



Groupement de Coopération Médico-Sociale Alzheimer du Pays d'Aubagne
Pôle Aubagne Sénior – 1 boulevard Jean-Jaurès – 13400 Aubagne
www.filrougealzheimer.org

***Compte rendu d'évaluation du dispositif
thérapeutique non-médicamenteux
« La tête et les jambes »
13400 Aubagne***

Jennifer PARTINGTON

2013

Psychologue Sociale de la Santé au Fil Rouge Alzheimer

Document destiné au Fil Rouge Alzheimer

TABLE DES MATIÈRES

PARTIE 1

PREAMBULE	4
------------------------	----------

I. PRESENTAION DU DISPOSITIF DES ATELIERS « LA TETE ET LES JAMBES »	7
--	----------

1. Les ateliers de stimulation cognitive.....	7
---	---

2 Les ateliers d'activité physique.....	8
---	---

3 Organisation et déroulement des ateliers.....	9
---	---

II. CADRE CONTEXTUEL DE CES EVELUATIONS

1. La demande institutionnelle.....	11
-------------------------------------	----

2. Les objectifs.....	11
-----------------------	----

PARTIE 2

PRESENTATION DU RAPPORT D'EVALUATION DE L'ATELIER DE STIMULATION COGNITIVE (2010/2011)	13
---	-----------

I. METHODOLOGIE

1. Population	13
---------------------	----

2. Méthodes.....	14
------------------	----

2.1. Démarche quantitative (spécifique à l'atelier de stimulation cognitive).....	14
---	----

2.2. Démarche qualitative exploratoire (appliquée aux deux ateliers).....	20
---	----

II. RESULTATS

1. Présentation des résultats issus de la démarche quantitative.....	24
--	----

1.1. Les Variables prises en compte	24
---	----

1.2. Analyse des données issues du logiciel statistique SPSS	24
--	----

2. Présentation des résultats issus de la démarche qualitative.....	30
---	----

2.1. Caractéristiques des participants ayant rempli le questionnaire d'attentes et de satisfaction.....	30
---	----

2.2. Synthèse des éléments de réponse donnés par les participants au questionnaire d'attentes et de satisfaction.....	30
---	----

III. DISCUSSION

1. Interprétation des principaux résultats	35
2. Limites de l'étude	37
3. Perspectives d'application	38

PARTIE 3

PRESENTATION DU RAPPORT D'EVALUATION DE L'ATELIER D'ACTIVITE PHYSIQUE (2011/2012)	42
--	-----------

I. METHODOLOGIE

1. Population	42
2. Méthodes	45
2.1. Démarche quantitative (spécifique à l'atelier d'activité physique)	46
2.1.1. <i>Présentation de la grille d'observation participante</i>	46
2.2. Démarche qualitative exploratoire (appliquée aux deux ateliers)	49
2.2.1. <i>Présentation du questionnaire d'attentes et de satisfaction</i>	49

II. RESULTATS

1. Présentation des résultats issus de la démarche quantitative	53
1.1. <i>Les Variables prises en compte</i>	53
1.2. <i>Analyse des moyennes obtenues via la grille d'observation participante</i>	53
2. Présentation des résultats issus de la démarche qualitative exploratoire	58
2.1. <i>Caractéristiques des participants ayant rempli le questionnaire d'attentes et de satisfaction</i>	58
2.2. <i>Synthèse des éléments de réponse donnés par les participants au questionnaire d'attentes et de satisfaction</i>	58

III. DISCUSSION

1. Interprétation des principaux résultats	64
2. Limites de l'étude	72
3. Perspectives d'application	73

BIBLIOGRAPHIE	75
SYNTHESE CONCLUSIVE	77
ANNEXES	79

PARTIE I

PREAMBULE

Ces deux dernières années, j'ai eu pour mission, en tant que psychologue sociale de la santé au Fil Rouge Alzheimer, d'évaluer l'un des dispositifs thérapeutiques non-médicamenteux mis en place par la structure, nommé « la tête et les jambes ». Ce dernier combine des ateliers de stimulation cognitive et d'activité physique qui sont destinés aux personnes se situant aux stades légers à modérés de la maladie d'Alzheimer (groupe MA) ainsi qu'aux personnes qui manifestent une légère plainte mnésique mais pour lesquelles il n'y a pas de maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés diagnostiqués (groupe prévention). Les aidants familiaux, s'ils le souhaitent, peuvent également participer à l'atelier d'activité physique.

Ces ateliers (qui seront détaillés ultérieurement) font partie intégrantes des différentes actions d'accompagnement et de répit mises en place par le Fil Rouge Alzheimer.

Cette démarche d'évaluation s'inscrit dans une volonté de continuer à donner du sens à cette action (qui consiste à proposer des ateliers à visée thérapeutique), d'identifier possiblement qu'elle en est la plus-value mais aussi et surtout, d'interroger le vécu subjectif des personnes intégrées dans ce dispositif de « prise en soin ». Il s'agit également de s'assurer que la mission que l'on s'est fixée : proposer une réponse non médicamenteuse à la maladie d'Alzheimer correspond bien à la réalité du terrain ainsi qu'aux attentes et aux besoins des usagers. Ces travaux qui vous sont présentés au travers de ce document, s'inscrivent dans la continuité d'un mémoire de recherche (Master 2, Psychologie sociale de la santé)¹ que j'ai réalisé durant l'année 2009/2010. Ce dernier a eu pour visée principale de rendre compte de la fonction et de l'apport biopsychosocial du dispositif des ateliers « la tête et les jambes » et ce, sur la base du discours des personnes qui en sont les principales bénéficiaires. Les principaux résultats de cette étude ont mis en évidence que la majorité des sujets retient pour principal bénéfice et critère de participation, l'aspect groupal du dispositif offrant la possibilité de créer des liens sociaux, de s'ouvrir aux autres mais également de maintenir une intégration sociale.

¹ <http://filrougealzheimer.org/assets/Manifestation/Mémoire-de-recherche-M2.pdf>

Ainsi, cette étude a permis de mettre en lumière que le dispositif des ateliers est perçu par les sujets interrogés, avant tout, comme un lieu d'interactions et de relations et constitue un réel apport en terme de qualité de vie dans sa dimension sociale.

Ce mémoire de recherche fut « une entrée en matière » car, l'année d'après (2010/2011), il a été décidé de continuer à mener un travail d'évaluation de ces ateliers en se centrant cette fois ci davantage sur celui de stimulation cognitive. La visée étant d'affiner et d'approfondir ce regard analytique porté sur ce dispositif avec toujours ce même objectif qui est celui d'interroger le vécu subjectif des usagers qui en bénéficie. Ici, les résultats obtenus viennent corroborer ceux du mémoire de recherche dans la mesure où la dimension sociale tient toujours une place importante. Ceci étant dit, au-delà de cette fonction socialisante, les sujets mettent également en avant la dimension thérapeutique du dispositif, qui avait majoritairement tendance à être invisibilisée l'année précédente : « *Ça fait travailler le cerveau* » (MA) ; « *Conserver le bon fonctionnement de la mémoire et maintenir la concentration* » (Prévention) ; « *Ya des choses qu'on oublie et ça revient beaucoup plus vite* » (MA) ; « *Ne pas laisser s'endormir mes facultés ou même se dégrader* » (Prévention). A savoir que cette fonction thérapeutique du dispositif sur le déclin cognitif n'est appréhendée que pour l'atelier de stimulation cognitive et non pour l'atelier d'activité physique (et ce tant via la précédente étude qu'à travers celle-ci).

Les résultats de cette évaluation mettent également en évidence une mise en relation entre la perte de mémoire perçue par les usagers et les raisons de leur participation aux ateliers de stimulation cognitive (concernant spécifiquement les sujets MA), lien qui était quasi absent du discours des sujets l'année passée : « *Eviter que les difficultés empirent* » (MA) ; « *Ca m'aide, ça me fait rappeler ce que j'oublie* » (MA) ; « *J'ai l'impression d'avoir moins de défaillances* » (MA) ; « *Essayer d'améliorer les choses* » (MA). Ceci amène à envisager l'importance de laisser les personnes libres d'investir le dispositif avec leurs propres raisons et critères de participation qui, au départ, ne se situent pas nécessairement dans une dimension thérapeutique.

Durant l'année 2011/2012, une autre évaluation a été menée qui cette fois-ci fut principalement centrée sur l'atelier d'activité physique. Ceci a permis d'une part d'avoir un regard global sur le dispositif des ateliers (stimulation cognitive et activité physique) et d'autre part, de maintenir cette philosophie de travail qu'est la nôtre : « penser et réfléchir ce que l'on fait ». Les principaux résultats mis en avant sont les suivants.

Comme démontré dans les deux précédents travaux, cet atelier rempli lui aussi une fonction de socialisation (lieu d'interaction et de relation, de convivialité mais aussi de lutte contre le sentiment d'isolement social) faisant parti des bénéfices que retiennent les participants.

Ceci étant dit, cette dimension sociale ressort davantage pour l'atelier d'activité physique (comparativement à celui de stimulation cognitive) et concerne davantage le groupe des personnes se situant en début de maladie d'Alzheimer (MA). Ceci rejoint le fait que ces personnes ressentent une mise à mal de leur identité sociale et donc, sont à la recherche d'exister est d'être socialement existant (ce qu'ils trouvent dans cet atelier d'activité physique).

Puis, au-delà d'un sentiment de bien ou mieux être physique pour la majorité (MA et Prévention), se traduisant par un sentiment de maintien voire d'amélioration des capacités physiques, cet atelier est également source de bien-être psychologique. Ce bien-être est par ailleurs davantage exprimé dans cet atelier (activité physique) comparativement à celui de stimulation cognitive et là aussi, plus spécifiquement de la part du groupe de sujets MA. Ce bien-être est notamment alimenté par le fait que les exercices soient centrés sur les capacités physiques et non, de manière explicite, sur les capacités cérébrales, permettant aux participants atteint de la maladie d'Alzheimer une prise de distance avec leur troubles cognitifs, et de fait, de bénéficier d'un temps de répit avec la maladie.

Malgré la prudence avec laquelle il faut considérer ce qui a été mis en évidence dans ces différentes études, notamment par la subjectivité du chercheur et dans le recueil des données ou encore, par l'étroitesse des échantillons de population, l'ensemble des résultats obtenus offre un éclairage substantiel sur la manière dont les usagers vivent et investissent, dans le temps, ce dispositif des ateliers « la tête et les jambes ». Ces travaux, en plus d'un apport de connaissances, ont également permis d'envisager des perspectives d'application permettant d'optimiser la qualité et le fonctionnement du dispositif mais aussi, l'accompagnement des personnes qui en sont les principales bénéficiaires.

I. PRESENTATION DU DISPOSITIF DES ATELIERS LA TETE ET LES JAMBES

Depuis septembre 2009, le Fil Rouge Alzheimer a mis en place un dispositif thérapeutique non médicamenteux dit « combiné » associant des ateliers de stimulation cognitive et d'activité physique. Cette idée d'articuler ces deux ateliers s'inscrit dans une volonté de permettre aux personnes atteintes de troubles cognitifs de faire travailler leurs fonctions cérébrales et motrices mais aussi, de pouvoir bénéficier d'une activité créatrice de liens sociaux. Ce dispositif a également pour objectif d'intégrer les aidants familiaux leur permettant de bénéficier soit d'un moment de répit sans l'inquiétude de la surveillance du malade qui sera pris en charge le temps d'une matinée, soit d'un temps où il leur est possible de partager avec leur proche malade un moment d'échange, de convivialité, une activité à deux qui souvent se perd, dû à la maladie.

1. Les ateliers de stimulation cognitive

Descriptif et activités proposées

Cet Atelier est composé de personnes manifestant une plainte mnésique et qui souhaitent bénéficier d'une stimulation mémorielle. Les participants sont répartis en deux groupes : groupe dit « MA » renvoyant aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer au stade débutant et groupe dit « prévention » concernant les personnes manifestant une plainte mnésique (sans troubles neurodégénératifs diagnostiqués). Ici, les séances sont animées par une neuropsychologue.

Ce professionnel propose des exercices (principalement sur format papier) permettant de solliciter différentes fonctions cognitives telles que l'orientation temporo-spatiale (labyrinthe, plan etc.), l'attention et la concentration (repérer l'intrus parmi plusieurs symboles), la mémoire (mémoriser des paires de mots, des paires d'images, répondre à des questions portant sur un texte préalablement lu etc.), les gnosies (reconnaissance d'images, d'objets...) et le langage.

Les participants possèdent une chemise nominative qui est distribuée avant chaque séance. Celle-ci comprend les exercices qui ont été réalisés les fois précédentes. Certains d'entre eux sont effectués à l'écrit de manière individuelle et d'autres oralement en groupe. Ici, la neuropsychologue évalue le niveau cognitif de la personne en début et en fin de cycle (un cycle allant de septembre à juin).

Intérêts et objectifs

L'objectif de ces ateliers est de permettre aux personnes de faire travailler leurs fonctions supérieures dans le but de stabiliser, de préserver voire d'améliorer les capacités cognitives encore présentes et ce, d'autant plus pour les personnes se situant aux premiers stades d'évolution de la MA. Cet atelier a donc pour visée de maintenir l'autonomie (cognitive) de la personne mais aussi, de lui offrir la possibilité de conserver une activité sociale et de créer des liens avec les participants.



2. Les ateliers d'activité physique

Descriptif et activités proposées

Les ateliers d'activité physique accueillent des personnes atteintes de troubles cognitifs légers à modérés ainsi que leurs aidants familiaux (pour ceux qui souhaitent participer). Il s'agit le plus souvent de couples.

Cet atelier est animé par un éducateur médico-sportif. Lors de la première séance, ce professionnel évalue les capacités physiques de la personne souhaitant intégrer les ateliers de façon à adapter les exercices aux aptitudes de chacun.

Les différents exercices proposés sont notamment réalisés à l'aide d'un matériel diversifié dont voici ci une présentation de certains d'entre eux :

- Des élastiques avec lesquels différentes séries de mouvements sont réalisés dont la visée est de permettre un renforcement de la tonicité musculaire des participants ;
- Des ballons permettant de faire travailler la coordination des mouvements ;
- « La rivière » qui est matérialisé par une succession de petit plots en plastique accolés les uns aux autres sur lesquels les participants doivent marcher.

Exercice centré sur l'équilibre postural. A cela s'ajoute d'autres exercices physiques (abdominaux, marche sur les talons, sur la pointe des pieds, à reculons etc.). Au sein de cet atelier, chaque partie du corps est sollicitée et mobilisée de manière à maintenir et à renforcer la puissance musculaire.

Intérêts et objectifs

L'objectif est de faire travailler les capacités fonctionnelles permettant, autant que faire ce peu, de maintenir une autonomie physique le plus longtemps possible, de prévenir le risque de chute (qui est élevé dans le cadre des maladies de type neurodégénératives) mais aussi, de bénéficier d'un espace d'échange et de convivialité.

De plus, tout comme pour l'atelier de stimulation cognitive, ce type d'intervention peut jouer un rôle préventif du déclin cognitif. En effet, la pratique d'exercices physiques permet notamment de réduire le risque de chronicisation de maladies auxquelles les personnes âgées sont souvent confrontées dont le déclin cognitif fait partie.



3. Organisation et déroulement des ateliers

Les ateliers sont gratuits pour les participants et se déroulent tous les mardis matin de 9h à 11h30 avec deux séances d'une heure chacune ayant lieu dans deux grandes salles qui ont été mises à disposition par la maison de quartier Pin Vert de la ville d'Aubagne, permettant ainsi de mener les deux activités en parallèle.

Pour ce qui est des ateliers de stimulation cognitive, les participants sont repartis dans deux groupes de 6 à 10 personnes, en fonction de leurs capacités qui sont en partie évaluées sur la base des résultats obtenus au test MMSE (Mini Mental State Examination de Folstein et al., 1975).

Le score obtenu à cette échelle fait partie des indicateurs permettant de répartir les participants dans le groupe adapté. Ainsi, le premier groupe comprend des personnes se situant aux premiers stades d'évolution de la maladie d'Alzheimer (groupe MA), dont le score au MMSE se situe entre 17 et 23. Le second quant à lui, concerne les personnes qui manifestent une plainte mnésique mais pour lesquels il n'y a pas de maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés diagnostiqués. Ce groupe de personnes s'inscrit donc dans une démarche davantage préventive au déclin cognitif (groupe prévention). Pour ce qui est des aidants familiaux, ces derniers peuvent, s'ils le souhaitent, participer aux ateliers d'activité physique avec ou sans leur proche malade.

Ainsi, c'est la répartition des participants au sein de l'atelier de stimulation cognitive qui va déterminer l'agencement des deux groupes de personnes qui participent aux ateliers d'activité physique.

Les personnes ont libre choix de participer soit aux deux ateliers soit, seulement à l'un des deux.

Les participants sont donc répartis de la façon suivante :

Participants	Stimulation cognitive	Activité physique
Groupe MA	10h30 à 11h30	9H à 10H
Groupe Prévention	9h00 à 10h00	10h30 à 11h30
Aidants	NON	9h00 à 10h00 et/ou 10h30 à 11h30

Les futurs participants sont orientés soit par la responsable d'accompagnement du Fil Rouge Alzheimer, soit par la consultation mémoire du service de gériatrie de l'hôpital d'Aubagne. Pour intégrer l'atelier de stimulation cognitive, les futurs participants doivent au préalable avoir passé un bilan neuropsychologique ou orthophonique de manière à ce qu'ils soient répartis dans le groupe adapté à leurs difficultés. Pour ce qui est de la participation aux ateliers d'activité physique, il est également demandé aux personnes de faire remplir, par leur médecin traitant, un certificat médical qui est ensuite remis à l'intervenant.

II. CADRE CONTEXTUEL DE CES EVALUATIONS

1. La demande institutionnelle

Cette demande du Fil Rouge Alzheimer d'évaluer le dispositif des ateliers « la tête et les jambes » s'inscrit dans une double perspective.

D'abord, le Fil Rouge Alzheimer est un groupement de coopération médico-social dont le fonctionnement ainsi que les missions sont notamment guidés par la loi du 2 Janvier 2002. Celle-ci a pour objet de rénover la loi du 30 Juin 1975 régissant le fonctionnement de près de 24 000 établissements et services sociaux dont les services d'aide à domicile des personnes âgées ou handicapées font partie.

Cette volonté de la part de la structure d'évaluer le dispositif des ateliers de façon régulière s'inscrit dans l'une des grandes orientations de ce texte de loi qui est celle de l'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement.

Puis, au-delà de cette « obligation » légale, la mise en place du dispositif des ateliers fut guidée par plusieurs ambitions préalables inscrites dans l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (ou troubles apparentés) ainsi que des aidants familiaux. Ceci étant dit, ces ambitions sont-elles en adéquation avec les besoins ainsi que les attentes des personnes qui sont les principales bénéficiaires de ce dispositif ?

