le patient diagnostiqué précocement peut vivre des années sans détérioration majeure de ses fonctions supérieures. Il s'agit de se prendre en charge courageusement sans se voiler la face : malgré la maladie, on peut (sur)vivre pas trop mal si on décide assez tôt de prendre sa vie en main et de profiter de tous les instants.

Je ne suis pas la seule à penser cela : le 17 mai 2010, lors d'une journée du «Réseau Mémoire Aloïs» au théâtre Déjazet à Paris, organisée par le Dr Desfontaines, j'ai entendu des propos semblables émanant de Mme Roumanoff qui a incité l'équipe médicale «à être moins négative» et a souligné que son mari, atteint de la maladie d'Alzheimer et présent sur l'estrade, «n'était pas malheureux», ce qu'il a d'ailleurs confirmé immédiatement.

Cela rejoint les propos de Boris Cyrulnik, qui, tout au long de son œuvre remarquable, souligne le rôle négatif que peut avoir «l'enfermement des patients dans la case des victimes incurables» (1999, 2001, 2010).

Je pourrais citer d'autres cas plus récents encore, comme celui de ce malade invité sur le plateau de TV5 «Soirée spéciale Maladie d'Alzheimer», le 21 septembre 2010, Richard Verba, 55 ans, souriant, qui dit avec humour : «Il vaut mieux avancer positivement», «Il faut montrer une autre image de la maladie» ou, plus loin, «Le cerveau a encore des possibilités».

Mon optimisme se nourrit de mon expérience clinique dans deux hôpitaux gériatriques en tant que psychologue où je travaille depuis 1984, en me servant des différentes techniques de prise en charge : thérapie comportementalo-cognitive, art-thérapie, musicothérapie, danse-thérapie et stimulation cognitive dans des ateliers de mémoire. Cette expérience et le suivi des patients à long terme (parfois pendant une dizaine d'années) m'ont démontré que la dégradation majeure n'est pas inévitable et qu'une prise en charge adéquate, selon l'âge, le degré des troubles mnésiques et les centres d'intérêt du patient, peut freiner et retarder la détérioration.

Cet optimisme résulte également de mes lectures sur les fascinantes découvertes neuroscientifiques et médicales, qui peuvent se résumer ainsi :

- De nouveaux vaccins sont en cours de développement et vont être testés dans un avenir proche.
- Les médicaments anti-cholinestérasiques sont de plus en plus perfectionnés et vont certainement déboucher, d'ici quelques années, sur un traitement ou une polythérapie, comme cela s'est passé pour le sida.
- Le perfectionnement des méthodes d'exploration du cerveau a permis de démontrer que, malgré la mort neuronale, grâce à la stimulation de la mémoire, une certaine récupération et le renouvellement des synapses nerveuses sont possibles.

Il me paraît indispensable de bannir quelques préjugés sur la maladie d'Alzheimer, exprimés par les phrases suivantes :

- «Il n'y a rien à faire.» Jugement fatal émis par certains médecins et qui signifie simplement : «Moi je ne peux rien faire, car je suis pessimiste et je ne me tiens pas au courant des avancées médicales.»
- «C'est l'évolution naturelle, fatale de la maladie» : prononcée par un spécialiste, cette sentence traduit surtout son impuissance car

«l'évolution naturelle» n'existe pas si le patient est pris en charge dès le début de façon multidisciplinaire.

Le but de cet ouvrage est de démontrer qu'«agir» est extrêmement important pour faire face à la maladie. Les recherches sur la psychologie de la santé prouvent que les malades «impuissants» qui restent passifs, qui sont pessimistes, provoquent la baisse de leurs défenses immunitaires et connaissent une évolution plus rapidement fatale que les patients qui essaient de gérer leur stress.

Mon projet consiste à «coacher» les malades, en proposant différentes techniques issues de thérapies comportementalo-cognitives, très efficaces sur la plupart des problèmes psychiques. Il se veut une bouffée d'oxygène pour les personnes angoissées, en **restituant l'espoir** de s'en sortir dignement et de profiter de la vie malgré la maladie.

C'est aussi une suite logique de mon livre précédent, intitulé *Alzheimer, thérapie comportementale et art-thérapie en institution*, paru chez l'Harmattan en 2003, qui s'adresse aux professionnels et concerne les patients en institution, pour lesquels je propose des activités thérapeutiques ayant des répercussions positives sur leur humeur et le comportement, en leur permettant de garder leur dignité.

En attendant un traitement adapté, il n'y a qu'une chose à faire : VIVRE, profiter des petites et grandes joies de l'existence.

Trois temps constituent le déroulement de cet ouvrage :

Le premier explique la maladie d'Alzheimer : sa définition, ses formes et ses différents traitements.

Le deuxième fait appel aux forces naturelles du patient lui-même et présente des méthodes pour se prendre en charge malgré la maladie, pour la prévenir ou ralentir son évolution.

Le troisième présente différents professionnels tels que psychologues, kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes qui peuvent aider le patient.

Ce livre, en s'adressant directement aux patients (à ma connaissance pour la première fois), tente de démontrer toute l'importance du travail des psychothérapeutes, dont la voix est malheureusement souvent ignorée dans les grandes décisions et les projets de l'État relatifs à la maladie d'Alzheimer.