Comment les participants vivent et appréhendent chacun de ces deux ateliers ? Comment s'y sentent-ils ? répondent-ils à leur demande ?

C'est précisément ces questionnements et ces interrogations que se pose le Fil Rouge Alzheimer. Ici, la préoccupation est de continuer à donner du sens à cette action, d'identifier possiblement quelle en est la plus-value mais aussi, de s'assurer qu'elle remplit bel et bien la mission fixée : proposer une réponse non médicamenteuse à la maladie d'Alzheimer offrant un accompagnement pour la personne malade. Ces travaux d'évaluation s'inscrivent donc en filigrane de cette volonté de la part du Fil Rouge Alzheimer de maintenir un regard analytique sur les actions menées et leur légitimité auprès des usagers.

2. Les objectifs

Ainsi, ces évaluations comprennent deux principaux objectifs :

- En plus d'un apport d'informations et de connaissances, mettre en évidence la façon dont les participants investissent et vivent chacun des deux ateliers sur la base des comportements directement observables ;

- Rendre compte de l'apport, du niveau de satisfaction ainsi que des attentes des usagers concernant le dispositif des ateliers dans sa globalité.

Il sera également question d'une part, de s'appuyer sur les résultats obtenus pour envisager des perspectives d'applications permettant d'optimiser la qualité et le fonctionnement du dispositif et d'autre part, de légitimer et pérenniser ce type de prise en charge thérapeutique non médicamenteuse proposé par la structure auprès des organismes financeurs.

PARTIE 2

PRESENTATION DU RAPPORT D'EVALUATION DE L'ATELIER DE STIMULATION COGNITIVE (2010/2011)

I. METHODOLOGIE

1. Population

L'atelier de stimulation cognitive regroupe une vingtaine de personnes. Celles-ci sont réparties dans deux groupes différents et ce, en fonction de l'atteinte cognitive. La participation et la régularité, en termes de présence au sein de l'atelier de stimulation cognitive, furent les principaux critères d'inclusion des personnes dans cette évaluation. Ainsi, l'échantillon total de sujets est constitué de 16 personnes comprenant les caractéristiques présentées dans le tableau ci-dessous.

PRESENTATION DES CARACTERISRIQUES DE LA POPULATION

Sujets	Sexe	Age	MA/Prévention
1	F	88	MA
2	F	91	MA
3	H	87	MA
4	F	83	MA
5	F	75	MA
6	F	81	MA
7	H	64	MA
8	F	81	MA
9	F	74	MA
10	H	86	MA
11	F	78	PREV
12	H	80	PREV
13	H	64	PREV
14	F	85	PREV
15	H	88	PREV
16	H	73	PREV

Ainsi, les seize personnes intégrées dans cette étude présentent les caractéristiques suivantes : 7 hommes et 9 femmes/10 personnes se situant au premier stade d'évolution de la maladie d'Alzheimer (groupe MA) et 6 personnes appartenant au groupe prévention.

La moyenne d'âge est de 79,8 ans et l'ensemble des sujets participe à l'atelier de stimulation cognitive.

2. Méthodes

Ce travail d'évaluation s'inscrit dans une démarche descriptive et exploratoire basée sur une double méthodologie à la fois quantitative et qualitative dont voici ci-dessous une description de chacune d'entre elles.

2.1 Démarche quantitative (spécifique à l'atelier de stimulation cognitive)

2.1.1. Procédure

Dans le cadre de cette démarche, j'ai élaboré un outil de recueil d'information que j'ai nommé « grille d'observation participante ». Pour se faire, je me suis appuyée à la fois sur mon champ d'expertise qui est la psychologie sociale ainsi que sur mes connaissances du terrain d'étude et de sa population. Cet outil comprend plusieurs items et permet d'appréhender différentes dimensions telles que le degré de communication entre participants, la participation tant verbale que non verbale aux exercices proposés ou encore le niveau d'intégration dans le groupe et ce, pour chacun des participants présents. Ici, l'ensemble des éléments d'information a été recueilli par moi-même via la méthodologie d'observation participante. Cette dernière consiste à recueillir des éléments d'information tant objectifs que subjectifs, de dégager la dynamique et le sens des comportements en étant soi-même immergé et intégré dans la réalité de la personne ou du groupe observé (Fischer, Tarquinio, 2006).

Les données ont été recueillies une fois par mois, d'octobre 2010 à juin 2011 (à savoir que le mois de février est manquant). Ce découpage temporel offre la possibilité de mener une comparaison des résultats obtenus pour chaque groupe (sujets MA/sujets prévention) sur deux périodes distinctes (d'octobre à mars et d'avril à juin) permettant de rendre compte de l'évolution potentielle des comportements observés et ce, pour chacun des deux groupes.

2.1.2. Notions théoriques mobilisées sur le terrain

Pour mener ce travail de recueil d'informations au sein de l'atelier mais aussi pour affiner ma grille de lecture et cibler les indicateurs les plus pertinents, j'ai focalisé mon attention sur ce que l'on appelle « la dynamique des groupes restreints » (Anzieu, Martin, 2007).

Le groupe dit restreint est caractérisé par sa taille réduite (n'excède pas 25 personnes). Ce type de groupe permet aux individus d'échanger et d'interagir et de fait, offre la possibilité au chercheur d'observer et d'analyser la dynamique qui s'y dégage. On entend par **dynamique de groupe** l'ensemble des phénomènes, mécanismes et processus psychiques et sociologiques qui émergent et se développent dans les petits groupes sociaux dit « groupes restreints ». Les processus de groupe peuvent être analysés via différents courants théoriques. Ici, j'ai choisi de privilégier l'approche interactionniste (Bales 1950, cité par Abric, 2008), car celle-ci permet d'analyser les interactions interindividuelles observables au sein d'un groupe restreint. Plus précisément, il s'agit ici, d'observer les comportements socio-affectifs positifs (solidarité, détente, accord) et négatifs (désaccord, mise en échec, tension, opposition).

Dans le cadre de l'observation des ces interactions, j'ai attaché une attention toute particulière à la **dimension non verbale du langage** car de mon point de vue (en plus du contexte dans lequel se déroule les interactions), c'est un canal de communication qui permet de dégager le sens sous-tendu par le discours, de comprendre ce qui est dit mais aussi et surtout comment cela est dit. La communication entre individu ne se limite pas au langage et aux mots utilisés. En effet, en plus du système verbal, il y a également un ensemble d'éléments acoustiques (l'intonation de la voix), physiques (l'organisation dans l'espace) et visuels (les gestes et les mimiques). A cela s'ajoute le contexte spécifique dans lequel se déroulent les interactions. C'est la prise en compte de l'ensemble de ces « systèmes de signes » qui va permettre de donner du sens.

Le langage non verbal paraît donc avoir pour spécificité d'être le support privilégié pour l'expression des sentiments et des émotions. Les expressions du visage, les mimiques, les gestes positifs et négatifs, le regard, les postures témoignent davantage de la réalité de l'être.

2.1.3. Présentation de la grille d'observation participante

Voici ci-après une présentation de l'outil utilisé pour mener cette évaluation par observation participante auprès des participants de l'atelier de stimulation cognitive. Cet outil englobe 8 grandes dimensions. Chacune d'entre elles comprend différents items qui sont mesurés via une échelle de likert en 5 points.

Chaque dimension de l'outil présenté ci-dessous est détaillée (surligné en bleu) de façon à mieux comprendre d'une part ce qui est observé et d'autre part, au travers de quels indicateurs.

GRILLE D'OBSERVATION PARTICIPANTE DE L'ATELIER DE STIMULATION COGNITIVE
--

Date :

Évalué par :

Nom (**du participant**) :

Heure : (**permet d'identifier de quel groupe il s'agit**)

1/Participation

Quel est le degré de participation **verbale** aux séances ?

Très faible

Excellent

0 1 2 3 4 5

Quel est le degré de participation **non-verbale** aux séances ?

Très faible

Excellent

0 1 2 3 4 5

Il s'agit d'observer l'implication des sujets dans la réalisation des exercices et ce, tant au niveau verbal (qu'est ce qui est dit) que non verbal (concentration et attention).

2/ Stimulation

Est-il nécessaire de stimuler le participant pendant la séance ?

Beaucoup

Pas du tout

0 1 2 3 4 5

La nécessité ou non, de la part de l'intervenant, de stimuler la personne, c'est-à-dire de lui accorder une attention plus particulière, qui va être identifiée selon les difficultés qu'elle rencontre dans la réalisation des exercices.

3/Satisfaction

Le participant paraît-il satisfait des séances ?

Pas du tout Très
0 1 2 3 4 5

Il s'agit de repérer le bien être manifesté ou non par les sujets au sein de l'atelier au travers de ce qui est exprimé au niveau verbal (qu'est ce qui est dit) et non verbal (expressions du visage, mimiques, gestes positifs et négatifs, regards, postures).

4/ Sentiment de compétence (Auto efficacité)

Le participant paraît-il avoir eu un sentiment de compétence, donne-t-il l'impression d'être à la hauteur de ce qui lui est demandé pendant la séance ?

Incompétent Très compétent
0 1 2 3 4 5

Ce que j'ai nommé « sentiment de compétence » se réfère au concept d'auto efficacité ou de sentiment d'efficacité personnelle (Bandura, 2007). Ce concept renvoie à « la croyance de l'individu en sa capacité d'organiser et d'exécuter la ligne de conduite requise pour produire des résultats souhaités ».

Ici, ce sentiment de compétence est identifié au travers de ce que le sujet exprime au moment de la réalisation et de la correction des exercices.

Les trois dimensions ci-après (identité sociale, intégration sociale et communication) sont appréhendées à travers la dimension groupale du dispositif. Ici, je me suis intéressée à la place de l'individu dans le groupe.

5) Identité sociale

Sentiment de reconnaissance sociale ?

Pas du tout Beaucoup
0 1 2 3 4 5

L'identité de l'individu est, en psychologie sociale, la reconnaissance de ce qu'il est, par lui-même ou par les autres.

L'identité sociale est définie comme « *la partie du concept de soi d'un individu qui résulte de la conscience qu'a cet individu d'appartenir à un groupe social ainsi que la valeur et la signification émotionnelle qu'il attache à cette appartenance* » (Tajfel et Turner, 1979, 1986 cité par Autin, 2010).

Il s'agit ici, d'identifier si chacun est reconnu « socialement », c'est-à-dire, comme faisant partie intégrante du groupe mais au travers de la valorisation, de la gratification témoignées à l'égard des uns et des autres (EX : lorsqu'un exercice est « correctement » réalisé). Se réjouir de la réussite des uns et des autres, fait partie des comportements signifiant une cohésion de groupe se traduisant notamment par un esprit de non compétition.

6) Intégration sociale

Niveau d'intégration dans le groupe ?

Pas du tout intégré

Très bien intégré

0

1

2

3

4

5

Il s'agit de repérer si la personne s'identifie (elle-même) et si elle est identifiée par les autres comme un membre à part entière du groupe dont elle fait partie. Pour ce faire, l'observation est centrée sur la dynamique globale du groupe, sur son mode de fonctionnement. Est-ce que cela convient ou non au participant ? Ici, les indicateurs sont les attitudes, les comportements, les échanges.

7/Communication (verbale et/ou non verbale)

Quel est le degré de communication entre participants ?

Très faible

Excellent

0

1

2

3

4

5

Quel est le degré de communication entre le participant et l'intervenant ?

Très faible

Excellent

0

1

2

3

4

5

Le degré de communication (verbale et/ou non verbale) avec les autres et avec l'intervenant est un indicateur supplémentaire permettant d'identifier l'intégration ou non de la personne au sein du groupe. Une carence en termes d'échanges (verbaux et non verbaux) de la part du participant peut être considérée comme un défaut d'intégration, un retrait voire une mise à l'écart.

8/Dimension comportementale durant la séance

Manifestation d'affects dépressifs ?

Pas du tout

Beaucoup

0 1 2 3 4 5

Comportement identifié par un visage peu expressif, par de l'inertie, par des difficultés de concentration ou encore, par la manifestation d'anhédonie (perte du plaisir).

Manifestation d'un comportement apathique ?

Pas du tout

Beaucoup

0 1 2 3 4 5

Comportement identifié par la manifestation d'un manque d'envie, de motivation pouvant se traduire par une diminution d'intérêt pour les activités sociales et/ou personnelles.

Rappelons que l'apathie est définie comme étant un défaut primaire de la motivation c'est-à-dire, « des processus qui permettent d'organiser le comportement (les activités) vers un but, en fonction à la fois de l'expérience passée, de la situation actuelle, et du résultat attendu » (Marin 1990, cité par Ollat et Battéro, 2000). Ceci étant dit, dans le contexte des troubles de type neurodégénératifs, cette inertie et ce manque d'entrain peuvent être levés une fois la personne intégrée dans une activité (ce qui fut par ailleurs observé au sein de l'atelier). Ceci est beaucoup moins évident concernant « l'humeur dépressive » qui a tendance à rendre la personne plus résistante aux « stimulations », aux sollicitations d'ordre psychologiques et/ou physiques (ici, l'absence de réaction est plus marquée).

Manifestation d'un comportement euphorique ?

Pas du tout

Beaucoup

0 1 2 3 4 5

Comportement identifié par la manifestation d'une gaieté excessive, d'une hyperactivité ou encore, d'une désinhibition.

Les items faisant référence à la dimension comportementale concernent davantage le groupe des sujets MA car en effet, ces manifestations comportementales sont le plus souvent observées chez les personnes atteintes de troubles de types neurodégénératifs.

Méthode d'analyse des résultats

Les résultats issus de la grille d'observation participante ont été traités à l'aide du logiciel de traitement statistique SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Ce logiciel offre la possibilité de traiter et d'analyser des données statistiques de types quantitatives tels que des questionnaires ou encore, des échelles de mesure psychométrique. Ce logiciel est utilisé dans le but de mener une analyse des différences de moyennes à l'aide du test T pour échantillon indépendant. En effet, ce qui nous intéresse ici est de comparer, sur deux périodes temporelles différentes, la moyenne des scores obtenus pour chaque item de la grille d'observation participante pour chacun des deux groupes de sujets (MA et Prévention).

2.2. Démarche qualitative exploratoire (appliquée aux deux ateliers)

2.2.1. Procédure

Dans le cadre de cette démarche, j'ai élaboré un questionnaire d'attente et de satisfaction portant sur les deux ateliers. Ce dernier a été soumis, en fin de cycle, à l'ensemble des personnes participant soit à l'un des deux ateliers, soit aux deux.

Ce questionnaire a pour objectif d'apporter des éléments d'informations complémentaires aux données recueillies à l'aide de la grille d'observation participante, mais aussi, d'appréhender le dispositif dans sa globalité, c'est-à-dire sur l'atelier de stimulation cognitive et d'activité physique.

Ce questionnaire a pour objectif d'amener les participants à faire part de leurs motivations de participation aux ateliers, de ce que ces derniers leur apportent, s'ils en sont satisfaits ou encore, si ces ateliers auxquels ils participent répondent ou non à leurs attentes. Les différentes questions posées sont conçues de manière à ce que les personnes émettent le plus possible leurs réponses et leur réflexion (offrant ainsi un matériel discursif riche et diversifié propre à la démarche dite qualitative).

Pour ce qui est des modalités de passation du questionnaire, deux techniques différentes ont été employées et ce, en fonction du groupe (MA/Prévention).

En effet, concernant les sujets MA, j'ai utilisé la technique d'hétéro-passation ou encore d'entretien direct, c'est-à-dire que c'est moi-même qui ai posé les questions aux sujets. L'objectif étant de faciliter la démarche pour les personnes et surtout, d'éviter qu'elles ne soient mises en difficulté voire en échec car en effet, répondre à un questionnaire lorsque l'on souffre de déclin cognitif peut s'avérer être une tâche fastidieuse et complexe.

Pour ce qui est du groupe prévention (sujets ne présentant pas de troubles de type neurodégénératifs), c'est la technique d'auto-passation qui a été employée, c'est-à-dire que ce sont les sujets eux-mêmes, en mon absence, qui ont rempli le questionnaire.

Le questionnaire a été soumis aux participants durant le mois de juin 2011 et en voici ci-dessous la présentation.

2.2.2. Présentation du questionnaire d'attentes et de satisfaction

QUESTIONNAIRE D'ATTENTES ET DE SATISFACTION DES ATELIERS PIN VERT

Date :

Ateliers auxquels la personne participe :

Activité physique

Stimulation Cognitive

Pouvez-vous préciser en quelques mots

Qu'est-ce qui vous motive à participer à ces ateliers ?

Atelier mémoire	Atelier d'activité physique

Pouvez-vous me dire ce que ces ateliers vous apportent ?

Atelier mémoire	Atelier d'activité physique

Ces ateliers répondent-ils à vos attentes ?

OUI (dans quelle mesure ?)

Atelier mémoire	Atelier d'activité physique

NON (dans quelle mesure ?)

Atelier mémoire	Atelier d'activité physique

II. RESULTATS

1. Présentation des résultats issus de la démarche quantitative

1.1. Les variables prises en compte

Voici ci-dessous une présentation de l'ensemble des variables prises en compte dans l'analyse statistique.

La variable dépendante (VD, ce sur quoi porte la mesure) correspond aux items de la grille d'observation participante.

Exemple :

VD1= Participation (aux exercices) { **Verbale**
Non verbale

VD2=Stimulation

VD3= Satisfaction

VD4=Sentiment de compétence

...

Les variables indépendantes (VI), celles qui vont faire varier la mesure de la VD, sont au nombre de deux et ont chacune deux modalités :

VI1= groupes { **Sujets MA**
Sujets Prévention

VI2= Périodes { **Temps 1 (Octobre/Novembre/Décembre/Janvier)**
Temps 2 (Mars/Avril/Mai/Juin)

1.2. Analyse des données issues du logiciel statistique SPSS

Les résultats sont présentés sous la forme de deux tableaux. Ces derniers récapitulent plusieurs données. Tout d'abord, les moyennes des scores obtenus à chaque item de la grille d'observation participante pour les groupes MA et prévention sur deux périodes temporelles distinctes (temps 1 et temps 2). Ces deux tableaux illustrent également d'une part, la significativité ou non, des différences de moyennes entre les deux périodes temporelles (Temps 1 et temps2) - la significativité de l'écart entre deux moyennes est illustrée par « p » qui doit être \leq à 0,05- et d'autre part, la valeur médiane des moyennes obtenues pour chaque item. A titre de rappel, la médiane permet de rendre compte, pour chaque item, de la répartition des scores des sujets sur l'échelle de likert.

Par exemple, si la valeur de la médiane est égale à 4,5, cela signifie que 50% des scores des sujets se situent en dessous de 4,5 et 50% au dessus.

Rappelons que les moyennes obtenues se situent entre 0 et 5 renvoyant à l'échelle de likert en 5 points qui a permis de coter de manière chiffrée chaque item de la grille.

Ici, en plus de la valeur de « P », il est choisi, comme points de référence permettant d'analyser et de commenter les résultats, de se baser sur la moyenne arithmétique de l'échelle de likert qui est égale à 2,5 (qui sera la moyenne de référence) mais aussi sur la valeur médiane des moyennes obtenues pour chaque item.

Tableau 1 : récapitulatif des données pour le groupe de sujets MA

TABLEAU 1/GROUPE MA/ N=10				
Comparaison des différences de moyennes entre T1 et T2				
	Temps 1 (octobre/novembre/ décembre/janvier)	Temps 2 (Mars/avril/mai/j uin)		
Items de la grille d'observation participante	Moyennes (Moy) Et médiane (Med)	Moyennes (Moy) et médiane (Med)	P	Significativité de différences de moyennes
Items et données faisant référence à l'individu				
<i>Participation verbale</i>	Moy=4,0533 Med=4,1513	Moy=3,6058 Med= 4,0513	0,106	NS
<i>Participation non verbale</i>	Moy=4,553 Med=4,5413	Moy=4,3038 Med=2,6775	0,269	NS
<i>Stimulation (0=beaucoup)</i>	Moy=2,877 Med=2,9375	Moy=2,6985 Med=2,6775	0,508	NS
<i>Satisfaction</i>	Moy=4,3193 Med=4,4500	Moy=4,4080 Med=4,5700	0,693	NS
<i>Sentiment de compétence</i>	Moy=2,8193 Med=2,7900	Moy=2,7448 Med=2,6463	0,770	NS
Items et données faisant référence à l'aspect groupal du dispositif (la personne dans le groupe)				
<i>Sentiment de reconnaissance sociale</i>	Moy=2,4705 Med=2,4675	Moy=2,4638 Med=2,4275	0,973	NS
<i>Intégration sociale</i>	Moy=4,0573 Med=4,0550	Moy=4,34 Med=4,3938	0,251	NS
<i>Communication avec les autres</i>	Moy=3,5303 Med=3,6388	Moy=3,5848 Med=4,0675	0,879	NS
<i>Communication avec l'intervenant</i>	Moy=3,9213 Med=4,0675	Moy=4,0795 Med=4,4388	0,553	NS
Items et données attrait à l'humeur				
<i>Humeur dépressive</i>	Moy=0,2548 Med=0,2313	Moy=0,4140 Med=0,2025	0,447	NS
<i>Humeur apathique</i>	Moy=0 Med=0	Moy=0,0310 Med=0	0,240	NS
<i>Humeur euphorique</i>	Moy=0,2968 Med=0,1475	Moy=0,352 Med=0,1125	0,795	NS

S= Significatif (P≤0,05)

NS= Non significatif (P>0,05)

Commentaires descriptifs du TABLEAU 1 (sujets MA)

Les différences de moyennes pour chaque item entre les temps 1 et 2 ne sont pas significatives. Ceci laisse envisager une certaine stabilité des comportements observés.

Pour ce qui est des moyennes en elles-mêmes, indépendamment des deux périodes, on observe plusieurs choses.

D'abord, concernant les **items faisant référence à l'individu**, ce sont *la participation verbale et non verbale (implication des sujets dans la réalisation des exercices)* et *la satisfaction (bien être manifesté par les sujets au sein de l'atelier)* qui obtiennent les moyennes les plus élevées (>4).

Pour celles renvoyant au *sentiment de compétence ou d'efficacité personnelle*, elles sont moins élevées mais se situent néanmoins au dessus de la moyenne (>2,7). Pour ce qui est de la valeur médiane, celle-ci est supérieure à 2,6 (50% des sujets ont un score supérieur à 2,6).

Enfin, concernant la variable *stimulation*, rappelons que plus le score est proche de 5, plus la nécessité, de la part de l'intervenant, d'accorder une attention plus particulière au sujet, est importante. Ici, on obtient une moyenne globalement supérieure à 2,7 (valeur quasi équivalente pour la médiane). Ces deux derniers résultats (concernant stimulation/sentiment de compétence) montrent à voir que bien que les sujets s'estiment (dans une certaine mesure) être en capacité de réaliser la plupart des exercices proposés, ils ont néanmoins besoin d'être stimulés (accompagnés) par l'intervenant. Ici, on peut envisager que les variables « stimulation » et « sentiment de compétence » sont inter-reliées.

Concernant les items faisant référence à **l'aspect groupal du dispositif** (la personne dans le groupe), c'est le *niveau d'intégration sociale* qui obtient la meilleure moyenne (>4). On observe également un *degré de communication* élevé tant *entre les participants qu'avec l'intervenant* (>3.5). Ceci montre à voir que dans l'ensemble, chacun des participants s'identifie comme un membre à part entière du groupe reflétant une bonne intégration sociale, mais aussi une réelle dynamique de groupe.

C'est pour l'item « *sentiment de reconnaissance sociale* » (*reconnaissance de ce que l'individu est par lui-même et par les autres*) que les moyennes sont les plus basses (<2,5). Quant à la valeur médiane, celle-ci montre à voir que la moitié des sujets obtient des scores inférieurs à 2,4. Ici, le besoin d'être reconnu socialement (dans le sens être existant et valorisé aux yeux des autres) supplante le sentiment intrinsèque de l'être.

En effet, j'ai pu observer que les participants recherchent activement un feedback positif de la part de l'intervenant et/ou des autres membres du groupe traduisant le besoin d'être valorisé, reconnu et perçu sur un versant positif visant une réassurance de soi.

Enfin, pour ce qui est des **variables faisant référence à l'humeur** des sujets au sein du groupe, on observe pour chacune d'entre elles (*dépressive, apathique, euphorique*) des moyennes très basses (<0,5). Ceci vient corroborer les résultats renvoyant au bien être manifesté par les sujets au sein de l'atelier (score moyen supérieur à 4).

Tableau 2 : récapitulatif des données pour le groupe de sujets Prévention

TABLEAU 2/GROUPE PREVENTION/N=6				
Comparaison des différences de moyennes entre T1 et T2				
	Temps 1 (octobre/novembre /décembre/janvier)	Temps 2 (Mars/avril/mai/ juin)		
Items de la grille d'observation participante	Moyennes (Moy) Et médiane (Med)	Moyennes (Moy) Et médiane (Med)	P	Significativité des différences de moyennes
Items et données faisant référence à l'individu				
<i>Participation verbale</i>	Moy=4,1500 Med=4,5	Moy=4,6917 Med=4,75	0,027	S
<i>Participation non verbale</i>	Moy=4,6458 Med= 4,75	Moy=4,9500 Med=5	0,119	NS
<i>Stimulation (0=beaucoup)</i>	Moy=4,625 Med=4,95	Moy=3,625 Med=3,5	0,026	S
<i>Satisfaction</i>	Moy=4,8958 Med=4,9688	Moy=5 Med=5	0,129	NS
<i>Sentiment de compétence</i>	Moy=3,5250 Med=3,7500	Moy=3,2667 Med=3,2500	0,423	NS
Items et données faisant référence à l'aspect groupal du dispositif (la personne dans le groupe)				
<i>Sentiment de reconnaissance sociale</i>	Moy 3,3792 Med=3,3938	Moy=3,0500 Med=3	0,089	NS
<i>Intégration sociale</i>	Moy=4,7958 Med=4,9438	Moy=4,9500 Med=5	0,129	NS
<i>Communication avec les autres</i>	Moy=3,9125 Med=4,2750	Moy=4,8083 Med=4,9250	0,008	S
<i>Communication avec l'intervenant</i>	Moy=4,4250 Med=4,6500	Moy=4,9000 Med=4,9500	0,032	S
Items et données attrait à l'humeur				
<i>Humeur dépressive</i>	Moy=0,0417 Med= 0	Moy=0 Med=0	0,363	NS
<i>Humeur apathique</i>	Moy=0 Med=0	Moy=0 Med=0	0	NS
<i>Humeur euphorique</i>	Moy=0 Med=0	Moy=0 Med=0	0	NS

S= Significatif (P<0,05)/NS= Non significatif (P>0,05)

Commentaires descriptifs du TABLEAU 2 (sujets prévention)

Concernant les items **faisant référence à l'individu**, on constate que c'est la variable *satisfaction (bien être manifesté par les sujets au sein de l'atelier)* qui obtient les moyennes les plus élevées (>4,8) avec des valeurs médianes (pour les deux périodes temporelles) supérieures à 4,9.

Vient ensuite *la participation tant verbale que non verbale (faisant référence à l'implication dans la réalisation des exercices)* où l'on trouve aussi des moyennes élevées (>4) et des valeurs médianes supérieures à 4,7.

On observe également que cette *participation* (uniquement dans sa dimension verbale) augmente dans le temps (TPS1/Moyenne=4,1500/TPS2/Moyenne =4,6917) et ce, de manière significative (P=0,027). Ainsi, dans la deuxième période (TPS 2), les participants s'inscriraient davantage dans une dynamique d'échange et de partage social dans la réalisation des exercices proposés (qui sont pourtant le plus souvent non-collectifs, c'est-à-dire, chacun son exercice, sa feuille de papier, son crayon).

Pour ce qui est de la variable « *stimulation* », on observe également que la différence des moyennes entre les temps 1 et 2 est significative (P=0,026) mais aussi, que cette différence augmente dans le temps (TPS1=4,625/TPS2 =3,625). C'est-à-dire que la nécessité, de la part de l'intervenant, d'accorder une attention plus particulière au participant dans la réalisation des exercices, s'avère être plus marquée dans la deuxième période. Ceci étant dit, lorsque l'on observe la valeur des moyennes, celle-ci est supérieure à 3,5 venant signifier que cette « nécessité de stimulation » est présente mais reste néanmoins mesurée.

Ce résultat, ainsi que celui venant rendre compte d'une participation verbale plus marquée dans la deuxième période, peuvent s'expliquer par le fait qu'il y a eu un changement d'intervenant entre les deux périodes, à savoir que pendant la première période, l'intervenante habituelle a été remplacée (pour congé maternité). Les participants ont donc été amenés, en cours de cycle, à réajuster leurs comportements face à ce changement d'intervenant qui implique une dynamique d'animation différente, et de fait, une dynamique de groupe différente.

Enfin, les valeurs moyennes correspondant au *sentiment de compétence ou d'efficacité personnelle*, bien qu'étant moins élevées que pour les variables « satisfaction » et « participation », se situent néanmoins bien au dessus de la moyenne de référence (>3,7).

Il en est de même pour les valeurs médianes se situant au dessus de 3,2. Ainsi, globalement, les sujets s'estiment être en capacité de réaliser (sans être aidé) la plupart des exercices proposés.

Pour ce qui est des items faisant référence à **l'aspect groupal du dispositif** (la personne dans le groupe), on constate que c'est le *niveau d'intégration sociale* qui obtient la moyenne la plus élevée (>4,7). On observe également que le *degré communication tant avec les autres (c'est-à-dire entre participants) qu'avec l'intervenant* est élevé (moyennes>3,9) mais aussi, que cette communication augmente significativement entre les temps 1 et 2.

A savoir que c'est pour la variable faisant référence à la *communication avec les autres* que la significativité est la plus haute (P=0,008). En effet, on passe d'une valeur moyenne de 3,9125 pour le temps 1 à une valeur moyenne de 4,8083 pour le temps 2.

Ceci reflète d'une part que dans l'ensemble, chacun des participants s'identifie comme un membre à part entière du groupe reflétant ainsi une très bonne intégration sociale, mais aussi une réelle dynamique de groupe qui a tendance à se confirmer et se consolider dans le temps.

Concernant l'item renvoyant au *sentiment de reconnaissance sociale (reconnaissance de ce que l'individu est par lui-même et par les autres)*, les valeurs obtenues sont certes moins élevées que pour les variables « intégration sociale » et « communication », mais elles restent néanmoins largement supérieures à la moyenne de référence (<3,3) avec des valeurs médianes égales à 3,3938 (TPS1) et 3 (TPS2). Ceci montre à voir que globalement, chacun s'identifie et est identifié comme faisant partie intégrante du groupe et ce, dans une dynamique de gratification et de valorisation témoignée par les uns envers les autres. Un reflet de cohésion de groupe et de non compétition pouvant notamment être attribué au nombre restreint de participants (N=6).

Enfin, concernant les **variables faisant référence à l'humeur** des sujets au sein du groupe, il n'est observé ni *humeur apathique*, ni *humeur euphorique* « moyenne=0). Pour ce qui est de *l'humeur dépressive*, on constate une valeur moyenne très basse (0,0417) et uniquement au temps 1. Tant d'indicateurs supplémentaires venant témoigner du bien-être manifesté par les sujets au sein de cet atelier.

2. Présentation des résultats issus de la démarche qualitative exploratoire

2.1. Caractéristiques des participants ayant rempli le questionnaire d'attentes et de satisfaction

Voici ci-dessous une présentation, sous forme de tableau, des principales caractéristiques prises en compte concernant les participants qui ont rempli le questionnaire d'attentes et de satisfaction.

Caractéristiques	n (nombre de personnes concernées)	
Statut de l'interviewé	Aidants	2
	Sujets MA	12
	Sujets Prévention	5
Participation aux ateliers	Stimulation cognitive (uniquement)	3 (1 MA/ 2 préventions)
	Activité physique (uniquement)	2 (Aidants)
	Les deux	14 (11 MA/3 préventions)

Ainsi, 19 sujets au total ont rempli le questionnaire parmi lesquels on retrouve 12 personnes se situant aux premiers stades d'évolution de la maladie d'Alzheimer, 5 personnes faisant partie du groupe prévention et 2 aidants familiaux. Les usagers de ce dispositif participent soit aux deux ateliers soit à l'un des deux.

2.2. Synthèse des éléments de réponses donnés par les participants au questionnaire d'attente et de satisfaction

Cette synthèse a pour trame les différents thèmes constitutifs du questionnaire. L'objectif est de rendre compte, pour chacun des deux ateliers, de l'ensemble des réponses à la fois qualitatives (réponses aux questions ouvertes) et quantitatives (réponses aux questions fermées et scores aux échelles de likert) apportées par les participants.

Motivations de participation et apports perçus du dispositif des ateliers (réponses aux questions ouvertes)

➤ L'atelier de stimulation cognitive (sujets MA et Prévention N= 17)

Motivations de participation en lien avec les apports perçus de l'atelier

La majorité des sujets (10/17) déclare que ce qui les motive à participer à cet atelier est la possibilité de **faire travailler la mémoire**. « *Ça fait travailler le cerveau* » (MA) ; « *Faire travailler la mémoire* » (Prévention). Ce travail mémoriel est identifié par les sujets comme une ***aide au maintien voire à l'amélioration des capacités cognitives mais aussi, à la remémoration*** « *Ca m'aide, ça me fait rappeler ce que j'oublie* » (MA) ;

« Conserver le bon fonctionnement de la mémoire et maintenir la concentration » (Prévention) ; « Ya des choses qu'on oublie et ça revient beaucoup plus vite » (MA) ;

« Le besoin que l'on ressent d'entretenir sa mémoire qui diminue de plus en plus » (Prévention) ; « Eviter que les difficultés empirent » (MA) ; « J'ai l'impression d'avoir moins de défaillances » (MA) ; « Ne pas laisser s'endormir mes facultés ou même se dégrader » (Prévention). Le discours des sujets laisse également entrevoir que cette stimulation mémorielle s'avère être *rassurante* car elle permet de *lutter de façon concrète contre la perte progressive (perçue par les sujets) des capacités cognitives*. « Essayer d'améliorer les choses » (MA) ; « j'ai l'impression d'avoir moins de défaillances » (MA) ; « Un réalisme, j'ai la mémoire qui flanche du mauvais côté, ça m'oblige à titiller mes capacités (...) c'est salubre » (Prévention) ; « L'inquiétude de la maladie d'Alzheimer qui frappe malheureusement progressivement » (Prévention).

En plus des bienfaits de faire travailler la mémoire, la moitié des sujets (6/12) déclare que cet atelier est également un lieu d'apprentissage et d'enrichissement personnel et ce, plus spécifiquement pour le groupe de sujets MA. « Ça fait réfléchir, on apprend j'aime bien » ; « Ça me fait réfléchir(...) j'arrive à comprendre certaines choses » ; « C'est intéressant d'apprendre, il y a un tas de trucs qu'on apprend » ; « Ça fait travailler la langue française » ; « d'être un peu intelligent ».

La majorité des sujets (N=10) mettent aussi en avant un bénéfice de socialisation qui est cependant représenté différemment selon le groupe (MA/Prévention). Pour ce qui est des sujets MA, le dispositif est appréhendé dans sa *dimension relationnelle et interactionnelle* (qui est propre à l'atelier de stimulation cognitive mais aussi celui d'activité physique). « On peut discuter » ; « Je vois les gens, ça me fait du bien » ; « Voir du monde » ; « Ça rend service de pouvoir parler ».

Les sujets prévention quant à eux mettent davantage en avant *la convivialité* perçue au sein du groupe. « Le contact humain » ; « Très bonne ambiance, pas d'esprit de compétition » ; « Convivialité avec les participants ».

L'ensemble de ces bénéfices perçus (socialisation, apprentissage et enrichissement personnel) est source de bien-être psychologique. Ce bien être perçu est principalement verbalisé par le groupe de sujets MA. « Ça me fait du bien » ; « Pour le moral » ; « Je me sens bien ».

Enfin, certains sujets du groupe MA (N=4) déclarent être dans un environnement non jugeant, chose à laquelle ils semblent attacher de l'importance.

« Je me sens pas jugé » ; « On se sent pas en dessous de vous(...) vous ne m'avez jamais dit quelque chose de désagréable » ; « On est bien accueilli, pas comme des bêtes » ; « On peut exprimer sa maladie ».

Ce sentiment de non jugement, qui de mon point de vue est commun aux deux ateliers, émerge préférentiellement lorsque les sujets sont amenés à parler de l'atelier de stimulation cognitive. Ce dernier étant explicitement centré sur un travail mémoriel peut rendre plus apparent, aux yeux du sujet, son aspect déficitaire l'amenant de fait à être plus soucieux du regard que l'on porte sur sa personne.