### PREMIÈRE PARTIE

# Comprendre la maladie d'Alzheimer

## La maladie d'Alzheimer, qu'est-ce que c'est?

#### Plusieurs types de troubles de la mémoire

Il existe trois types de troubles de la mémoire :

- **1. Les troubles liés à l'âge :** il s'agit du vieillissement cérébral «normal», s'accompagnant de modifications des fonctions cognitives, en particulier de la mémoire, et qui provoque une forte anxiété chez les personnes qui en sont victimes et une vague de consultations dans les Centres de mémoire. Ces troubles concernent environ 50 % des personnes âgées : difficulté à se rappeler les numéros de téléphone, à retrouver des objets usuels (lunettes, clés, papiers) ; plaintes fréquentes et diverses, sans gravité dans la vie quotidienne et en présence de résultats normaux aux tests.
- **2. Le déficit cognitif léger :** le terme anglais «*Mild Cognitive Impairement (MCI)*» a été proposé pour décrire l'état des personnes qui présentent un trouble de la mémoire objectivé dans les tests et qui s'en plaignent mais dont le fonctionnement intellectuel général reste normal et les activités de la vie quotidienne inchangées. Selon plusieurs recherches, il y a un taux de conversion de MCI de 12 % en maladie d'Alzheimer, les sujets courent donc le risque d'évoluer vers une démence.
- **3. La maladie d'Alzheimer :** il s'agit de troubles de mémoire avérés, accompagnés de difficultés dans la vie quotidienne et de troubles comportementaux. C'est la forme la plus courante de la démence, mais il y en a d'autres (démence vasculaire, à corps de Levy, fronto-temporale, etc.).

#### Définition de la maladie d'Alzheimer

La maladie d'Alzheimer est une maladie du système nerveux qui, selon les critères du *Manuel Diagnostic des Troubles Mentaux* (*DSM*, 2003, manuel de référence publié par l'American Psychiatric Association), se caractérise par une détérioration acquise et progressive des fonctions intellectuelles et instrumentales :

- Altération de la mémoire.
- Une (ou plusieurs) des perturbations cognitives suivantes :
- aphasie (perturbation du langage),
- apraxie (altération de la capacité à réaliser une activité motrice malgré des fonctions motrices intactes),
- agnosie (impossibilité de reconnaître ou d'identifier des objets malgré des fonctions sensorielles intactes),
- perturbation des fonctions exécutives (faire des projets, organiser, ordonner dans le temps, avoir une pensée abstraite).

Ces troubles peuvent être accompagnés de perturbations du comportement (par exemple errance, agitation) et affectives (dépression, apathie, anxiété).

La maladie entraîne une perte d'autonomie progressive et un retentissement sur les activités quotidiennes.

Le début des troubles se situe généralement après 65 ans, mais il existe également le sous-type à début précoce (avant 65 ans).

#### Données épidémiologiques

On estime actuellement à environ 900 000 les patients atteints de la maladie d'Alzheimer chez les personnes de plus de 65 ans en France (Carrère d'Encausse, 2007).

Avec un allongement de l'espérance de vie, elle est de plus en plus fréquente, car le risque de la maladie augmente avec l'âge. Elle touche plus de femmes que d'hommes.

#### Facteurs de risque de la maladie d'Alzheimer

Si on ne connaît pas actuellement la cause déclenchante, les chercheurs pensent qu'elle résulte d'une constellation de facteurs de nature génétique et environnementale. Parmi les facteurs de risque, on retrouve :

- l'âge,

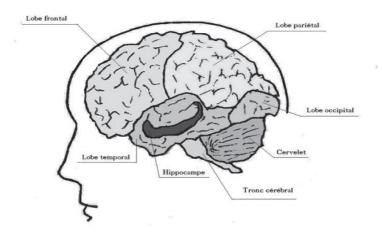
- les antécédents familiaux : l'existence d'un cas de démence chez un parent au premier degré multiplie le risque de maladie d'Alzheimer par un facteur d'environ 3.
  - la trisomie 21,
- les pathologies vasculaires chroniques (l'hypertension artérielle en particulier).

#### Lésions cérébrales

Il s'agit de la destruction progressive du tissu cérébral, liée à la précipitation exagérée des substances protéiques, issues de deux processus dégénératifs différents :

- les **plaques séniles**, soit des protéines toxiques qui s'incrustent dans le tissu cérébral et désorganisent les circuits neuronaux, localisées dans le cortex, surtout hippocampique;
- la **dégénérescence neurofibrillaire**, provoquée par la protéine Tau qui s'accumule sous forme de filaments provoquant ainsi la mort des cellules nerveuses. Il s'agit de lésions intraneuronales, qui sont localisées dans la région de l'hippocampe puis se diffusent dans le cortex associatif et d'autres parties du cerveau.

Au début de la maladie, les lésions siègent au niveau de l'hippocampe, structure clé de la mémoire, située sur la face interne du lobe temporal, l'une des plus profondes zones du cerveau.



Cerveau en coupe sagittale et hippocampe

#### Formes de la maladie d'Alzheimer

**Forme sporadique** : dans la majorité des cas (entre 90 et 95 % des cas), il n'y a pas de transmission familiale.

Forme familiale : très rare (5 à 10 % des cas), où la transmission est reliée

à des mutations sur les chromosomes 21, 14, 1 et 12.

#### **Autres démences**

Si la maladie d'Alzheimer est la plus fréquente des démences (et représente environ la moitié d'entre elles), il en existe d'autres types.

#### Les démences vasculaires

C'est la deuxième grande forme de détérioration mentale qui concerne une démence sur cinq : elle est due à des lésions vasculaires cérébrales d'apparition brusque. Le principal facteur de risque est un antécédent d'accident vasculaire cérébral (AVC) : l'irrigation sanguine du cerveau devient insuffisante ; les autres sont l'hypertension artérielle et aussi le diabète et l'obésité. La démence se développe brusquement et s'aggrave par étapes. La mémoire et la parole sont souvent affectées au début, puis suivent des changements de la personnalité.

#### Les démences à corps de Levy

Elles représentent environ le quart des causes de démence chez le sujet âgé. Au début, les personnes manifestent des symptômes de la maladie de Parkinson (tremblements, difficulté à marcher et tendance à tomber). Elles sont dominées par des hallucinations visuelles (perception de personnages ou d'objets), chutes répétées, fluctuations de l'état mental. Dans le cerveau des patients, on observe une perte de cellules ainsi que la présence de protéines, corps de Levy, qui perturbent les fonctions normales des cellules nerveuses. Les facteurs de risque sont : l'âge, le sexe masculin et les antécédents familiaux.

#### Les démences fronto-temporales

Ce sont les autres démences dégénératives, qui surviennent plus tôt (entre 50 et 60 ans) et se caractérisent par des troubles comportementaux et des troubles du langage, avec des fonctions cognitives qui

restent longtemps normales. On distingue la variante frontale et la variante temporale.

#### >> La variante frontale

Les lésions siègent dans les lobes frontaux, souvent de façon symétrique. Le patient présente des changements de la personnalité : il est désinhibé ou très apathique (indifférent), présente souvent une tendance à se négliger (ses vêtements sont sales, il ne se lave plus...) ou une hyperoralité (goinfrerie), souvent pour des aliments sucrés. Les résultats aux tests neuropsychologiques sont longtemps corrects car la mémoire reste intacte au début de la maladie.

#### >> La variante temporale avec troubles du langage

Il s'agit tout d'abord de la détérioration progressive du langage, une désorganisation progressive des connaissances sémantiques portant sur les mots, les objets, les personnes... Une scintigraphie cérébrale peut montrer un amincissement majeur du lobe temporal.

#### Les démences de Parkinson

Entre 20 et 40 % des malades de Parkinson évoluent vers la démence. Les symptômes classiques sont le ralentissement psychomoteur, les troubles de la mémoire et comportementaux (déambulations), les hallucinations surtout visuelles et les troubles moteurs.

#### Les démences non dégénératives réversibles

Elles sont causées par un trouble que l'on peut traiter (infectieux, provenant de la syphilis ou du VIH; neurochirurgical, venant d'une tumeur bénigne; métabolique, toxique et carentiel...).

### >> L'exemple de la démence carentielle et de la démence associée à l'alcool

Les chercheurs estiment à 10 % les cas de démence en liaison avec la consommation de l'alcool, qui, sur une longue période, peut faire apparaître le syndrome de Korsakoff : l'impossibilité de fabriquer de nouveaux souvenirs, pendant que les souvenirs d'événements biographiques peuvent rester intacts. Elle ne s'accompagne pas d'autres troubles, caractéristiques de démence d'Alzheimer comme l'apraxie, l'agnosie ou l'aphasie : le patient peut lire, écrire, dessiner sans problèmes. Ce syndrome est dû à une carence en thiamine.

## -Quels sont les troubles?

#### Troubles de la mémoire

Les troubles de la mémoire dominent le tableau clinique de la maladie d'Alzheimer, d'abord remarqués par le patient lui-même puis par sa famille. Cela peut porter au départ sur l'oubli des petits faits de la vie quotidienne puis s'étendre au fur et à mesure aux événements familiaux, factures, rendez-vous, etc.

Ce sont surtout les événements récents qui ne sont pas correctement enregistrés et rapidement oubliés.

#### Troubles du langage

Il s'agit des troubles aphasiques, qui sont fréquents et précoces : manque du mot juste, remplacé (ou non) par des mots passe-partout comme «machin», «truc». Ce trouble peut passer inaperçu dans la conversation banale et apparaître dans des épreuves de dénomination (dénommer les objets ou les images ; évoquer les noms d'animaux le plus rapidement possible, par exemple).

#### **Apraxie**

C'est l'incapacité à réaliser une séquence gestuelle, en l'absence de déficit moteur et sensitif. Son apparition est tardive et peut se manifester par des difficultés en matière d'habillage, de toilette, etc. ou bien pour faire fonctionner des appareils électroménagers, pour dessiner, surtout sans modèle (apraxie constructive).

#### **Agnosie**

Il s'agit de la difficulté à identifier des objets ou des personnes, malgré des fonctions sensorielles intactes : on parle de l'agnosie visuelle, spatiale ou anosognosie (méconnaissance de ses propres déficits).