➤ **L'atelier d'activité physique (Sujets MA, Prévention et Aidants N= 16)**

Motivations de participation en lien avec apports perçus de l'atelier

La motivation de participation à cet atelier est en lien avec la fonction perçue de ce dernier qui est celle de **faire de la gymnastique**. « Faire de la gym » ; « Faire des mouvements » permettant de se **maintenir en forme physique** qui est source de **bien-être voire de mieux-être physique** (N= 13). « Ça me rend en forme » (MA) ; « J'en fais pas dans la semaine alors ça me fait du bien » (MA) ; « On fait des mouvements qui nous servent bien » (MA) ; « Pour le maintien des capacités fonctionnelles » (Prévention) ; « Pour rester actif le plus longtemps possible et éviter les chutes dues aux faiblesses musculaires » (Prévention) ; « Ne pas laisser s'endormir mes facultés » (Prévention). Cet atelier permet donc à la majorité des sujets d'être **physiquement actif** ce qui est générateur d'une bonne santé physique.

Aucun sujet ne déclare que cet atelier remplit également une fonction de stimulation voire de maintien des capacités cognitives. On constate donc une totale invisibilité de cette dimension thérapeutique au sein de cet atelier.

Tout comme pour l'atelier de stimulation cognitive, la majorité des participants (N=10) met en avant la **dimension sociale** de l'atelier en tant que **lieu d'interactions et de relation** « On voit du monde » (MA) ; « Rencontrer d'autres personnes » (Prévention).

Pour ce qui est des **aidants familiaux** (N=2), c'est cette même dimension sociale, en termes d'apports et de motivation de participation, qui est principalement mise en avant. « La relation avec d'autres personnes » ; « Ça permet de voir du monde, ça me fait du bien ».

➤ **Le dispositif dans sa globalité (activité physique & stimulation cognitive)**

La majorité des sujets déclare avoir le sentiment que les ateliers auxquels ils participent leur permettent de **maintenir leurs capacités** physiques et/ou cognitives ce qui est source de bien-être pour eux-mêmes. Ce bien-être perçu est également nourri par la **dimension sociale** des ateliers. En effet, les participants appréhendent le dispositif comme un lieu d'interactions et de relations permettant de **créer des liens sociaux** mais aussi, de **rompre le sentiment d'isolement social** (représenté dans le fait de rester chez soi, de ne pas s'extérioriser). « Ça permet de voir du monde » (prévention) ; « De ne pas être seule à la maison » (MA) ; « Ça me fait du bien, ça me permet de sortir », « Ils (les ateliers) nous forcent à sortir d'une certaine tendance à rester chez soi » (Prévention) ; « Je suis avec d'autres personnes que mon mari » (Aidant) ; « Ça fait sortir » (MA).

Les sujets **portent un jugement positif tant sur les participants que sur les intervenants** en mettant en avant un climat de **convivialité**. « Les gens qui font (les intervenants) sont sympathiques » (MA) ; « C'est convivial » (MA) ; « Très bonne ambiance » (Prévention) ; « Le Fil rouge forme une équipe très compétente » (Prévention) ; « Intervenants très bien » (MA) ; « convivialité avec les participants » (Prévention) ; « les gens sont agréables, les intervenants sont sympathiques » (Aidant) ; « J'ai l'impression d'être dans ma famille » (MA).

Attentes/Satisfaction/Besoins (réponses aux questions fermées et moyennes des scores aux échelles de likert)

Voici-ci-dessous, sous forme de tableaux, un récapitulatif des réponses (d'ordre quantitatives) selon l'atelier et les caractéristiques des personnes interrogées.

ATELIER D'ACTIVITE PHYSIQUE						
Sujets	Répond aux attentes	Satisfaction (Scores moyens à l'échelle de Likert en 5 points)			Besoins complémentaires OUI/NON	Désir de poursuivre OUI/NON
		Déroulement	Contenu	Echanges		
MA (N=11)	OUI= 10 sujets NON= 1 sujet	4,54	4,27	4,45	NON= 100% des sujets	OUI= 10 sujets NON= 1 sujet
Prévention (N= 3)	OUI= 100% des sujets	5	5	5	NON= 2 sujets OUI= 1 sujet	OUI= 100% des sujets
Aidants (N=2)	OUI= 100% des sujets	4,5	4,5	3,25	NON= 100% des sujets	OUI= 100% des sujets
Moyenne globale grp MA= 4,42 Moyenne globale grp prévention= 5 Moyenne globale grp Aidant= 4,08						

ATELIER DE STIMULATION COGNITIVE						
Sujets	Répond aux attentes	Satisfaction (Scores moyens à l'échelle de Likert en 5 points)			Besoins complémentaires OUI/NON	Désir de poursuivre OUI/NON
		Déroulement	Contenu	Echange		
MA (N=12)	OUI= 100% des sujets	4,54	4,66	4,91	NON= 100% des sujets	OUI= 100% des sujets
Prévention (N=5)	OUI= 100% des sujets	4,8	4,8	4,8	NON= 3 sujets OUI= 2 sujets	OUI= 100% des sujets
				Moyenne globale grp MA= 4,70		
				Moyenne globale grp prévention= 4,8		

- La quasi-totalité des sujets déclare être satisfait (scores supérieurs à 4) du ou des ateliers auxquels ils participent et ce, tant pour ce qui est des échanges en leur sein que de leur contenu et de leur déroulement. « *Formidable* » (MA) ; « *Ça me satisfait énormément* » (MA) ; « *C'est un bonheur de venir, je me sens bien ici* » (MA) ; « *Je suis très satisfait* » (Prévention) ; « *Très bien* » (Prévention).

- Le dispositif répond aux attentes des usagers se situant principalement dans le maintien des capacités physiques et /ou cérébrales et la possibilité de créer des liens sociaux.

- Il n'y a pas de besoins complémentaires qui apparaissent hormis pour 4 personnes. Deux d'entre elles (appartenant au groupe prévention) souhaiteraient combiner les ateliers d'activité physique avec des séances de taïchi « *Si une séance de taïchi pouvait être incluse ce serait parfait* ». Deux autres participants aimeraient quant à eux, que d'autres activités soient parfois organisées en parallèle des ateliers « *Faire d'autres activités en plus des ateliers* » (MA) ; « *Peut-être des sorties éventuelles ou autre pour ne pas rompre le fil, le lieu, l'attachement* » (Prévention).

- La totalité des sujets déclare souhaiter poursuivre leur participation aux ateliers aussi longtemps que leur santé le leur permettra. « *Si la santé le permet* » ; « *tant que je pourrai venir, je viendrai* ».

III. DISCUSSION

1. Interprétation des principaux résultats obtenus au travers des deux différentes méthodes d'analyse (qualitative/quantitative)

Parmi l'ensemble des résultats issus des différentes méthodes d'analyse, nous nous attacherons plus particulièrement à interpréter ceux faisant référence à l'atelier de stimulation cognitive car c'est préférentiellement sur cet atelier que porte ce travail d'évaluation (2010/2011). Rappelons que cette étude a pour principal objectif de mettre en évidence la manière dont les participants investissent et vivent cet atelier sur la base, d'une part, des comportements directement observables (démarche quantitative via la grille d'observation participante) et d'autre part, au travers de leurs propres témoignages concernant notamment leurs attentes et l'apport perçu de ce dispositif (démarche qualitative via le questionnaire d'attentes et de satisfaction).

Ici, on observe que les résultats issus du questionnaire d'attente et de satisfaction viennent alimenter ceux observés au travers de la grille d'observation participante. En effet, la mise en relation des témoignages des sujets avec les comportements observés mettent en lumière plusieurs pistes de réflexion (détaillées ci-dessous) permettant de mieux comprendre à partir de quelles logiques les personnes investissent et vivent cet atelier.

Mise en lien de la variable participation avec la fonction thérapeutique perçue du dispositif (Sujets MA et Prévention)

Au travers des différents témoignages, on observe que la majorité des participants (MA et Prévention) s'inscrivent dans *la fonction première de l'atelier qui est celle de stimuler les fonctions cognitives*. En effet, l'une des motivations de participation à cet atelier est de faire travailler sa mémoire. De plus, cette stimulation mémorielle est perçue comme étant thérapeutique car elle permettrait de maintenir voire d'améliorer les capacités cognitives (perçues comme déclinantes). Ce résultat peut être mis en relation avec *la forte implication (renvoyant à la variable « participation verbale/non verbale »)* des sujets dans la réalisation des exercices. En effet, on peut supposer que cette implication est alimentée par les bénéfices perçus de la stimulation cognitive (issus des témoignages des participants) : maintien voire amélioration des fonctions mnésiques et sentiment de remémoration.

La fonction socialisante perçue de l'atelier en lien avec le haut niveau d'intégration sociale et de communication au sein de l'atelier (sujets MA et Prévention)

Les résultats quantitatifs mettent en lumière d'une part, que dans l'ensemble, chacun *s'identifie et est identifié comme un membre à part entière de son groupe d'appartenance (variable intégration sociale)* et d'autre part, qu'il n'y a *pas de carence en terme d'échanges tant verbaux que non verbaux (variable communication)* au sein de chacun des deux groupes. Ceci vient signifier qu'il n'y a pas de mise à l'écart et que les sujets s'inscrivent bien dans une dynamique de groupe au sein duquel chacun existe, échange et communique. Ainsi, l'aspect groupal du dispositif offre la possibilité au participant d'interagir et de fait, de créer des liens sociaux, de s'ouvrir aux autres. Ce sont par ailleurs *les bénéfiques que la plupart des sujets retiennent (apports perçus de l'atelier)*. On observe donc que cet atelier (en plus de faire travailler la mémoire) remplit une fonction socialisante pour les sujets, vecteur facilitateur d'intégration sociale et de communication interindividuelle (également observée au sein de l'atelier d'activité physique). Ceci étant dit, cette fonction de socialisation est appréhendée différemment selon le groupe. En effet, pour le groupe de sujets MA, la dimension sociale du dispositif se situe dans une dynamique relationnelle et interactionnelle, dans le sens voir du monde et être avec du monde. Ici, c'est le maintien de l'identité sociale qui est en jeu, c'est-à-dire, de continuer à être perçu comme étant existant au travers du regard d'autrui. Ce besoin de regain de son identité sociale peut être imputé au fait que les sujets de ce groupe souffrent de déclin cognitif pouvant être considéré comme étant propice à une mise à l'écart, à une exclusion sociale et de fait à une perte progressive de son identité sociale. Les sujets du groupe prévention quant à eux, mettent davantage en avant la convivialité perçue au sein du groupe. Ici, les bénéfiques de socialisation se situent davantage dans le plaisir de revoir chaque semaine « ses camarades » émanant des affinités qui se sont créées entre les uns et les autres au fil du temps.

Bien-être perçu (témoigné par les usagers) et observé (via la variable satisfaction) en lien avec les attentes et les apports perçus de l'atelier

Il est observé, au travers des deux différentes méthodes d'analyse, que cet atelier est *source de bien-être et de satisfaction* pour la majorité des sujets et ce, indépendamment de leur groupe d'appartenance. Ici, on peut envisager que ce sont les apports perçus de l'atelier qui viennent alimenter ce bien être manifesté par les usagers.

Il y a tout d'abord le bénéfice de socialisation (développé précédemment) qui est posé dans sa dimension relationnelle mais aussi interactionnelle, source de bien être en termes de « santé sociale ».

Ensuite, les résultats qualitatifs ont mis en évidence que l'une des motivations de participation à cet atelier est de faire travailler la mémoire. Le déclin de celle-ci (perçu à des niveaux différents selon le groupe) constitue une réelle préoccupation pour les participants. Ici, la stimulation des fonctions cognitives est envisagée comme permettant de lutter de façon concrète contre la perte de mémoire. En effet, les sujets perçoivent pour bénéfique de cette stimulation un maintien voire une amélioration de leurs capacités mnésiques. Cette stratégie d'ajustement (stimulation cognitive) centrée sur le problème (perte de mémoire) est perçue par les sujets comme efficiente ce qui s'avère être rassurant pour eux-mêmes et de fait, source de bien, voire de mieux-être psychologique.

Puis, en plus de ces bienfaits liés à la stimulation mémorielle, il a également été mis en évidence que l'atelier de stimulation cognitive est appréhendé, pour le groupe de sujets MA, comme un lieu d'apprentissage et d'enrichissement personnel. Ceci peut générer chez ces personnes, atteintes de troubles neurodégénératifs, un sentiment de « valorisation ou de revalorisation de soi » : « *d'être un peu intelligent* » (Sujet MA).

A cela s'ajoute le fait que l'atelier de stimulation cognitive est perçu par ce même groupe, comme étant un environnement non jugeant. C'est-à-dire, comme un lieu de non stigmatisation des difficultés rencontrées, des déficiences mnésiques ou encore, de la maladie d'Alzheimer. Ceci peut générer, chez la personne atteinte, « un regain » de son identité individuelle dans le sens : rétablir une image et une estime de soi positive et satisfaisante.

Enfin, il n'est pas apparu de manière significative (tant pour les sujets MA que prévention) d'humeur dépressive, apathique ou encore euphorique chez la majorité des participants.

Tant d'indicateurs complémentaires venant témoigner et rendre compte du bien-être manifesté au sein du dispositif.

2. Limites de l'étude

Les résultats qui ont pu être mis en évidence offrent des perspectives d'application qui feront l'objet d'un développement ultérieur. Cependant, ces derniers doivent néanmoins être considérés avec une certaine prudence au regard des limites que présente ce travail d'évaluation.

L'une d'entre elles concerne tout d'abord la méthodologie de recueil d'informations par observation participante. Malgré la prise en compte d'indicateurs ciblés et précis, elle comporte néanmoins un biais qui est celui de la subjectivité du chercheur. Celle-ci fut d'autant plus grande dans la mesure où c'est moi-même qui ai coté les échelles de likert propre à chaque comportement observé.

Malgré le fait d'en avoir conscience et de rester vigilante quant à mes observations, une large place est laissée à la subjectivité et à l'interprétation souvent guidées par ses propres représentations de la situation. Les résultats obtenus ne peuvent donc pas être totalement « objectifs ».

Puis, tout comme dans le cadre du mémoire de recherche réalisé durant l'année 2009/2010, ce travail d'évaluation repose sur un échantillon de population relativement restreint ne concernant, de fait, qu'une part infime des personnes touchées ou concernées par la maladie d'Alzheimer et inscrites dans ce type d'accompagnement thérapeutique non médicamenteux. Ceci ne permet donc toujours pas une généralisation des résultats obtenus.

Une dernière remarque peut être formulée concernant les conditions de passation des questionnaires et ce, concernant plus spécifiquement les sujets MA.

Dans le simple fait de soumettre le questionnaire en entretien direct amène la personne interrogée à se sentir regardée et écoutée ce qui peut être propice au biais de désirabilité sociale. Ceci amène les sujets à vouloir donner une bonne image d'eux-mêmes pouvant s'avérer d'autant plus exacerbée avec des personnes souffrant de déclin cognitif et pour lesquelles, la dimension identitaire prend une place importante. L'existence de cette relation interdépendante entre les interlocuteurs au cours d'un entretien peut impliquer des stratégies de présentation de soi pouvant ainsi altérer la pleine authenticité des réponses apportées aux questionnaires.

3. Perspectives d'applications

Les résultats mis en évidence apportent des éléments d'informations sur la manière dont les participants vivent et appréhendent l'atelier auquel ils participent. C'est notamment à partir de ce « vécu » que sont envisagées les perspectives d'applications qui sont développées ci-dessous.

Tout d'abord, les résultats issus du mémoire de recherche réalisé durant l'année 2009/2010 avaient mis en lumière une propension, de la part des sujets atteints de troubles cognitifs, à normaliser le dispositif des ateliers via une minimisation de sa dimension thérapeutique au profit de bénéfices de socialisation. Pour ce qui est des résultats issus de ce présent travail d'évaluation, la dimension sociale des ateliers est toujours présente mais on observe également, au travers des témoignages des participants, que cette « minimisation » a tendance à être levée. En effet, ici, les participants, mettent davantage en avant l'un des principaux objectifs de l'atelier auquel ils participent (faire travailler la mémoire) qui est majoritairement perçu comme un moyen concret de lutter contre le déclin cognitif.

Ainsi, progressivement, au fil des mois voire des années pour certains, les participants s'emparent du dispositif, de ses objectifs notamment thérapeutiques, des bénéfices potentiels qu'ils peuvent en retirer sur le plan cognitif mais à un rythme qui est le leur. C'est-à-dire que, dans les premiers temps de participation, le déclin cognitif peut être invisibilisé (car risque de mise à mal de sa propre identité tant sociale qu'individuelle) et, une fois intégrés dans le dispositif, une fois la relation de confiance instaurée entre usagers et intervenants (impulsée notamment par la dimension de non jugement perçu au sein du dispositif), les participants en viennent davantage à exprimer leur perte de mémoire et les stratégies permettant d'y faire face (participer aux ateliers de stimulation cognitive par exemple). Suite à ce constat, il pourrait être envisagé dans un premier temps de mettre plus en avant la dimension thérapeutique du dispositif (puisque'elle est nommée par les participants), ses tenants et ses aboutissants, les bénéfices perçus (maintien voire amélioration des capacités cognitives) et ce, tant auprès des futurs participants que des usagers eux-mêmes. Ceci étant dit, il semble que, pour la majorité, l'aspect thérapeutique de l'atelier n'est concrètement appréhendé par les personnes qu'une fois le dispositif expérimenté par eux-mêmes. Ainsi, en termes de modalités d'intégration au sein de l'atelier, il peut être préférable de **continuer à laisser les personnes libres de s'approprier le dispositif**, à l'instar d'une signification « objectivée » de ce dernier. C'est-à-dire, de permettre à chaque personne d'intégrer, à son rythme, le dispositif, le groupe et ce, en fonction de leurs propres motivations et critères de participations. Le respect de ce rythme offre la possibilité aux personnes de cheminer sur le pourquoi de cette participation et sur les bénéfices qu'elles peuvent en retirer et de fait, de possiblement s'emparer de cette approche thérapeutique non médicamenteuse.

Puis, les résultats issus de la grille d'observation participante ont mis en évidence que l'atelier de stimulation cognitive remplit (en plus de sa fonction thérapeutique) une fonction socialisante pour les sujets mais que celle-ci est appréhendée différemment selon le groupe. En effet, pour ce qui est du groupe prévention, les sujets s'inscrivent davantage dans une dimension affective et amicale dans le sens où ils sont attachés les uns aux autres mais aussi à l'intervenant. Par ailleurs, le changement de ce dernier en cours de cycle a généré un changement de comportement chez les participants. La dynamique de ce groupe se réfère à la camaraderie, la convivialité et au plaisir de se retrouver chaque semaine. Par ailleurs, certains des participants de ce groupe ont développé une relation amicale à l'extérieur des ateliers ce qui n'est pas le cas concernant le groupe de sujets MA.

Pour ce qui est de ce groupe, la dynamique qui s'y dégage est différente car les enjeux psychosociaux ne sont pas les mêmes.