#### Troubles de la pensée abstraite, du jugement

Il s'agit de difficultés à planifier, à initier puis à mener à son terme une action déterminée par un but et qui est perturbée assez rapidement, ce qui peut avoir des conséquences importantes dans la vie de la personne.

#### **Troubles psychocomportementaux**

Ce sont des manifestations fréquentes dans la démence Alzheimer, même si dans les démences fronto-temporales elles apparaissent avant les déficits mnésiques.

On peut distinguer quatre types de troubles : affectifs, psychotiques, comportementaux et liés aux conduites instinctuelles.

#### **Troubles affectifs**

#### >> L'anxiété

Réactions aiguës d'angoisse ou de «catastrophe»; appels au secours; apparitions de phobies comme l'agoraphobie, la phobie de la voiture ou celle de tomber. Parfois, elles font l'objet de plaintes «somatiques», les patients se plaignant de douleurs (digestives, urinaires, céphaliques) résistant à tout traitement et que rien ne peut soulager.

#### >> La dépression

Si la dépression majeure, intense (avec tristesse permanente, perte durable de tout intérêt, pleurs, idées noires, culpabilité) est rare, les symptômes dépressifs sont fréquents : ils se manifestent par des troubles du sommeil, une tristesse fluctuante et un ralentissement psychomoteur.

#### >> L'apathie

Il s'agit d'une apparente indifférence affective, associée à la perte totale d'initiative et d'activité motrice : les patients abandonnent des activités de loisirs auparavant prisées, manifestent un désintérêt social, il est difficile de les intéresser à quelque chose.

#### **Troubles psychotiques**

Ils sont d'apparition tardive et on peut les regrouper en trois rubriques : idées délirantes ; hallucinations et troubles des identifications. Certains antipsychotiques, d'habitude utilisés dans les cas de schizophrénie, peuvent aider à diminuer les symptômes, surtout s'ils occasionnent la détresse du patient.

#### >> Les idées délirantes

Les plus fréquentes sont des idées de persécution, de jalousie ou de préjudices prétendument subis (l'infidélité du conjoint, le vol des objets par la famille, etc.).

#### >> Les hallucinations

Elles sont surtout visuelles (par exemple voir un homme ou un animal dans une chambre vide), elles sont présentes dans 10 à 50 % des cas, mais apparaissent tardivement dans l'évolution de la maladie.

#### >> Les troubles d'identification

Le patient ne reconnaît pas sa maison ou son conjoint ; les personnes vues à la télévision sont perçues comme étant réellement présentes (le patient discute avec elles).

#### **Troubles comportementaux**

#### >> L'agressivité

Il s'agit d'une agressivité verbale (cris, insultes) et physique (coups, jets d'objets), ou d'une opposition systématique.

#### >> L'agitation

C'est une activité verbale, vocale ou motrice non justifiée par la situation du patient. Il peut s'agir de l'agitation motrice due à une incapacité à rester immobile, de déambulations incessantes, de mouvements de frottement, de fugues. Elle peut aussi prendre la forme de cris stéréotypés, de comportements de rangement inutiles.

#### **Troubles de conduites instinctuelles**

Il s'agit de troubles du sommeil (hypersomnolence, inversion du rythme veille-sommeil), de troubles du comportement alimentaire (anorexie avec amaigrissement ; appétence accrue pour le sucré). Il peut s'agir également de troubles sexuels : la désinhibition, la demande excessive de rapports ou, au contraire, la perte de libido.

# Comprendre le bilan neuropsychologique

#### Qu'est-ce que le bilan neuropsychologique?

L'établissement d'un bilan neuropsychologique consiste à faire passer certaines catégories de tests au patient afin d'explorer, d'évaluer et de comprendre son fonctionnement intellectuel. L'objectif du bilan est de donner une vision objective des troubles éventuels du patient en se basant sur des tests standardisés et validés, identiques pour tout le monde.

#### Qui fait quoi?

La plupart des gens ont du mal à faire la différence entre psychiatre, psychologue, neuropsychologue... Voici quelques éclaircissements sur la spécialité de chacun :

- Le psychiatre a fait des études de médecine et peut prescrire des traitements médicamenteux pour des troubles psychiques ; il peut aussi faire des psychothérapies.
- Le psychologue n'est pas un médecin, il a fait ses études à l'université et ne peut pas prescrire de médicaments, mais il sait agir par des méthodes psychologiques sur les troubles du patient.
- Le neurologue est un médecin spécialiste des maladies du système nerveux et en particulier du cerveau.
- Le neuropsychologue est un psychologue qui a fait une spécialisation sur les troubles du système nerveux. C'est lui qui pratique les bilans neuropsychologiques au Centre de mémoire.
- Le médecin gériatre, enfin, est un spécialiste des problèmes de santé liés au vieillissement.

#### Diagnostiquer la maladie d'Alzheimer

Le bilan en vue du diagnostic de la maladie d'Alzheimer est composé :

- d'examens biologiques (hémogramme, glycémie, TSH...);
- de méthodes d'imagerie : scintigraphies et tomographies ;
- d'analyses du liquide entourant la colonne vertébrale (céphalorachidien) ;
  - de tests neuropsychologiques.