Ici, la dimension sociale du dispositif remplit une fonction de maintien de l'identité sociale et individuelle (être et exister aux yeux d'autrui). Les participants, de par leurs troubles cognitifs perçus, sont davantage centrés sur l'image qu'ils renvoient aux autres et sur le besoin d'être socialement et individuellement reconnus et valorisés.

Ces différences de dynamique observées selon le groupe peuvent constituer des « clés » aux intervenants en matière de technique d'animation. Ici, il peut donc être envisagé **une réunion de travail** avec les intervenants des ateliers pour leur faire part de ces différents enjeux psychosociaux repérés au sein des groupes afin qu'ils puissent, le cas échéant, ajuster la technique et les modalités de leurs interventions.

Enfin, une dernière réflexion porte sur le groupe de sujets MA où il a été observé, au travers des questionnaires, une verbalisation de leurs troubles de la mémoire ainsi que les bénéfices qu'ils tiraient de leur participation à l'atelier de stimulation cognitive (maintien, amélioration, remémoration). Ici, les membres de ce groupe se sont saisis de cet espace destiné à s'exprimer sur les apports de l'atelier auquel ils participent (passation du questionnaire en entretien direct) pour verbaliser, nommer, cette perte de mémoire dont ils souffrent en la mettant en lien avec le pourquoi de cette stimulation mémorielle (verbalisation qui fut moins apparente lors des entretiens menés dans le cadre du mémoire de recherche). Ce constat amène à envisager la mise en place, de façon ponctuelle, **d'un espace d'écoute auprès de ce groupe en particulier**. Ce dernier aurait pour objectifs d'une part, de permettre aux participants de laisser libre cours à l'expression de leur perte de mémoire dans un autre contexte que celui d'un travail mémoriel.

D'autre part, cet espace permettrait également de recueillir de l'information concernant le vécu et les apports perçus de ce dispositif, dans le but toujours d'ajuster notre pratique professionnelle aux attentes et aux besoins des usagers. Autrement dit, il s'agirait ici de poser un cadre favorable à l'expression des participants. Pour ce faire, cet espace d'écoute pourrait être proposé dans le même lieu que celui où se déroule l'atelier de stimulation cognitive, contexte pouvant être facilitateur de l'expression du déclin cognitif perçu.

PARTIE 3

PRESENTATION DU RAPPORT D'ÉVALUATION DE L'ATELIER D'ACTIVITE PHYSIQUE (2011/2012)

Rappelons les objectifs de ce travail d'évaluation :

- En plus d'un apport d'informations et de connaissances, mettre en évidence la façon dont les participants investissent et vivent cet atelier sur la base des comportements directement observables.
- Rendre compte de l'apport, du niveau de satisfaction ainsi que des attentes des usagers concernant le dispositif des ateliers dans sa globalité (activité physique et stimulation cognitive).

I. METHODOLOGIE

1. Population

L'atelier d'activité physique regroupe une vingtaine de personnes. Comme cité précédemment, l'agencement des groupes (comprenant chacun entre 9 et 12 personnes) est déterminé en fonction de la répartition des participants au sein de l'atelier de stimulation cognitive. En effet, pour cet atelier, « l'atteinte » cognitive ne fait pas parti des critères d'agencement des groupes rendant ces derniers plutôt hétérogènes (aidants, MA et prévention au sein d'une même séance).

La participation et la régularité, en termes de présence au sein de l'atelier d'activité physique, furent les principaux critères d'inclusion des personnes dans cette évaluation. A savoir que les aidants familiaux n'ont pas été inclus car trop peu nombreux. Ainsi, l'échantillon total de sujets est constitué de 18 personnes comprenant les caractéristiques présentées dans le tableau ci-dessous.

PRESENTATION DES CARACTERISRIQUES DE LA POPULATION

Sujets	Sexe	Age	MA/Prévention
1	F	83	MA
2	F	82	MA
3	H	88	MA
4	H	65	MA
5	F	85	MA
6	H	78	MA
7	F	76	MA
8	F	75	MA
9	F	80	MA
10	H	74	MA
11	F	84	MA
12	F	61	MA
13	F	87	PREV
14	F	79	PREV
15	H	74	PREV
16	H	74	PREV
17	H	79	PREV
18	F	87	PREV

Ainsi, les dix-huit personnes intégrées dans cette étude présentent les caractéristiques suivantes : 7 hommes et 11 femmes/12 personnes se situant au premier stade d'évolution de la maladie d'Alzheimer (groupe MA) et 6 personnes appartenant au groupe prévention/La moyenne d'âge est de 78,7 ans et l'ensemble des sujets participe à l'atelier d'activité physique.

2. Méthodes

Ce travail d'évaluation s'inscrit dans une démarche descriptive et exploratoire basée sur une double méthodologie à la fois quantitative et qualitative dont voici ci-dessous une description de chacune d'entre elles.

2.1. Démarche quantitative (spécifique à l'atelier d'activité physique)

2.1.1. Procédure

Dans le cadre de cette démarche, je me suis appuyée sur le même outil de recueil d'information que celui utilisé pour évaluer l'atelier de stimulation cognitive. A savoir que cet outil a été modifié pour que le recueil de données soit adapté à l'atelier d'activité physique.

Il comprend plusieurs items permettant d'appréhender différentes dimensions telles que le degré d'autonomie dans la réalisation des activités, le bien-être manifesté ou encore le niveau d'intégration dans le groupe et ce, pour chacun des participants présents. Ici, l'ensemble des éléments d'information a été recueilli par moi-même via la méthodologie d'observation participante. Cette dernière consiste à recueillir des éléments d'information tant objectifs que subjectifs, de dégager la dynamique et le sens des comportements en étant soi-même immergé et intégré dans la réalité de la personne ou du groupe observé (Fischer, Tarquinio, 2006).

Les données ont été recueillies une fois par mois, de septembre 2011 à mai 2012 (à savoir que le mois d'octobre est manquant). Ce découpage temporel offre la possibilité d'observer les résultats obtenus pour chaque groupe (sujets MA/sujets prévention) tout au long de l'année de participation permettant de rendre compte de l'évolution potentielle des comportements observés.

2.1.2. Notions théoriques mobilisées sur le terrain

Pour mener ce travail de recueil d'informations au sein de l'atelier mais aussi pour affiner ma grille de lecture et cibler les indicateurs les plus pertinents, j'ai focalisé mon attention (tout comme pour l'atelier de stimulation cognitive) sur ce que l'on appelle « la dynamique des groupes restreints » (Anzieu, Martin, 2007).

Le groupe dit restreint est caractérisé par sa taille réduite (n'excède pas 25 personnes). Ce type de groupe permet aux individus d'échanger et d'interagir et de fait, offre la possibilité au chercheur d'observer et d'analyser la dynamique qui s'y dégage. On entend par **dynamique de groupe** l'ensemble des phénomènes, mécanismes et processus psychiques et sociologiques qui émergent et se développent dans les petits groupes sociaux dit « groupes restreints ». Les processus de groupe peuvent être analysés via différents courants théoriques.

Ici, j'ai choisi de privilégier l'approche interactionniste (Bales 1950, cité par Abric, 2008), car celle-ci permet d'analyser les interactions interindividuelles observables au sein d'un groupe restreint.

Plus précisément, il s'agit ici, d'observer les comportements socio-affectifs positifs (solidarité, détente, accord) et négatifs (désaccord, mise en échec, tension, opposition).

Dans le cadre de l'observation des ces interactions, j'ai attaché une attention toute particulière à la **dimension non verbale du langage** car de mon point de vue (en plus du contexte dans lequel se déroule les interactions), c'est un canal de communication qui permet de dégager le sens sous-tendu par le discours, de comprendre ce qui est dit mais aussi et surtout comment cela est dit. La communication entre individu ne se limite pas au langage et aux mots utilisés. En effet, en plus du système verbal, il y a également un ensemble d'éléments acoustiques (l'intonation de la voix), physiques (l'organisation dans l'espace) et visuels (les gestes et les mimiques). A cela s'ajoute le contexte spécifique dans lequel se déroulent les interactions. C'est la prise en compte de l'ensemble de ces « systèmes de signes » qui va permettre de donner du sens.

Le langage non verbal paraît donc avoir pour spécificité d'être le support privilégié pour l'expression des sentiments et des émotions. Les expressions du visage, les mimiques, les gestes positifs et négatifs, le regard, les postures témoignent davantage de la réalité de l'être.

Enfin, je me suis également appuyée sur le concept dit de **Feedback**. Ce dernier est défini comme « *un processus permettant le contrôle d'un système (mécanique, physiologique, social) en l'informant des résultats de son action* ». (Wiener 1950, cité par paquette, 1987).

Dans un contexte psychosocial, ce concept de feedback sous-entend, de manière « simplifiée », que face à un but ou un objectif à atteindre, la personne va réguler et ajuster son comportement en fonction du retour qu'un ou que plusieurs autrui vont lui renvoyer. Processus de régulation du comportement en fonction d'une finalité donnée. Ce feedback a une fonction de renfort positif (maintien du comportement jugé adapté) ou négatif (amenant une modification ou un réajustement du comportement).

Ce concept peut être transposé au sein du dispositif des ateliers et plus spécifiquement, celui d'activité physique. En effet, ici le principe de feedback tant positif que négatif est beaucoup utilisé par l'intervenant permettant aux participants un réajustement régulier des gestes et mouvements à réaliser constituant ainsi une guidance posturale permanente.

Cette autorégulation des comportements en fonction du feedback (positif ou négatif) donné par l'intervenant peut être mise en relation avec le sentiment de compétence des participants à réaliser le mouvement demandé (faisant parti de l'un des indicateurs de la grille d'observation participante).

2.1.3. Présentation de la grille d'observation participante

Voici ci-après une présentation de l'outil utilisé pour mener cette évaluation par observation participante auprès des participants de l'atelier d'activité physique. Cet outil englobe 6 grandes dimensions. Chacune d'entre elles comprend différents items qui sont mesurés via une échelle de likert en 5 points.

Chaque dimension de l'outil présenté ci-dessous est détaillée (surligné en bleu) de façon à mieux comprendre d'une part ce qui est observé et d'autre part, au travers de quels indicateurs.

GRILLE D'OBSERVATION PARTICIPANTE DE L'ATELIER D'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Date :

Évalué par :

Nom (**du participant**) :

Heure : (**permet d'identifier de quel groupe il s'agit**)

1/ Participation générale

Degré de participation à la séance de manière générale (implication)

Faible implication

Forte implication

0

1

2

3

4

5

Il s'agit d'observer, de manière globale, l'implication des participants dans la réalisation des différents exercices.

2/ Degré d'autonomie dans la réalisation des activités

Est-il nécessaire d'accorder une attention plus particulière à la personne dans la réalisation des activités proposées ?

C'est-à-dire, d'accorder au participant une attention plus particulière, qui va être identifiée selon les difficultés qu'il rencontre au moment de l'activité.

J'ai retenu 3 supports (l'élastique, le ballon et la rivière) car c'est avec ces derniers que sont réalisés la majorité des exercices.

Chaque point de l'échelle de likert (de 0 à 4) est détaillé de manière à graduer, le plus précisément possible, les difficultés potentielles que peuvent rencontrer les participants.

Activités	0	1	2	3	4
L'élastique	Besoin d'être assisté tout au long de l'exercice	Besoin d'aide pour positionner l'élastique, d'une amorce et d'un support visuel	Besoin d'aide pour positionner l'élastique et d'une amorce	Positionne élastique seul(e) plus amorce	Exercice réalisé seul(e) de bout en bout
Le ballon	Besoin d'être assisté pour chacun des exercices	Besoin d'être assisté pour plus de la moitié des exercices	Besoin d'aide uniquement pour les exercices les plus complexes (8 etc.)	Exercices réalisés sans aide mais avec un support visuel constant	L'ensemble des exercices sont réalisés sans aide et sans support visuel constant
La rivière	Perte d'équilibre même avec un appui permanent	Pas de perte d'équilibre mais avec un appui permanent	Exercice réalisé sans appui en posant plusieurs fois le pied au sol et avec la présence (à côté) de l'intervenant	Exercice réalisé seul(e) (sans appui) en posant plusieurs fois le pied au sol	Exercice réalisé seul(e) (sans appui), avec aucune ou très peu de perte d'équilibre

3/Bien être manifesté

Mal être

Grand bien être

0

1

2

3

4

5

Il s'agit de repérer le bien être manifesté ou non par les participants au sein de l'atelier au travers de ce qui est exprimé au niveau verbal (qu'est ce qui est dit) et non verbal (expressions du visage, mimiques, gestes positifs et négatifs, regards, postures).

4/ Auto-efficacité (sentiment de compétence)

Est-ce que la personne s'estime être à la hauteur de ce qui lui est demandé pendant la séance ?

S'estime pas du tout

S'estime tout à fait

à la hauteur

à la hauteur

0

1

2

3

4

5

Ce que j'ai nommé « sentiment de compétence » se réfère au concept d'auto efficacité ou de sentiment d'efficacité personnelle (Bandura, 2007). Ce concept renvoie à « la croyance de l'individu en sa capacité d'organiser et d'exécuter la ligne de conduite requise pour produire des résultats souhaités ».

Ici, ce sentiment de compétence est identifié au travers de ce que la personne exprime au moment de la réalisation des activités.

Le sentiment de compétence (dans le sens se sentir capable de) peut être alimenté notamment par les feedback positifs de la part de l'intervenant envers l'utilisateur.

Les deux dimensions ci-après (intégration sociale et communication) sont appréhendées à travers la dimension groupale du dispositif. Ici, je me suis intéressée à la place de l'individu dans le groupe.

5) Intégration sociale

Niveau d'intégration dans le groupe ?

Pas du tout intégré

Très bien intégré

0

1

2

3

4

5

Il s'agit de repérer si la personne s'identifie et si elle est identifiée par les autres comme un membre à part entière du groupe dont elle fait partie. Pour se faire, l'observation est centrée sur la dynamique globale du groupe, sur son mode de fonctionnement. Est-ce que cela convient ou non au participant ? Ici, les indicateurs sont les attitudes, les comportements, les échanges.

6/Communication

Quel est le degré de communication (verbale et/ou non verbale) **avec les autres** participants ?

Très faible

Excellent

0

1

2

3

4

5

Quel est le degré de communication (verbale et/ou non verbale) **avec l'intervenant** ?

Très faible

Excellent

0

1

2

3

4

5

Le degré de communication (verbale et/ou non verbale) avec les autres et avec l'intervenant est un indicateur supplémentaire permettant d'identifier l'intégration ou non de la personne au sein du groupe.

Une carence en termes d'échanges (verbaux et non verbaux) de la part du participant peut être considérée comme un défaut d'intégration, un retrait voire une mise à l'écart.

2.1.4. Méthode d'analyse des résultats de la grille d'observation participante

Les résultats issus de la grille d'observation participante ont été traités via le calcul de la moyenne arithmétique des scores obtenus, mois après mois, pour chaque item de la grille pour les groupes MA et Prévention. L'ensemble de ces données chiffrées ont été rassemblé dans un tableau synoptique figurant dans la partie résultats.

2.2. Démarche qualitative exploratoire (appliquée aux deux ateliers)

2.2.1. Procédure

Dans le cadre de cette démarche, j'ai utilisé le questionnaire d'attente et de satisfaction que j'avais élaboré l'année précédente dans le cadre de l'évaluation de l'atelier de stimulation cognitive.

Ce questionnaire porte sur les deux ateliers et a été soumis, en fin de cycle (à l'issue des 9 mois de participation), à l'ensemble des personnes participant soit à l'un des deux ateliers, soit aux deux.

Ce questionnaire a pour objectif d'apporter des éléments d'informations complémentaires aux données recueillies à l'aide de la grille d'observation participante, mais aussi, d'appréhender le dispositif dans sa globalité, c'est-à-dire sur l'atelier d'activité physique et de stimulation cognitive. Les différentes questions posées sont conçues de manière à ce que les personnes étayent au plus possible leurs réponses et leur réflexion sur notamment leur motivation de participation aux ateliers, de ce que ces derniers leur apportent, s'ils en sont satisfaits ou encore, si ces ateliers auxquels ils participent répondent ou non à leurs attentes (offrant ainsi un matériel discursif riche et diversifié propre à la démarche dite qualitative).

Pour ce qui est des modalités de passation du questionnaire, deux techniques différentes ont été employées et ce, en fonction du groupe (MA/Prévention).

En effet, concernant les sujets MA, j'ai utilisé la technique d'hétéro-passation ou encore d'entretien direct, c'est-à-dire que c'est moi-même qui ai posé les questions aux sujets. L'objectif étant de faciliter la démarche pour les personnes et surtout, d'éviter qu'elles ne soient mises en difficulté voire en échec car en effet, répondre à un questionnaire lorsque l'on souffre de déclin cognitif peut s'avérer être une tâche fastidieuse et complexe.

Pour ce qui est du groupe prévention (sujets ne présentant pas de troubles de type neurodégénératifs), c'est la technique d'auto-passation qui a été employée, c'est-à-dire que ce sont les sujets eux-mêmes, en mon absence, qui ont rempli le questionnaire.

Le questionnaire a été soumis aux participants durant le mois de juin 2012 et en voici ci-après la présentation.

2.2.2. Présentation du questionnaire d'attentes et de satisfaction

QUESTIONNAIRE D'ATTENTES ET DE SATISFACTION DES ATELIERS PIN VERT

Date :

Ateliers auxquels la personne participe :

Activité physique

Stimulation Cognitive

Pouvez-vous préciser en quelques mots

Qu'est-ce qui vous motive à participer à ces ateliers ?

Atelier mémoire	Atelier d'activité physique

Pouvez-vous me dire ce que ces ateliers vous apportent ?

Atelier mémoire	Atelier d'activité physique

Ces ateliers répondent-ils à vos attentes ?

OUI (dans quelle mesure ?)

Atelier mémoire	Atelier d'activité physique

NON (dans quelle mesure ?)

Atelier mémoire	Atelier d'activité physique

Niveau de satisfaction des ateliers.

Le déroulement des séances (la manière dont cela se passe en général)

Activité physique

Insatisfait

Très satisfait

0 1 2 3 4 5

Commentaires.....
.....

Atelier mémoire

Insatisfait Très satisfait
0 1 2 3 4 5

Commentaires.....
.....

Contenu des séances (les exercices proposés)

Activité physique

Insatisfait Très satisfait
0 1 2 3 4 5

Commentaires.....
.....

Atelier mémoire

Insatisfait Très satisfait
0 1 2 3 4 5

Commentaires.....
.....

Les échanges avec les participants

Activité physique

Insatisfait Très satisfait
0 1 2 3 4 5

Commentaires.....
.....