#### >> Quels sont les tests utilisés?

Ce sont des tests plus ou moins brefs ou spécifiques, présentés de façon détaillée par Hugonot-Diener (2001, 2008) :

- L'échelle de dysfonctionnement cognitif de MacNair est une échelle de vingt-six questions concernant les différentes difficultés de mémoire et d'attention, remplie par le patient (voir chapitre 7, pp. 41-43).
- Le **MMS de Folstein** explore en trente questions la mémoire, le langage, l'attention et l'orientation dans le temps et dans l'espace. Il est noté sur 30 : les scores inférieurs à 24 sont pathologiques. Toutefois, il est influencé par le niveau socioculturel et l'âge de la personne.
- Les **activités quotidiennes : IADL**. Il s'agit d'une échelle qui mesure l'aptitude de la personne à accomplir les activités de la vie courante de façon autonome : utilisation du téléphone et des transports, prise de médicaments et capacités à gérer un budget (voir Annexe 1, p. 163).
- L'**ADAS** : *«Alzheimer's Disease Assessment Scale»* est une échelle d'évaluation de la maladie d'une durée approximative de passation de 45 minutes et qui comporte huit sous-tests qui explorent différents domaines d'activités : le langage, la mémoire, l'orientation, l'attention, les praxies et les praxies constructives. Le score est noté sur 70 points (qui indiquent le déficit majeur), tandis que les scores inferieurs à 10 points sont normaux.
- Le «**Test de Grober-Buschke**» pour la mémoire épisodique est un test de mémorisation incluant une phase d'encodage, d'apprentissage et un rappel indicé : il s'agit de se rappeler une liste de seize mots immédiatement et après un certain délai.

- Le «**Test de 5 mots**» de B. Dubois (2002), permet rapidement de mesurer la mémoire verbale. Il comporte une tâche principale : mémoriser la liste de 5 mots avec ou sans indications, et une tâche interférente. Le score total et normal est de 10.
- La «batterie rapide d'évaluation frontale» (**BREF**) : plus adaptée à la détection de la démence fronto-temporale : elle comporte six épreuves, cotées de 1 à 3, le score global étant de 18. Les épreuves comportent par exemple l'élaboration conceptuelle (les similitudes entre certains items), l'évocation du plus grand nombre d'animaux en une minute, la répétition d'un certain nombre de gestes, etc.
- Le «*Trial Making Test* » **(TMT)** existe sous deux formes : forme A et forme B. La forme A est un test d'attention et de rapidité, où il faut relier le plus rapidement possible vingt-cinq nombres repartis sur la feuille. La forme B est un test d'évaluation de la rapidité perceptive visuelle et de la flexibilité mentale : il s'agit de relier alternativement treize cercles numérotés de 1 à 13 et douze cercles marqués de A à L. La note est le temps en secondes mis pour accomplir la tâche.

D'autres tests plus spécifiques sont pratiqués en fonction du trouble des patients : des épreuves de dénomination, batteries de praxies, de mémoire sémantique ou biographique, etc.

#### Où s'adresser?

Pour effectuer un diagnostic spécialisé de la maladie d'Alzheimer, il faut s'adresser aux **Consultations mémoire (CM)** ou aux **Centres mémoire de ressource et de recherche (CMRR)** de votre région. Ils sont composés en général d'un médecin gériatre, d'une infirmière, de neuropsychologues et d'une assistante sociale.

Le médecin pose des questions sur les antécédents et traitements médicaux, il évalue les plaintes du patient et le retentissement des troubles de mémoire sur sa vie quotidienne.

Le diagnostic de la maladie d'Alzheimer reste avant tout clinique, avec l'aide de l'examen neuropsychologique. Les examens complémentaires permettent surtout d'éliminer certaines autres causes de démence. L'imagerie cérébrale, telle que l'imagerie par résonance magnétique (IRM) ou la scintigraphie, par exemple, permettent d'exclure une autre cause de démence, comme une tumeur cérébrale, un hématome sous-dural, des lésions vasculaires.

Ainsi l'**imagerie par résonance magnétique** permet-elle de constituer une image détaillée des tissus et des organes grâce une émission de signaux par les atomes qui sont mesurés. Elle fait appel à de fortes impulsions magnétiques. L'IRM dure environ 30 minutes et la personne doit s'allonger sur un petit chariot qui se déplace dans l'appareil.

La **scintigraphie** cérébrale est effectuée par tomographie par ordinateur. La tomographie émet des rayons X qui passent à travers le cerveau. La personne est, comme pour l'IRM, allongée sur un chariot et doit rester immobile quelques minutes.

#### Pourquoi établir un diagnostic précoce?

Selon l'article L 1111.2 du code de la santé publique, «toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé». Toutefois, c'est au malade de donner son accord pour divulguer ce diagnostic à l'entourage.

Si l'annonce de la maladie est un véritable séisme pour le patient et pour toute la famille, certains peuvent ressentir un soulagement en mettant le mot «maladie» sur des symptômes souvent traumatisants.

#### Avantages et inconvénients d'établir un diagnostic précoce

Les avantages d'établir un diagnostic précoce sont les suivants :

- Les traitements actuels permettent de retarder l'évolution de la maladie d'environ un an.
- Le patient entre dans le circuit médico-social avec une prise en charge à 100 % par la Sécurité sociale (une exonération complète du ticket modérateur) et l'obtention d'une carte d'invalidité permettant d'obtenir des réductions d'impôts, et l'exonération des charges sociales sur l'emploi de personnel à domicile.
- Le patient a le statut de malade et ne peut être accusé de «mauvaise volonté» ou de «faire exprès».