Atelier mémoire

Insatisfait Très satisfait
0 1 2 3 4 5

Commentaires.....
.....

Concernant ces ateliers auxquels vous avez participé tout au long de cette année, est ce que des besoins complémentaires apparaissent ?

Activité physique	Atelier mémoire
<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> OUI
<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NON
Si oui, lesquels.....	

Désirez-vous poursuivre ces ateliers l'année prochaine ?

Activité physique	Atelier mémoire
<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> OUI
<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> NE SAIS PAS	<input type="checkbox"/> NE SAIS PAS

2.2.3. Méthode d'analyse des résultats

Pour dépouiller les questionnaires, je me suis appuyée sur la méthode d'analyse de contenu (Bardin, 2007) qui consiste à normaliser et à décrire des données à contenu sémantique. C'est-à-dire, à décomposer un corpus en unité de signification selon une grille ou un code d'analyse.

Pour ce faire, j'ai d'abord rassemblé, au sein de tableaux synoptiques, l'ensemble des réponses données par les sujets qui ont été réparties selon l'atelier (stimulation cognitive/Activité physique) et les caractéristiques des personnes interrogées (MA, Prévention). (Voir tableaux en annexe).

Ensuite, j'ai élaboré une synthèse thématique reprenant les différents thèmes constitutifs du questionnaire ainsi que les réponses des sujets s'y référant. (Synthèse figurant dans la partie résultats).

II. RESULTATS

1. Présentation des résultats issus de la démarche quantitative

1.1. Les variables prises en compte

Voici ci-dessous une présentation de l'ensemble des variables prises en compte dans l'analyse des moyennes des scores obtenues pour chaque item de la grille d'observation participante.

La variable dépendante (VD, ce sur quoi porte la mesure) correspond aux items de la grille d'observation participante.

Exemple :

VD1= Participation aux activités (implication)

VD2=Degré d'autonomie dans la réalisation des exercices (élastique, ballon, rivière)

VD3= Bien être manifesté

VD4=Sentiment de compétence

...

La variable indépendante (VI), celle qui va faire varier la mesure de la VD, à deux modalités :

VI1= groupes { **Sujets MA**
Sujets Prévention

2. Analyse des moyennes obtenues via la grille d'observation participante

Les résultats sont présentés sous la forme de deux tableaux. Ces derniers récapitulent les moyennes des scores obtenus à chaque item de la grille d'observation participante pour les groupes MA et prévention sur les 8 mois de participation (de septembre à mai). Ces deux tableaux illustrent également, le nombre de participants présents au moment du recueil de données (N=) à savoir que cet effectif varie d'un mois à l'autre.

Cette fluctuation (prise en compte dans le calcul des moyennes) est liée aux absences des participants à certaines des séances.

Rappelons que les moyennes obtenues se situent entre 0 et 5 (à l'exception de la variable « degré d'autonomie » qui se situe entre 0 et 4) renvoyant à l'échelle de likert en 5 points qui a permis de coter de manière chiffrée chaque item de la grille.

Ici, il est choisi, comme points de référence permettant d'analyser et de commenter les résultats, de se baser sur la moyenne arithmétique de l'échelle de likert qui est égale à 2,5 (qui sera la moyenne de référence).

Tableau 1 : récapitulatif des données pour le groupe de sujets MA

TABLEAU 1/GROUPE MA									
Moyennes des scores obtenues via la grille d'observation participante									
Atelier d'activité physique	Septembre N= 9	Novembre N= 9	Décembre N=9	Janvier 2012 N=10	Février N=9	Mars N=13	Avril N=12	Mai N=13	Moyennes des 8 mois de participation
Items et données faisant référence à l'individu									
<i>Participation aux activités (Implication) /5</i>	4,77	4	3,77	4,3	4,44	4,53	4,41	4,61	4,35
<i>Degré d'autonomie élastique /4</i>	1,88	2,11	2	1,7	2,33	2,53	2,41	2,3	2,11
<i>Degré d'autonomie ballon /4</i>	2,88	2,66	2,44	2,5	2,55	2,46	2,75	2,61	2,60
<i>Degré d'autonomie rivière /4</i>	2,11	2,44	1,88	2	2,22	2,38	2,5	2	2,12
<i>Bien-être manifesté /5</i>	4,22	3,77	4,22	3,9	4,33	4,23	4,33	4,38	4,17
<i>Sentiment de compétence /5</i>	3,11	3	3,11	2,8	3,33	3,3	3,41	3,61	3,94
Items et données faisant référence à l'aspect groupal du dispositif (la personne dans le groupe)									
<i>Intégration Sociale /5</i>	4,77	4,11	4,22	3,6	4,11	4,15	4,33	4,61	4,23
<i>Communication avec les autres /5</i>	4,11	3,33	4	2,9	3,77	4	4,41	4,61	3,89
<i>Communication avec l'intervenant /5</i>	4,22	3,66	4,33	3,4	4,22	3,84	4,33	4,61	4,07

Commentaires descriptifs du TABLEAU 1 (sujets MA)

D'abord, concernant les **items faisant référence à l'individu**, ce sont *la participation (implication des sujets dans la réalisation des activités)* et *le bien être manifesté (par les sujets au sein de l'atelier)* qui obtiennent les moyennes les plus élevées (>4).

Pour celles renvoyant au *sentiment de compétence ou d'efficacité personnelle*, elles sont inférieures aux moyennes des deux précédents items mais restent néanmoins élevées (>3).

Concernant la variable *degré d'autonomie (nécessité d'une aide ou de la présence de l'intervenant dans la réalisation des exercices)*, rappelons que les moyennes des scores sont calculées sur une échelle de likert en 4 points au lieu de 5. Ici, ce sont les exercices avec les élastiques et la rivière qui obtiennent les moyennes les plus basses (quasi = à 2/4). Pour ce qui est de la moyenne des scores concernant les activités avec le ballon, elle est un peu plus élevés (= 2.60/4). Ces résultats montrent à voir que bien que les sujets s'estiment être en capacité de réaliser la plupart des exercices proposés, ils ont néanmoins besoin (dans une certaine mesure car les scores restent ≥ 2) d'être accompagnés par l'intervenant.

Concernant les items faisant référence à **l'aspect groupal du dispositif** (la personne dans le groupe), c'est le *niveau d'intégration sociale* qui obtient la meilleure moyenne (>4/5). On observe également un *degré de communication* élevé tant *entre les participants* (> 3,8/5) *qu'avec l'intervenant* (quasi égal à 4/5). Ceci met en lumière que dans l'ensemble, chacun des participants s'identifie comme un membre à part entière du groupe reflétant une bonne intégration sociale, mais aussi une réelle dynamique de groupe.

J'ai constaté que le contexte groupal qu'offre cet atelier mais aussi la dynamique d'échanges interindividuels qui s'en dégage, vient répondre à un besoin, de la part des usagers, d'être reconnu socialement (dans le sens être existant aux yeux des autres). Ce besoin « d'existence » se manifeste également dans le fait que les participants recherchent activement un feedback positif de la part de l'intervenant et/ou des autres membres du groupe leur donnant le sentiment d'être valorisé, reconnu et perçu sur un versant positif, pouvant ainsi donner lieu à une réassurance de soi.

Tableau 2 : récapitulatif des données pour le groupe de sujets Prévention

TABLEAU 1/GROUPE Prévention									
Moyennes des scores obtenues via la grille d'observation participante									
Atelier d'activité physique	Septembre N= 5	Novembre N= 5	Décembre N=5	Janvier 2012 N=6	Février N=4	Mars N=4	Avril N=3	Mai N=2	Moyennes des 8 mois de participation
Items et données faisant référence à l'individu									
<i>Participation aux activités (Implication) /5</i>	4,8	5	4,4	3,66	4	4	4	4	4,23
<i>Degré d'autonomie élastique /4</i>	3	3,4	3,2	3,66	4	4	4	4	3,65
<i>Degré d'autonomie ballon /4</i>	3	3,6	3,4	3	3,5	4	4	4	3,56
<i>Degré d'autonomie rivière /4</i>	3,2	3,2	2,8	3,16	3,5	3,25	4	4	3,38
<i>Bien-être manifesté /5</i>	4	4,4	4,2	4,33	4,25	4,5	5	5	4,46
<i>Sentiment de compétence /5</i>	3,4	2,11	4	3,83	4,25	4,5	5	5	4,01
Items et données faisant référence à l'aspect groupal du dispositif (la personne dans le groupe)									
<i>Intégration Sociale /5</i>	4,6	4,4	4,2	4,16	4,5	4,75	5	5	4,57
<i>Communication avec les autres /5</i>	4	4,44	4	3,83	4,25	4,5	5	5	4,37
<i>Communication avec l'intervenant /5</i>	3,8	4,6	4,4	3,83	4,5	4	5	5	4,39

Commentaires descriptifs du TABLEAU 2 (sujets Prévention)

Concernant les items **faisant référence à l'individu**, on constate que c'est la variable *bien être manifesté (par les sujets au sein de l'atelier)* qui obtient les moyennes les plus élevées (>4,4/5). Vient ensuite *la participation (faisant référence à l'implication dans la réalisation des exercices)* où l'on trouve aussi des moyennes élevées (>4,2/5).

Pour ce qui est de la variable correspondant au « *sentiment de compétence ou d'efficacité personnelle* », on observe que la valeur des moyennes est elle aussi supérieure à 4 venant signifier que globalement, les sujets s'estiment être en capacité de réaliser (sans être aidé) la plupart des exercices proposés. Les moyennes des scores obtenues faisant référence au degré d'autonomie (*nécessité d'une aide ou de la présence de l'intervenant dans la réalisation des exercices*) viennent corroborer ce résultat. En effet, les scores moyens concernant les activités réalisées à l'aide des 3 supports (l'élastique, le ballon et la rivière) se situent entre 3,38 et 3,65.

Pour ce qui concerne les items faisant référence à **l'aspect groupal du dispositif** (la personne dans le groupe), on constate que c'est le *niveau d'intégration sociale* qui obtient la moyenne la plus élevée (>4,5/5). On observe également que le *degré communication tant avec les autres (c'est-à-dire entre participants) qu'avec l'intervenant* est élevé (moyennes >4,3/5).

Ceci reflète d'une part que dans l'ensemble, chacun des participants s'identifie et est identifié comme faisant partie intégrante du groupe reflétant ainsi une très bonne intégration sociale, mais aussi une réelle dynamique de groupe et ce, indépendamment du fait de sa mixité. En effet, les sujets du groupe prévention partagent ce temps d'activité physique avec ceux appartenant au groupe MA sans que cela ne génère de malaise ou une gêne dans le fait d'être « confronté » à la maladie d'Alzheimer. Au contraire, ici, les personnes (du groupe prévention) s'inscrivent dans une démarche d'aide et de soutien envers ceux et celles (appartenant au groupe MA) qui rencontrent des difficultés dans la compréhension des consignes ou dans la réalisation des exercices.

2. présentation des résultats issus de la démarche qualitative

2.1. Caractéristiques des participants ayant rempli le questionnaire d'attentes et de satisfaction

Voici ci-dessous une présentation, sous forme de tableau, des principales caractéristiques prises en compte concernant les participants qui ont rempli le questionnaire d'attentes et de satisfaction.

Caractéristiques		N (nombre de personnes concernées)
Statut de l'interviewé	Sujets MA	13
	Sujets Prévention	8
Participation aux ateliers	Stimulation cognitive (uniquement)	3 (1 MA/ 2 préventions)
	Activité physique (uniquement)	2 (MA)
	Les deux	16 (10 MA/6 préventions)

Ainsi, 21 personnes au total ont rempli le questionnaire parmi lesquelles on retrouve 13 personnes se situant aux premiers stades d'évolution de la MA, 8 personnes faisant partie du groupe prévention. Les usagers de ce dispositif participent soit aux deux ateliers soit à l'un des deux.

2.2. Synthèse des éléments de réponses données par les participants au questionnaire d'attente et de satisfaction

Cette synthèse a pour trame les différents thèmes constitutifs du questionnaire. L'objectif est de rendre compte, pour chacun des deux ateliers, de l'ensemble des réponses à la fois qualitatives (réponses aux questions ouvertes) et quantitatives (réponses aux questions fermées et scores aux échelles de likert) apportées par les participants.

Motivations de participation et apports perçus du dispositif des ateliers (réponses aux questions ouvertes)

➤ L'atelier de stimulation cognitive (sujets MA et Prévention N= 19)

Motivations de participation en lien avec les apports perçus de l'atelier

La majorité des sujets (13/19) déclare que ce qui les motive, en premier lieu, à participer à cet atelier est la possibilité de **faire travailler la mémoire**. « *Ça fait travailler la tête* » (Prévention) ; « *Faire travailler le cerveau* » (MA). Ceci étant dit, les participants appréhendent ce travail mémoriel dans des perspectives différentes. Certains d'entre eux déclarent (6/19) identifier cet atelier comme une **aide au maintien des capacités cognitives** et ce, plus spécifiquement pour les sujets MA.

« Le cerveau a besoin d'être travaillé, si on ne fait rien c'est foutu » ; « Eviter de perdre l'activité cérébrale » ; « Pour aider à retenir les choses ». Pour ce même groupe (sujets MA, 5/11), cette démarche de stimulation des fonctions cognitives s'inscrit également dans un *espoir d'améliorer les troubles mémoriels* perçus mais aussi de **parvenir à « mieux se souvenir »**. « Pour m'améliorer dans ma mémoire » ; pour avoir un peu plus de mémoire car le cerveau il circule mal » ; « Ça me fait rappeler ce que j'oublie » ; « Ça m'apporte un peu je crois de ne pas oublier ».

Au-delà de cette dimension thérapeutique, plus de la moitié des participants de ce même groupe (MA, 6/11) ajoutent que cet atelier est également **un lieu d'apprentissage et d'enrichissement personnel**. « J'apprends des choses » ; « On se remplit un peu plus la tête » ; « je continuerai puisqu'on apprend quand même quelque chose » ; « mon intelligence ressort ».

Pour ce qui est du groupe prévention, la moitié d'entre eux (4/8) déclare que, en plus de pouvoir faire travailler leur mémoire, cet atelier leur permet aussi *d'évaluer leurs capacités mémorielles* dans le but d'identifier des lacunes potentielles, d'être attentif sur le fait d'être atteint ou non de troubles de la mémoire.

« Le besoin de savoir où en est ma mémoire » ; « La possibilité d'évaluer les manques de mémoire » ; « Voir l'état de mon intellect » ; Evaluer ce que j'ai dans la tête, voir quels sont mes manques ».

La majorité des sujets (N=10) mettent aussi en avant **un bénéfice de socialisation** qui est appréhendé différemment selon le groupe. Pour ce qui est des sujets MA (5/11), ce bénéfice est appréhendé dans sa *dimension relationnelle et interactionnelle*. « Voir du monde, causer » ; « Voir des gens » ; « Je parle à tout le monde » ; « parce que je vois du monde (...) ça me donne l'occasion de parler » ; « rencontrer du monde ».

Pour ce qui est des sujets prévention, la moitié d'entre eux (4/8) met davantage en avant *la convivialité perçue* au sein du groupe. « L'ambiance très agréable » ; « l'ambiance dans laquelle je fais les séances est très amicale » ; « on passe un moment agréable (...) tout le monde est sympathique » ; « Moment agréable ». Certains sujets de ce même groupe (3/8) ajoutent également que cet atelier leur permet de *rompre leur sentiment d'isolement social* se traduisant ici non pas par le plaisir de voir du monde pour échanger et communiquer mais davantage par le besoin d'être en « contact » avec autrui. « Besoin de contact avec d'autres personnes » ; « Le contact humain est très important » ; « Contact avec d'autres personnes ».

L'ensemble de ces bénéfices perçus (socialisation, apprentissage, aide au maintien des capacités cognitives) est, pour certains, source de **bien-être psychologique**. Ce bien être perçu est principalement verbalisé par le groupe de sujets MA (5/11). « *Ça me fait du bien* » ; « *je suis bien* » ; « *Ça me fait du bien, ça me fait plaisir* ».

➤ **L'atelier d'activité physique (Sujets MA N= 12, Prévention N= 6)**

Motivations de participation en lien avec apports perçus de l'atelier

Pour la majorité des sujets (12/18), la motivation de participation à cet atelier s'inscrit dans la volonté de **maintient des capacités physiques**. « *Me maintenir en forme* » (MA) ; « *Ca maintient le corps, ça me maintien en forme physique* » (MA) ; « *Pour pas se rouiller, si on se laisse gagner par l'immobilité, on ne fait plus rien (...) rester en activité* » (MA) ; « *Je me maintiens en activité* » (MA) ; « *Conserver une certaine autonomie physique* » (Prévention) ; « *l'envie des rester le plus longtemps possible en forme physique* » (Prévention) ; « *rester en forme, quand on vieillit, on diminue* » (prévention) ; « *L'assurance que c'est nécessaire* » (Prévention). A savoir que cela est plus saillant pour le groupe prévention car cela concerne la quasi-totalité des sujets (5/6) contre 7/12 pour le groupe MA.

Ici, le maintien des capacités physiques se traduit par le fait **d'être physiquement actif, d'être en mouvement, donc, agissant et opérant** ce qui est perçu comme générateur d'une bonne santé physique à l'inverse de l'inertie, de l'immobilisme et de la passivité qui eux constituent un risque de sédentarisation et de fait, une perte d'autonomie de vie.

Pour ce qui est des autres dimensions qui émergent dans le discours, elles concernent plus spécifiquement le groupe de sujets MA.

Tout comme pour l'atelier de stimulation cognitive, la majorité d'entre eux (N=10) met en avant la **dimension sociale** se déclinant en 3 sous-dimensions.

Tout d'abord, la majorité (7/12) déclare que cet atelier permet de **rompre le sentiment d'isolement social** « *Sortir, être en contact avec les gens* » ; « *rencontrer des gens, on est plus seul* » ; « *comme moi qui ont besoin de voir du monde* » ; « *Je peux un peu parler* » ; « *je suis bien quand je suis entourée* ». A cela s'ajoute pour la plupart (7/12), **un sentiment de convivialité au sein de l'atelier** (qui n'apparaît pas dans l'atelier de stimulation cognitive). « *L'amitié avec les autres* » ; « *l'ambiance est bonne* » ; « *tout le monde est sympathique* » ; « *je suis contente de retrouver mes collègues* ».

Ensuite, cet atelier est également perçu, par la majorité (7/12), comme étant un *lieu d'interactions et de relation*. « Voir, du monde, parler avec les gens » ; « rencontrer des personnes » ; « je suis avec du monde » ; « Je vois du monde ».

Pour ce qui est du groupe prévention, cette dimension sociale est très présente dans le discours lorsqu'il s'agit de l'atelier de stimulation cognitive et à contrario, elle est quasiment absente pour l'atelier d'activité physique. Ici, les participants se centrent sur l'un de ses principaux objectifs qui est celui de se maintenir en forme physique.

Hormis la volonté de maintenir les capacités physiques, seule deux autres dimensions apparaissent dans le discours des sujets (prévention) mais seulement pour une minorité d'entre eux. En effet, 2/6 déclarent que cet atelier a pour objectif *d'améliorer leurs capacités physiques* « la possibilité d'améliorer les capacités physiques pour récupérer les forces perdues en vieillissant » ; « un mieux-être dans mon corps ». Deux autres participants quant à eux déclarent que ces différentes activités leur permettent d'évaluer, dans le sens « jauger », leurs capacités physiques résiduelles. « Voir le niveau de mes capacités physiques » ; « Me permet de voir que ça va pas trop mal, j'arrive à faire ce qu'on me demande ».

Enfin, la dimension de **bien-être** est davantage exprimé dans cet atelier comparativement à celui de stimulation cognitive et ce, là aussi plus spécifiquement pour le groupe de sujet MA (6/12). A savoir qu'il s'agit de *bien-être psychologique* « je suis bien » ; « je me trouve bien » ; « on se sent bien » mais aussi *physique* « Ça me fait du bien pour mon corps » ; « Ça me fait du mieux, je me sens mieux physiquement » ; « Je sens que ça me fait du bien ».

Aucun des participants (MA et Prévention) ne déclare que cet atelier remplit également une fonction de stimulation voire de maintien des capacités cognitives. On constate donc une totale invisibilité de cette dimension thérapeutique au sein de cet atelier.

➤ **Le dispositif dans sa globalité (Activité physique & stimulation cognitive)**

La majorité des sujets déclare avoir le sentiment que les ateliers auxquels ils participent leur permettent de **maintenir leurs capacités** physiques et/ou cognitives ce qui est source de bien-être pour eux-mêmes. Ce bien-être perçu est également nourri par la **dimension sociale** dans une sphère relationnelle et interactionnelle mais qui s'avère être davantage prégnante dans le discours au sein de l'atelier d'activité physique.

Ce qu'il y a de commun aux deux ateliers est également **l'assiduité** des participants en terme de présence au sein du dispositif ainsi que leur **implication** dans la réalisation des diverses activités. Ceci vient rendre compte que, progressivement, les usagers s'emparent du dispositif et deviennent acteur de cet accompagnement thérapeutique non-médicamenteux qui leur est proposé.

Enfin, j'ai constaté **l'absence de comparaison sociale intergroupe et interindividuelle**, en lien avec la maladie (il est plus malade que moi VS il l'est moins) ou même l'âge (il est plus âgé que moi VS il l'est moins) dans les deux ateliers.

Attentes/Satisfaction/Besoins (réponses aux questions fermées et moyennes des scores aux échelles de likert)

Voici-ci-dessous, sous forme de tableaux, un récapitulatif des réponses (d'ordre quantitatives) selon l'atelier et les caractéristiques des personnes interrogées.

ATELIER D'ACTIVITE PHYSIQUE						
Sujets	Répond aux attentes	Satisfaction (Scores moyens à l'échelle de Likert en 5 points)			Besoins complémentaires OUI/NON	Désir de poursuivre OUI/NON
		Déroulement	Contenu	Echanges		
MA (N=12)	OUI= 100% des sujets	4,66	4,75	4,5	NON= 11 sujets OUI= 1 sujet	OUI= 100% des sujets
Prévention (N= 6)	OUI= 100% des sujets	4,5	4,5	4,66	NON= 4 sujets OUI= 2 sujets	OUI= 5 sujet NE SAIS PAS= 1sujet
		Moyenne globale grp MA= 4,63 Moyenne globale grp prévention= 4,55				

ATELIER DE STIMULATION COGNITIVE						
Sujets	Répond aux attentes	Satisfaction (Scores moyens à l'échelle de Likert en 5 points)			Besoins complémentaires OUI/NON	Désir de poursuivre OUI/NON
		Déroulement	Contenu	Echange		
MA (N=11)	OUI= 9 sujets NON= 2 sujets	4,09	4,36	4,68	NON= 10 sujets OUI= 1sujet	OUI= 10 sujets NE SAIS PAS= 1sujet
Prévention (N=8)	OUI= 7 sujets NON= 1 sujet	4,25	4,12	4,12	NON= 5 sujet OUI= 3 sujet	OUI= 7 sujets NE SAIS PAS = 1
		Moyenne globale grp MA= 4,37 Moyenne globale grp prévention= 4,16				

- Le dispositif répond aux **attentes** de la grande majorité des usagers se situant principalement dans le maintien des capacités physiques et /ou cognitives et la possibilité de créer des liens sociaux. « *Voir des gens* » (MA) ; « *Pas se voir diminuer* » (Prévention) ; « *c'est une manière de ne pas se laisser aller* » (MA).

- La quasi-totalité des sujets déclare **être satisfait** (moyenne des scores >4) du ou des ateliers auxquels ils participent et ce, tant pour ce qui est des **échanges** en leur sein que de leur **contenu** et de leur **dérroulement**. « *Je suis bien partout, je suis contente d'aller aux deux* » (MA) ; « *C'est très bien* » (MA) ; « *L'ambiance est bonne* » (MA) ; « *Toujours très bien* » (Prévention) ; « *Un grand merci* » (Prévention).

- Il n'y a pas de **besoins complémentaires** qui apparaissent hormis pour 6 personnes et cela concerne principalement l'atelier de stimulation cognitive. Ici, chacun suggère et propose des idées dans le but d'optimiser ou d'ajuster cet accompagnement qui leur est proposé. « *Peut-être faudrait-il des devoirs personnels* » (Prévention) ; « *En ce qui concerne les ateliers mémoire, je les apprécie beaucoup mais un peu court* » (Prévention) ; « *que ça aille plus doucement, qu'on ait le temps de réfléchir, d'enregistrer* » (MA) ; « *faire des exercices un peu plus compliqués, comme avec l'orthophoniste* » (MA).

Pour ce qui est de l'activité physique, un participant déclare souhaiter que les activités proposées soit plus diversifiées « *varier les exercices* » (MA). Un autre quant à lui aimerait que cet atelier soit réitérer une deuxième fois dans la semaine « *Je pense que pour les activités physiques, il faudrait deux fois par semaine avec le même moniteur* » (Prévention).

- La quasi-totalité des personnes déclare souhaiter poursuivre leur participation aux ateliers aussi longtemps que leur santé le leur permettra. « *Tout dépend de ma santé* » (Prévention) ; « *Tant que je peux je continue* » (MA).

III. DISCUSSION

1. Interprétation des principaux résultats obtenus au travers des différentes méthodes d'analyse (qualitative/quantitative)

Parmi l'ensemble des résultats issus des différentes méthodes d'analyse, nous nous attacherons plus particulièrement à interpréter ceux faisant référence à **l'atelier d'activité physique** car c'est préférentiellement sur cet atelier que porte ce travail d'évaluation (2011/2012). Rappelons que cette étude a pour principal objectif de mettre en évidence la manière dont les participants appréhendent cet atelier sur la base, d'une part, des comportements directement observables (grille d'observation participante) et d'autre part, au travers de leurs propres témoignages concernant notamment leurs attentes et l'apport perçu de ce dispositif (questionnaire d'attente et de satisfaction).

La mise en relation des résultats issus de ces deux méthodes d'analyse a pour objectif de mieux comprendre à partir de quel cheminement psychologique les personnes investissent et vivent cet atelier.

➤ **Haut niveau d'intégration sociale et de communication interindividuelle au sein de l'atelier (activité physique) mais appréhendé différemment selon le groupe.**

Les résultats quantitatifs mettent en lumière d'une part, que dans l'ensemble, chacun *s'identifie et est identifié comme un membre à part entière de son groupe d'appartenance (variable intégration sociale)* et d'autre part, qu'il n'y a *pas de carence en terme d'échanges tant verbaux que non verbaux (variable communication)* au sein de chacun des deux groupes. Ceci vient signifier qu'il n'y a pas de mise à l'écart et que les participants s'inscrivent bien dans une dynamique de groupe au sein duquel chacun existe, échange et communique. Ainsi, l'aspect groupal du dispositif offre la possibilité aux participants d'interagir et de fait, de créer des liens sociaux, de s'ouvrir aux autres. Ceci étant dit, lorsque l'on observe les témoignages des participants (résultats qualitatifs), cette dimension sociale tient une place très importante dans le discours des sujets MA alors qu'elle est absente, c'est-à-dire non verbalisée, par les membres du groupe prévention.

En effet, pour **la majorité des sujets MA** (N=10), l'atelier d'activité physique est perçu comme un lieu d'interaction, de relation et d'échanges dans une atmosphère agréable et conviviale.

« *Rencontrer des gens, on est plus seul* » ; « *Voir, du monde, parler avec les gens* » ; « *rencontrer des personnes* » ; « *L'amitié avec les autres* » ; « *l'ambiance est bonne* »

Cette fonction socialisante perçue au sein de cet atelier fait ainsi partie des bénéfices que la majorité des participants de ce groupe retient.

Pour ce qui concerne **les participants du groupe prévention**, bien qu'un haut niveau d'intégration sociale et de communication interindividuelle aient été observés, ce n'est pas pour autant ce que les participants viennent, de prime abord, chercher dans cet atelier d'activité physique. En effet, ce n'est pas la dimension sociale de l'atelier qui émerge dans le discours en termes de bénéfices et d'apports perçus. Ici, les participants se focalisent davantage sur l'une des principales fonctions de l'atelier qui est celle de maintenir voir d'améliorer les capacités physiques.

Si on fait un parallèle avec le discours des participants (groupe prévention) faisant référence à l'atelier de stimulation cognitive, c'est pour cet atelier que la dimension sociale émerge. Ici, la moitié d'entre eux déclare que cet atelier leur permet de rompre leur sentiment d'isolement social. « *Besoin de contact avec d'autres personnes* » ; « *Le contact humain est très important* ». Il est également évoqué par les participants la convivialité perçue au sein de l'atelier. « *L'ambiance dans laquelle je fais les séances est très amicale* » ; « *on passe un moment agréable (...) tout le monde est sympathique* ».

Ainsi, on observe que les sujets du groupe prévention retiennent un bénéfice de socialisation principalement au sein de l'atelier de stimulation cognitive alors que ce bénéfice est exprimé au sein des deux ateliers pour ce qui concerne les sujets du groupe MA.

Plusieurs pistes de réflexion peuvent être envisagées pour rendre compte de ce positionnement différent selon le groupe et l'atelier.

Rappelons tout d'abord que dans la MA, ce qui est en jeu, n'est pas la menace des fonctions vitales mais la lente dégénérescence des fonctions supérieures remettant en cause les capacités à rester autonome et maître de sa vie. Ceci a notamment pour effet une stigmatisation négative des personnes touchées pouvant générer une « mort sociale », c'est-à-dire un isolement de la personne malade car cette pathologie « déshumanise » par la perte progressive de conscience de soi, de son identité tant sociale qu'individuelle. C'est notamment la volonté de maintenir ces deux identités, de continuer à se percevoir comme étant existant soi-même mais aussi au travers du regard d'autrui, qui peut venir rendre compte de l'importance que **le groupe de sujets MA** accorde à la dimension sociale du dispositif dans sa globalité (atelier d'activité physique et de stimulation cognitive).

Les sujets du groupe prévention quant à eux, manifestent une plainte mémoire mais il n'y a pas de troubles neurodégénératifs diagnostiqués. Ainsi, on ne retrouve pas les mêmes enjeux identitaires comparativement au groupe MA. A savoir que pour ce groupe (prévention), la dimension sociale du dispositif n'est exprimée qu'au sein de l'atelier de stimulation cognitive. Ce résultat est contre intuitif dans la mesure où la dimension relationnelle et interactionnel est moins propice au sein de cet atelier (lieu de concentration et d'attention) comparativement à celui d'activité physique.

Ceci peut être mis en lien avec la dynamique propre à ce groupe au sein de cet atelier (stimulation cognitive) en particulier. En effet, ici, les participants (prévention) s'inscrivent dans une atmosphère de « camaraderie ». Des affinités, des amitiés se sont créées entre les uns et les autres au fil du temps. J'ai observé une forte cohésion de groupe générant notamment un sentiment de soutien social et ce, pour la majorité des participants. Lorsque ces derniers intègrent l'atelier d'activité physique (suite à l'atelier de stimulation cognitive), la dynamique du groupe et la cohésion qui s'en dégage est rompu. En effet, les participants se retrouvent d'une part « mélangés » avec les autres participants (MA et aidants) et d'autre part, certains participants (groupe prévention) ne participent pas à cet atelier. Le groupe se retrouve donc à la fois « dispersé » et « réduit » en nombre pouvant ainsi générer un sentiment de ne plus être entre pairs pouvant ainsi les amener (sujets prévention) à se focaliser non plus sur une dimension sociale mais sur d'autres bénéfices perçus tel que maintenir voire améliorer leurs capacités physiques (comme démontré précédemment).

➤ **Forte implication dans la réalisation des activités en lien avec la motivation de participation (sujet MA et prévention).**

Les résultats quantitatifs mettent en lumière une *forte implication des participants (MA et Prévention) dans la réalisation des différentes activités (moyennes > 4,2/5)*. Les résultats qualitatifs (témoignages) quant à eux, mettent en lumière que l'une *des motivations de participation à cet atelier, pour la majorité des sujets, est de maintenir voir d'améliorer les capacités physiques*. On peut donc aisément envisager que ces deux résultats sont inter-reliés, l'un vient alimenter l'autre. Il apparaît dans le discours des participants que cette volonté de maintien des capacités physiques est alimentée par la nécessité perçue d'être physiquement actif, c'est-à-dire, d'être en mouvement vecteur de maintien d'autonomie.

« *Pour pas se rouiller, si on se laisse gagner par l'immobilité, on ne fait plus rien (...)* rester en activité » (MA) ; « *Conserver une certaine autonomie physique* » (Prévention).

Ceci met en lumière les enjeux psychosociaux sous tendus par l'avancée dans l'âge et ses conséquences.

Rappelons que la moyenne d'âge des participants aux ateliers se situe aux alentours des 80 ans. Il peut donc être envisagé qu'ils estiment faire partie de la catégorie sociale « des personnes âgées ». Cette dernière, dans les représentations collectives de nos sociétés industrielles, est souvent associée à une perte progressive de la mobilité et à une altération de la santé physique, psychologique et sociale. Geneviève Coudin (2002) parle de stéréotypes négatifs concernant la santé des « vieilles personnes ». Ces derniers reflètent en plus de la souffrance et de la solitude, l'inactivité et la passivité. Dans le contexte du dispositif des ateliers, pratiquer une activité physique régulière peut constituer un moyen, pour les sujets, d'échapper à ce stigmate, de s'en défendre, autrement dit, de ne pas s'enfermer dans le « pathologique » (associé au vieillissement) et ainsi, de continuer à se considérer comme faisant encore parti des « biens portants ». Ainsi, on peut supposer que les participants s'impliquent dans la réalisation des différentes activités proposées au sein de l'atelier car ce dernier leur permet d'être physiquement actif, d'être en mouvement, donc, agissant et opérant pouvant être perçu comme générateur d'une bonne santé physique à l'inverse de l'inertie, de l'immobilisme et de la passivité qui eux constituent un risque de sédentarisation et de fait, une perte d'autonomie de vie.

➤ **Bien-être perçu (témoigné par les usagers) davantage exprimé par les sujets MA au sein de cet atelier (comparativement à l'atelier de stimulation cognitive).**

Les résultats issus de la grille d'observation participante montrent que *la majorité des participants (prévention et MA) manifeste un bien-être durant la séance* dans la mesure où chacun a le sourire, plaisante dans une atmosphère d'échanges, de détente et de convivialité. Lorsque l'on observe les témoignages des participants, *cette dimension de bien-être apparaît également dans le discours mais cela concerne principalement le groupe de sujets MA*. A savoir qu'il s'agit ici de bien-être psychologique mais aussi physique. « *On se sent bien* » « *Ça me fait du bien pour mon corps* ». Bien-être qui par ailleurs est davantage verbalisé pour cet atelier, comparativement à celui de stimulation cognitive.

Pour rendre compte de ce résultat **concernant ce groupe en particulier (MA)**, on peut tout d'abord envisager que ce sont les apports perçus de l'atelier qui viennent alimenter ce bien-être manifesté par les usagers (MA) et surtout l'un d'entre eux faisant référence à la fonction socialisante perçue de l'atelier (appréhendée dans sa dimension relationnelle et interactionnelle, source de bien être en termes de « santé sociale »).

Ensuite, cet atelier propose différents exercices centrés sur le corps pouvant rendre de fait moins saillant le déclin cognitif comparativement à l'atelier de stimulation cognitive dont l'objectif (faire travailler la mémoire), est davantage explicite. A cela s'ajoute le fait que pratiquer une activité physique, faire du sport, est considéré comme étant un comportement normatif et ancré socialement comme faisant partie des comportements dits de santé (pratiquer une activité sportive régulièrement est associé au bien portant). Ainsi, au sein de cet atelier, la maladie et les troubles qui y sont associés sont moins apparents aux yeux des usagers ou tout du moins, plus facile à minimiser, à masquer tel un « répit » avec la maladie. Ceci peut notamment donner le sentiment de rétablir une image et une estime de soi satisfaisante (via une « non stigmatisation » des difficultés rencontrées, des déficiences mnésiques ou encore, de la maladie d'Alzheimer) source de bien être psychologique.

Pour ce qui concerne le groupe de sujets prévention, bien qu'un certain bien-être (psychologique) ait été observé (visages souriants et détendus, rires, échanges), il n'est pas pour autant verbalisé (au sein des témoignages) par les sujets. Comme démontré précédemment, au sein de cet atelier, les participants (prévention) focalisent leur discours sur la fonction première de l'atelier (pratiquer une activité physique) et ses bienfaits (maintien voir amélioration des capacités physiques) faisant référence aux principaux apports perçus.

Rappelons que les sujets de ce groupe (prévention) partagent ce temps d'activité physique avec des participants atteints de la maladie d'Alzheimer. Il peut être envisagé ici, que cette rencontre (entre prévention et MA), cette confrontation à la maladie ne soit pas neutre et qu'elle puisse s'avérer être dérangeante voire déstabilisante pour les participants (prévention). Ces derniers, bien qu'il n'y ait pas de MA diagnostiquée, manifestent néanmoins une plainte mnésique laissant supposer que cette confrontation à la maladie peut avoir un effet « miroir » pouvant susciter la crainte d'être un jour soi-même touché.