Les inconvénients rapportés par certains patients sont les suivants :

- Connaître le diagnostic de «maladie d'Alzheimer» peut être traumatisant.
- Cela ne sert à rien de connaître le diagnostic sans pouvoir le traiter.
- Ce diagnostic peut provoquer le placement dans une maison de retraite.

#### Arguments «pour» et arguments «contre» vus par un patient

Arguments «pour»	Arguments «contre»
– Ce ne sera pas de ma faute, si je fais des bêtises.	– Tout le monde va se moquer de moi.
– On va me soigner.	– Les gens vont m'éviter.
– On va être plus tolérant avec moi.	– Ma famille va m'abandonner
– Je vais être remboursé à 100 %.	

A vous maintenant!
Faites votre propre analyse des «pour» et des «contre» dans la décision de procéder à un diagnostic précoce, en remplaçant les phrases données ci-dessus, par vos propres arguments : quels sont les avantages de faire part de mon diagnostic? Quels en sont les inconvénients?

## Quels sont les traitements?

#### Traitements médicamenteux anticholinestérasiques

Actuellement, quatre médicaments ont obtenu leur autorisation de mise sur le marché : ce sont les inhibiteurs de la cholinestérase. Trois sont indiqués dans les formes légère et modérée de la maladie :

- Aricept (Donépézil).
- Exelon (Rivastigmine).
- Reminyl (Galantamine).

Un seul est indiqué au stade sévère :

• Ebixa (Memantine), qui est recommandé aussi pour les troubles comportementaux.

Tous ces médicaments ont pour effet d'augmenter le taux d'un neurotransmetteur chimique du cerveau appelé acétylcholine. Le recours à ces médicaments devrait être systématique dès que le diagnostic est posé. Le but de ces médicaments, dont l'usage reste symptomatique, est de ralentir la perte d'autonomie, de retarder le déclin des fonctions intellectuelles et d'améliorer la qualité de vie des patients.

Ces médicaments se prennent sur une base quotidienne et il faut quelques semaines pour en observer les effets. Le médecin vérifie l'efficacité du médicament après trois à six mois, en se servant d'un interrogatoire de la personne et de sa famille, ainsi que des résultats de tests : il doit suivre le patient régulièrement, au minimum une fois par an.

Les traitements sont prescrits par un médecin spécialiste en neurologie, en psychiatrie ou en gériatrie. Le médecin généraliste peut renouveler la prescription du spécialiste.

#### Leur efficacité?

Dans 30 à 40 % des cas, ils permettent une amélioration des symptômes existants et de ralentir leur progression même s'ils ne guérissent pas la maladie.

Leurs effets indésirables les plus fréquents sont : nausées et vomissements, diarrhées, crampes musculaires, fatigue. Chez bon nombre de patients, ces effets disparaissent après quelques jours.

#### **Autres pistes**

D'autres pistes sont ouvertes :

- La **vaccination** qui consiste à injecter un fragment de la protéine bêta-amyloïde et à provoquer la fabrication d'anticorps contre ces protéines. Les essais du vaccin de seconde génération thérapeutique ont repris après avoir été suspendus au début de l'année 2002, suite à la découverte de plusieurs cas de méningite chez des patients vaccinés. D'après le professeur Dubois (2002), les résultats actuels sont positifs : une injection par mois empêcherait la formation des plaques et ferait régresser les lésions.
- Une nouvelle **molécule**, l'acide 3APS, appelé Alzhmed, est en cours d'essai clinique sur des patients atteints d'une maladie d'Alzheimer au stade léger.
- Le professeur Baulieu, qui a créé son propre institut, a découvert une molécule, une protéine, FKBP52, présente naturellement dans le cerveau, qui pourrait stopper la protéine pathologique Tau et donc arrêter l'évolution des symptômes de la maladie d'Alzheimer.

#### Autres traitements : antidépresseurs, neuroleptiques

En cas de dépression grave, il convient de la traiter à l'aide d'antidépresseurs, car elle risque d'aggraver les symptômes de la maladie d'Alzheimer. Les mieux adaptés sont actuellement les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS), par exemple.

Les neuroleptiques et les antipsychotiques atypiques sont actifs sur les états délirants ou en cas d'agitation et d'agressivité mais ils ne doivent être prescrits que si ces symptômes occasionnent la détresse du patient. Par ailleurs, compte tenu des effets secondaires qu'ils peuvent occasionner, leur usage doit être limité dans le temps et à dose minimale efficace.

## Psychothérapies

#### Thérapie comportementalo-cognitive (TCC)

Ce type de thérapie combine la démarche scientifique expérimentale et les théories de l'apprentissage : le thérapeute considère qu'un comportement inadapté a été appris dans certaines situations, puis maintenu par l'environnement. Il cherchera donc, par un nouvel apprentissage, à remplacer le comportement inadapté par celui que souhaite le patient (Cottraux, 1992). Le thérapeute a un rôle actif dans la thérapie, les procédures de traitement sont décrites objectivement et sont donc reproductibles par d'autres thérapeutes.

Les thérapies comportementalo-cognitives ont été appliquées à la personne âgée dépressive seulement depuis les années 1980, mais la prise en charge de ce type est encore plus tardive et plus rare chez des patients atteints de maladies dégénératives. Elle a été surtout développée dans les pays anglo-saxons, depuis les années 1990.

On peut distinguer trois tendances dans l'application des thérapies comportementales aux états démentiels :

- Interventions visant à la réhabilitation cognitive des patients : orientation dans la réalité, présentation par un animateur d'informations répétitives sur la date, le lieu et les personnes entourant les patients (voir ci-dessous «Ateliers de mémoire»).
- **Prise en charge des troubles du comportement** comme agressivité, fugues, déambulation, par des thérapeutes qui analysent et essayent d'agir sur les causes de ces comportements (déficits sensoriels, inactivité, problèmes sphinctériens, anxiété).
- **Prise en charge des états anxio-dépressifs** qui accompagnent souvent les états démentiels : des chercheurs proposent l'apprentissage des techniques de résolution de problèmes et des activités agréables pour combattre le stress de la maladie.

Moi-même, depuis des années, dans le cadre des consultations externes de mémoire, je prends en charge des patients présentant une plainte mnésique, accompagnée de troubles de la mémoire, en proposant différentes techniques : une approche classique de TCC (travail sur les pensées dysfonctionnelles par la restructuration cognitive, entraînement aux habilités sociales, résolution de problèmes) associée à des techniques plus spécifiques, comme la modification des croyances liées à la vieillesse et à la maladie, des stratégies psycho-éducatives (conseils au niveau de l'organisation, le classement des documents), le concept d'optimisme et de «coping» (faire face) pour apprendre à vivre avec la maladie chronique, l'augmentation des activités plaisantes, la création du réseau de soutien, la pratique des pensées positives, ainsi que l'apprentissage des méthodes mnémotechniques pour diminuer les troubles de mémoire (Lesniewska, 1999).

La plupart des patients qui viennent régulièrement, présentent, après une trentaine de séances, une diminution des symptômes anxio-dépressifs, une reprise des activités quotidiennes, abandonnées depuis un certain temps, une meilleure communication avec la famille, une amélioration de l'estime de soi, voire un développement de projets, associé à une planification du futur.

Toutes ces différentes techniques seront présentées en détails dans la seconde partie de cet ouvrage.

#### Autres psychothérapies

#### Thérapie de réminiscence

Cette thérapie vise à entretenir le moyen de communiquer le plus longtemps possible avec les patients et consiste à remémorer des expériences positives du passé permettant ainsi l'expression des émotions et la réappropriation d'un sentiment d'identité.

Il s'agit d'évoquer des souvenirs autobiographiques avec l'aide de photos ou de musique, lors de séances individuelles ou en groupe.

#### Stimulation cognitive : ateliers de mémoire

Plusieurs auteurs insistent sur l'éducabilité du cerveau : la plasticité fonctionnelle permet de rééduquer les neurones lésés et de développer ceux qui ne le sont pas. Selon Bernard Croisile (2009, p. 461), «il est fondamental d'intégrer dans notre culture le concept de stimulation cognitive grâce à un style de vie cognitivement stimulant».

Les programmes de stimulation cognitive se composent en général d'une séance hebdomadaire de 2h pendant 10 à 15 semaines, animées par des neuropsychologues. La séance est composée d'une partie plus théorique (expliquant le fonctionnement du cerveau, de la mémoire) et d'exercices des fonctions supérieures pour apprendre des stratégies d'efficience cognitive. Mon expérience hospitalière d'atelier de mémoire m'a démontré que même des patients parvenus à un stade très sévère de la maladie peuvent améliorer leurs performances verbales et renforcer leur mémoire (Lesniewska, 2003).

#### Thérapie de validation

Il s'agit d'une thérapie par empathie développée par Naomi Feil où il s'agit de reconnaître les émotions de la personne malade, et d'y répondre avec des recommandations précises, comme de parler de façon lente et claire, reformuler les phrases confuses... Certaines publications constatent une amélioration de la dépression et du comportement des patients participant à cette thérapie (Clément, 2010).

CHAPITRE 6

## Thérapies médiatisées

De nombreuses études démontrent l'intérêt des psychothérapies médiatisées. Parmi plusieurs techniques expérimentées, la musicothérapie, la danse-thérapie et l'art-thérapie semblent donner de bons résultats, surtout sur la diminution des états dépressifs et les troubles du comportement.

#### **Art-thérapie**

L'art-thérapie est «une psychothérapie à médiation artistique» (Klein, 1997). Il s'agit de produire des objets esthétiques (peintures, dessins) et, à travers une activité créative et un produit valorisé socialement, d'améliorer l'humeur du patient, le «renarcissiser». Cette activité stimule également les fonctions perceptives et intellectuelles impliquées dans l'acte de dessiner : l'attention et la concentration, l'analyse et la coordination visuo-graphique, l'orientation spatiale. Si la créativité artistique des personnes âgées a été assez bien décrite (Sudres, 2004), peu de recherches sont consacrées à l'art et à la démence.

L'incidence des démences sur la créativité artistique est très variable, selon l'existence ou non de troubles visuo-spatiaux, fréquents dans les stades tardifs de la maladie. D'après certains neurologues comme Sellal (2005), la maladie neurodégénérative ne prive pas nécessairement le patient de toute créativité, et même, dans certains cas, comme dans les démences frontotemporales, peut engendrer l'émergence d'un talent artistique. Ainsi, le peintre De Kooning, longtemps après avoir développé la maladie d'Alzheimer, continua à produire des œuvres originales et pour certaines, plus épurées qu'avant l'éclosion de la maladie (Christen, 1996).

Mon expérience de vingt-cinq ans de travail en atelier d'art-thérapie, intitulé «La mémoire de l'art», avec des patients atteints de maladies neurodégénératives, confirme que la démence n'est pas incompatible avec l'art et que le patient assidu peut produire une œuvre intéressante. Je cite souvent comme exemple cette patiente de 85 ans qui, malgré un état de démence avancée, a participé à l'atelier d'art-thérapie pendant deux ans avec beaucoup de plaisir et certains résultats (voir la reproduction de sa peinture sur la couverture).

L'art-thérapie s'adresse tout particulièrement aux patients ayant des difficultés de communication verbale et un penchant naturel pour les arts visuels (Lesniewska, 2003, 2004, 2007).

#### Danse-thérapie

La danse-thérapie est «une utilisation psychothérapeutique du mouvement comme processus pour promouvoir l'intégration physique et psychique d'un individu» (Vaysse, 1997).

Tout le monde connaît le film d'Ettore Scola, *Le Bal*, qui met en scène des amoureux de la danse à travers l'histoire de la guerre.

Les vertus thérapeutiques de la danse ont été remarquées par des sociologues, des anthropologues et des psychologues. En Argentine, le berceau du tango, la fréquentation des *milongas* (le lieu où l'on danse le tango) est recommandée pour surmonter un mal-être, une maladie, une rupture sentimentale.

Selon des recherches récentes, le tango améliore la mobilité de patients atteints de la maladie de Parkinson : après vingt cours de tango, ils éprouveraient moins de difficultés locomotrices.

Quelques musicothérapeutes utilisent la danse pour les patients atteints de maladies dégénératives : on constate chez certains une croissance de la faculté à se mouvoir correctement et une amélioration de l'orientation dans l'espace (Sheridan, 1996).

Animant depuis des années un atelier de danse-thérapie destiné en particulier aux patients déambulants, j'ai proposé un programme comportant des danses de société telles que celles pratiquées entre les deux guerres (valse, tango, java, pasodoble...). Les danses de société exercent une forte attirance sur ces patients âgés : 73 % d'entre eux ont dansé lors des bals musettes et guinguettes, cela aboutissant souvent au mariage. Dans les années trente, on comptait plus de trois cents bals musettes à Paris! J'ai pu constater, dans mon atelier «La valse du temps», une répercussion très positive de cette danse sur l'orientation dans l'espace, l'assouplissement du corps et, surtout, la joie et le plaisir sensuel et esthétique (Lesniewska, 1998).

#### Musicothérapie

Selon Mihaly Csikszentmihalyi (2004), la musique sert à l'amélioration de la qualité de vie et fait partie de ce qu'il appelle «une expérience optimale» qui correspond à l'état de la recherche du bonheur par la maîtrise de sa vie intérieure.

Edith Lecourt (2005) distingue deux prototypes et formes culturels de musicothérapie : cathartique et sédative. Selon plusieurs chercheurs, la musique gaie est un excellent manipulateur de l'humeur.

D'après une étude finlandaise, les victimes d'AVC qui écoutent de la musique une à deux heures chaque jour ont une meilleure récupération aussi bien de la mémoire verbale que de leur capacité d'attention. Trois mois après l'accident vasculaire, les facultés verbales des personnes du groupe musique (ils avaient choisi des morceaux personnels) avaient progressé de 60 % contre 29 % pour les témoins. Autre avantage, une humeur plus positive dans le groupe musical. Ces effets persistent même six mois après l'accident : d'après les chercheurs, il est important que l'écoute musicale intervienne dès que possible après l'hospitalisation, quand le cerveau, en raison de sa plasticité, s'adapte aux dommages provoqués par l'accident cérébral.

Depuis plusieurs années, les chercheurs et les musicothérapeutes se penchent sur l'impact de la musique sur des personnes présentant une démence d'Alzheimer et d'autres maladies de mémoire (Aldridge, 1995; Ogay, 1996). Selon eux, elle permet de ressentir et d'exprimer fortement des affects. Sacks (2009) affirme que «ces patients sont malgré tout accessibles à la musicothérapie parce que la perception, la sensibilité, l'émotion et la mémoire musicales peuvent survivre longtemps après que les autres formes de mémoire ont disparu».

Mon expérience des ateliers successifs – atelier d'écoute musicale (écoute des morceaux de musique classique), atelier de vieilles chansons (groupe de patients qui chantent) et atelier de musicothérapie plurielle (jeux de rythme, chant, écoute (Lesniewska, 1990, 2003, 2007) – m'a démontré le rôle stimulant, «renarcissisant» et antidépressif de ces activités, même chez des patients parvenus au stade très avancé de la maladie.