➤ **Sentiment de compétence dans la réalisation des activités quasi équivalent entre sujet MA et Prévention.**

Les résultats quantitatifs mettent en évidence que *la majorité des participants, indépendamment de leur groupe d'appartenance, s'estiment être en capacité de réaliser la plupart des activités proposées au sein de l'atelier*. En effet, lorsque l'on observe les moyennes obtenues pour la variable « sentiment de compétence », celles-ci sont quasi équivalentes entre les sujets du groupe MA (3,94/5) et prévention (4,01/5).

Résultats contre-intuitifs car au regard des moyennes faisant référence à la variable « degré d'autonomie » (nécessité d'une aide ou de la présence de l'intervenant dans la réalisation des exercices), celles-ci sont plus basses pour le groupe de sujets MA (2,27/5) comparativement au groupe prévention (3,53/5).

Ainsi, **les sujets du groupe MA** éprouvent parfois des difficultés dans la réalisation de certains exercices mais cela ne les décourage pas pour autant, il n'y a pas de comportement d'évitement (ne pas faire un exercice car jugé, par anticipation, trop difficile). Dans l'ensemble, les participants réalisent la totalité des activités proposées même celles perçues comme complexes à réaliser pour eux même. Ceci laisse envisager que « mal faire », ne pas réussir correctement un exercice ou, recevoir un feedback négatif de la part de l'intervenant (amenant une modification ou un réajustement du comportement), ne semble pas être perçu, par les sujets (MA), comme une mise en échec (mise à mal de l'image de soi, de l'estime de soi tant au travers de son propre regard que de celui d'autrui). Pour tâcher d'étayer ce phénomène, nous pouvons nous appuyer sur le concept théorique d'attribution causale (Heider, 1958). Ce dernier désigne un processus par lequel les personnes expliquent et jugent autrui et l'environnement dans lequel elles évoluent en inférant les causes des comportements et des évènements. Deux ensembles de causes sont distingués : les causes internes (dispositions, traits de personnalité) et les causes externes (attribuées à la situation, au contexte n'impliquant pas « son soi propre »). Qui plus est, ce processus d'attribution permet également de maintenir une image de soi positive et favorable. Par exemple : attribuer un échec à la situation ou au contexte plutôt qu'à soi-même.

L'activité physique est centrée sur le corps facilitant ainsi l'attribution de l'échec à une cause externe « c'est le corps qui peut pas, ou c'est l'exercice qui est inadapté à mon état de santé physique » et non interne « c'est moi en tant qu'individu qui n'y arrive pas » risquant de véhiculer une mauvaise image de soi.

Autrement dit, dans le cadre de cet atelier, les exercices proposés n'étant pas centrés sur un travail mémoriel mais davantage corporel (comparativement à l'atelier de stimulation cognitive), les sujets du groupe MA peuvent plus facilement attribuer une difficulté rencontrée à une cause extérieure à eux même (mais aussi et surtout extérieure aux troubles cognitifs dont ils souffrent) diminuant ainsi le risque de mise en échec ou de sentiment d'échec. Ainsi, on peut envisager que le groupe MA s'estime en capacité de réaliser la plupart des activités proposées car la maladie et les troubles qui en découlent sont minimisés puisque c'est leur corps et non leur intellect qui sont (en apparence) sollicités et mobilisés.

➤ **Absence de comparaison sociale au sein de l'atelier**

Cette absence de comparaison sociale se manifeste sur deux principaux axes.

Tout d'abord, il n'a pas été observé *de comparaison sociale interindividuelle en terme de performance* dans le sens « il ou elle y arrive mieux ou moins bien que moi ».

Ceci peut être imputé au fait que cet atelier est perçu comme un lieu de non performance. En effet, chacun est fidèle à ses propres capacités physiques, à ce qu'il s'estime être capable de faire. Ici, les difficultés perçues sont mises en lien non pas avec les « incapacités » intellectuelles mais physiques (c'est mon corps qui ne peut pas et non mon esprit) gommant ainsi la survenue d'un esprit potentiel de compétition et de comparaison sociale sur celui qui sera le plus performant. Ceci peut notamment être mis en lien avec le fait que dans notre contexte sociétal, les capacités physiques ne soulèvent pas les mêmes enjeux psychosociaux que les capacités intellectuelles. En effet, dans nos sociétés industrielles, la connaissance, la culture, l'intelligence, autrement dit la performance intellectuelle tient une place très importante. Réfléchir bien et vite (Ex : tests de QI, répondre aux questions en un temps limité), être cultivé concourt à la constitution d'une image de soi valorisante (pour soi) et valorisée socialement (au travers du regard des autres). Ainsi, un contexte de performance explicitement intellectuelle peut davantage soulever un enjeu identitaire propice à l'amorçage d'un processus de comparaison sociale interindividuelle. Ceci laisse envisager que ce processus est peut-être davantage prégnant au sein de l'atelier de stimulation cognitive (centré sur un travail intellectuel) comparativement à celui d'activité physique (centré sur le corps).

Ensuite, il n'a pas été non plus observé *de comparaison sociale intergroupe* (entre MA et Prévention).

Pour ce qui concerne les sujets du groupe MA, ces derniers ne font pas de différenciation entre eux-mêmes et les participants du groupe prévention (en termes de capacités ou de difficultés à réaliser les activités). Comme démontré précédemment, les activités proposées ne sont pas explicitement centrées sur un travail mémoriel permettant ainsi, une prise de distance avec la maladie. Processus pouvant amener les sujets du groupe MA à percevoir cet atelier comme un moment d'activité « conventionnel » et « traditionnel » au sein d'un seul et même groupe sans différenciation. C'est-à-dire, comme une entité et non comme un groupe fractionné en deux sous-groupes (MA et Prévention) avec une différence de « niveaux » en lien notamment avec le fait d'être atteint ou non de troubles cognitifs.

Pour ce qui concerne le groupe de sujet prévention (qui rappelons le, concerne les personnes qui manifestent une plainte mnésique mais pour lesquelles il n'y a pas de MA diagnostiquée), il peut être envisagé que cette perception de groupe unitaire soit moins présente (comparativement au sujets du groupe MA). En effet, les participants de ce groupe (prévention) partagent cet atelier avec des personnes du groupe MA. Ces dernières éprouvent des difficultés dans la réalisation de certains exercices, dans la compréhension des consignes et, verbalisent également parfois leur perte de mémoire perçue (pouvant venir signifier une « quête » de soutien social et de réconfort). Ainsi, la présence du « pathologique » est, pour les sujets prévention, difficilement occultable. On peut donc supposer (au-delà du fait que la dynamique de groupe soit perçue comme rompu via le changement d'atelier), que leur focalisation dans le discours sur des bénéfices physiologiques (maintien voire amélioration des capacités physiques) et non sociaux (relation et interaction) vient signifier une volonté de leur part de prendre de la distance, de minimiser l'existence de la maladie et du déclin cognitif au sein de l'atelier. Ceci laisse envisager qu'une comparaison sociale intergroupe (entre prévention et MA) s'opère néanmoins mais de manière implicite et non-verbalisée.

➤ **Absence de la dimension thérapeutique de l'atelier sur les fonctions cognitives**

Il a été constaté que les participants (MA et prévention) ne considèrent pas l'atelier d'activité physique comme permettant également de faire travailler les fonctions cognitives. Cette absence de lien entre le physique et le cérébral peut tout d'abord être mise en lien avec le caractère « normatif » de l'atelier. En effet, pratiquer une activité physique, faire du sport fait partie des normes sociales dans le sens où cela est collectivement considéré comme un comportement dit de santé permettant d'être ou de se maintenir en bonne santé physique, de rester bien portant.

Autrement dit, en terme de représentations sociales, on ne pratique pas une activité physique parce qu'on est malade mais davantage pour éviter de l'être. A cela s'ajoute le fait que les activités soient centrées sur le corps (et non sur les capacités cognitives) concourant également au fait de ne pas nécessairement percevoir les bienfaits de l'activité physique sur les fonctions cérébrales.

2. Limites de l'étude

Les résultats qui ont pu être mis en évidence offrent des perspectives d'application qui feront l'objet d'un développement ultérieur. Cependant, ces derniers doivent néanmoins être considérés avec une certaine prudence au regard des limites que présente ce travail d'évaluation.

L'une d'entre elles concerne tout d'abord la méthodologie de recueil d'informations par observation participante. Malgré la prise en compte d'indicateurs ciblés et précis, elle comporte néanmoins un biais qui est celui de la subjectivité du chercheur. Celle-ci fut d'autant plus grande dans la mesure où c'est moi-même qui ai coté les échelles de likert propre à chaque comportement observé. Malgré le fait d'en avoir conscience et de rester vigilante quant à mes observations, une large place est laissée à la subjectivité et à l'interprétation souvent guidées par ses propres représentations de la situation. Les résultats obtenus ne peuvent donc pas être totalement « objectifs ».

Puis, tout comme dans le cadre du rapport d'évaluation portant sur l'atelier de stimulation cognitive rédigé l'an dernier, ce travail d'évaluation repose sur un échantillon de population relativement restreint ne concernant, de fait, qu'une part infime des personnes touchées ou concernées par la maladie d'Alzheimer et inscrites dans ce type d'accompagnement thérapeutique non médicamenteux. Ceci ne permet donc toujours pas une généralisation des résultats obtenus.

Une dernière remarque peut être formulée concernant les conditions de passation des questionnaires et ce, concernant plus spécifiquement les sujets MA.

Dans le simple fait de soumettre le questionnaire en entretien direct amène la personne interrogée à se sentir regardée et écoutée ce qui peut être propice au biais de désirabilité sociale. Ceci amène les sujets à vouloir donner une bonne image d'eux-mêmes pouvant s'avérer d'autant plus exacerbée avec des personnes souffrant de déclin cognitif et pour lesquelles, la dimension identitaire prend une place importante.

L'existence de cette relation interdépendante entre les interlocuteurs au cours d'un entretien peut impliquer des stratégies de présentation de soi pouvant ainsi altérer la pleine authenticité des réponses apportées aux questionnaires.

3. Perspectives d'applications

Les résultats mis en évidence apportent des éléments d'informations sur la manière dont les participants vivent et appréhendent l'atelier auquel ils participent. C'est notamment à partir de ce « vécu » que sont envisagées les perspectives d'applications qui sont développées ci-dessous.

Tout d'abord, il a été observé (au travers des deux différentes méthodes d'analyse), que l'atelier d'activité physique est un lieu de bien-être physique, psychologique et social pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et ce, même lorsque celle-ci est avancée. En effet, les participants déclarent que cet atelier leur donne le sentiment de maintenir voire d'améliorer leurs capacités physiques. A cela s'ajoute un bénéfice de socialisation (voir du monde) et de sociabilisation (créer des liens sociaux) générateur de bien être psychologique en terme de santé sociale. Ce bien être (psychologique) est également alimenté par le fait que cet atelier (de part sa fonction perçus comme centré sur le corps et non explicitement sur les fonctions cognitives mais aussi par son caractère « normatif »), permet aux usagers de prendre de la distance avec la maladie, leur permettant de ne pas nécessairement relier les troubles cognitifs aux difficultés rencontrées lors du déroulement de l'atelier. L'ensemble de ces bénéfices perçus par les usagers confirment que cet atelier ***fait partie des dispositifs thérapeutiques non-médicamenteux à préconiser aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (et troubles apparentés) même lorsque celle-ci est avancée*** car il est non seulement source de bien-être physique mais aussi et surtout de bien-être psychologique (devant rester à mes yeux une priorité).

Ensuite, comme cité précédemment, cet atelier est perçu comme étant un lieu d'interaction et de relation source de bien-être social. Dimension importante car rappelons le, la maladie d'Alzheimer a notamment pour effet de générer une « mort sociale » du malade et un isolement de son entourage car cette pathologie « déshumanise » par la perte progressive de conscience de soi, de son identité. La fonction socialisante perçue au sein du dispositif joue par conséquent un rôle très important offrant, aux personnes touchées par la maladie, la possibilité de reprendre goût à être en contact avec les autres, de réamorcer une vie sociale pouvant donner lieu à un sentiment de regain de leur identité tant sociale qu'individuelle (être et exister aux yeux d'autrui).

Ces bénéfices perçus par la personne malade, en terme de santé social, amène ainsi à envisager que cet atelier *peut constituer une amorce à la mise en place d'autres types de dispositifs d'accompagnement collectifs* mais aussi et surtout *un préalable à l'entrée en accueil de jour*. En effet, si la personne malade est déjà insérée dans un dispositif thérapeutique groupal le temps d'une matinée (qui plus est, est source de bien être), cela peut par la suite faciliter son intégration dans un dispositif de prise en soin à la journée dont les accueils de jour font partie. Aspect important au regard de la réticence, tant de la part de la personne malade que de son aidant familial, à intégrer ce type de dispositif d'accompagnement.

Enfin, rappelons qu'au sein de cet atelier, pour des raisons organisationnelles, les participants du groupe prévention partagent les activités proposées avec des personnes atteintes de la MA ainsi qu'avec des aidants familiaux. Les résultats ont révélés une non neutralité (potentielle) de la rencontre entre les participants du groupe prévention et les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Ceci a notamment été mis en évidence d'une part, par une centration dans le discours des sujets (prévention), non pas sur la dimension relationnelle et interactionnelle générée par l'aspect groupal du dispositif mais sur sa fonction première perçue (maintenir voire améliorer les capacités physiques). D'autre part, il a été observé que c'est l'atelier de stimulation cognitive (lieu où les sujets sont entre pairs) qui est davantage source de bien être psychologique et social comparativement à l'atelier d'activité physique. Ainsi, partager l'atelier avec des personnes atteintes de troubles cognitif n'est pas neutre pour les participants du groupe prévention car ici, le dispositif peut constituer, pour eux-mêmes, un « miroir » de la maladie d'Alzheimer et de fait, de potentiellement susciter la crainte d'être un jour soi-même touché. Face à ce constat, il peut être préconisé de *constituer deux groupes de participants pratiquant l'activité physique sur deux temps distinct et ce, en fonction de leurs difficultés mais aussi et surtout de l'atteinte cognitive*.

BIBLIOGRAPHIE
(Concernant les deux rapports d'évaluation)

- ✓ Autin, F. Notes de lecture « La théorie de l'identité sociale de Tajfel et Turner ». 2010. *Association Française des Psychologues Scolaires*.
- ✓ Abric, J.C. (2008). *Psychologie de la communication: théories et méthodes*. Paris : Armand Colin.
- ✓ Anzieu, D., & Martin, J.Y. (2007). Les méthodes. In D. Anzieu & J.Y Martin (Eds), *La dynamique des groupes restreints* (pp.125-157). Paris : PUF.
- ✓ Bandura, A. (2007). Auto-efficacité : Le sentiment d'efficacité personnelle. Paris : De Boeck.
- ✓ Beaufile, B. (1996). *Statistiques appliquées à la psychologie : tome 1 Statistique descriptive*. Rosny : Bréal Edition.
- ✓ Clare, L., & Woods, RT. (2004). Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer's disease: A review. *Neuropsychological rehabilitation*, 4, 385–401.
- ✓ Coudin, G., & Paicheler, G. (2002). *Santé et vieillissement : approche psychosociale*. Paris : Armand colin.
- ✓ Davis, RN., Massman, JP & Doody, RS. (2001). Cognitive Intervention in Alzheimer Disease: A Randomized Placebo-Controlled Study. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*. Vol. 15, 1, 1–9.
- ✓ Derenlot, P. (2006). Démence et interventions non médicamenteuses : revue critique, bilan et perspectives. *Psychol NeuroPsychiatr Vieil*, 4 (2) : 135-44.
- ✓ Fischer, G. N., & Tarquino, C. (2006). Les méthodes en psychologie de la santé. In G. N.Fischer & C. Tarquino (Eds.), *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé* (pp. 55-68). Paris: Dunod.
- ✓ Fischer, G. N., & Tarquino, C. (1999). Les aspects psychosociaux dans les méthodologies en psychologie de la santé. *Pratiques psychologiques*, 4, 31-43.
- ✓ Folstein, M.F., Folstein S.E., McHugh. (1975). "Mini Mental State" A practical method for grading of the cognitive state of patients for the clinician. *J. Psychiat. Res*, 12, 189-198.
- ✓ Fox, K.R., Stathi, A., McKenna, J., Davis, Mark.G. (2007). Physical activity and mental well-being in older people participating in the Better Ageing Project. *Eur J Appl Physiol*, (100) 591–602.
- ✓ Heider, F (1958). *The psychology of interpersonnal relations*. In Lawrence Erlbaum Associates (Eds), (pp. 1-174). New York: Wiley.
- ✓ Likert, R. (1972). *The Likert Profile of a School: New Survey Instruments for Public Schools to Improve Organizational Effectiveness*. Michigan: Ann Arbor, Rensis Likert Associates.
- ✓ Morin, M. (2004). Etre malade : identité et pratiques sociales. In M. Morin (Ed.), *Parcours de santé* (pp. 139-167). Paris: Armand Colin.
- ✓ Ollat, H., & Bottéro, A. (2000). Apathie et motivation. *Neuropsychiatrie : tendances et débats*, 9, 17-25.
- ✓ Paquette, G. (1987). Feedback, Rétroaction, rétroinformation, réponse...du pareil au même. *Communication et langages*, N°73, 5-18.

- ✓ Partington, J. (2010). *Prise en charge de la maladie d'Alzheimer : Evaluation psychosociale d'un dispositif thérapeutique non-médicamenteux*. Mémoire de recherche de Master 2 de psychologie sociale de la santé non publié, Université Aix-Marseille I, Aix en Provence.
 - ✓ Renault, E. (2006). La reconnaissance au cœur du social. *Lutte pour la reconnaissance*, N°172, 1-7.
 - ✓ Singh, N.A., Clements, K.M., Singh, M.A& F. (2001). The Efficacy of exercise as a long-term antidepressant in elderly Subjects: a randomized, controlled trial. *Journal of gerontology : medical sciences*, 56 (8), 497-504.
 - ✓ Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B., Royan, L., Davies, S., Butterworth, M., Orrell, M. (2003). Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia Randomised controlled trial. *British journal of p psychiatry*, 183, 248-254.
 - ✓ Spitz, G.N., (2002). Les stratégies d'adaptation face à la maladie chronique. In G.N. Fischer (Ed.), *Traité de psychologie de la santé* (pp. 261-282). Paris : Dunod.
- Loi du 02 Janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Texte paru au JORF/LD. pp. 00124. Site internet <http://admi.net/jo/20020103>
 - Plan Alzheimer 2008-2012. Site internet www.plan-alzheimer.gouv.fr
 - Notice d'utilisation du logiciel statistique SPSS (PSY R01-Séminaire spécifique santé- Le logiciel SPSS)

SYNTHESE CONCLUSIVE

L'ensemble de ces travaux de recherche sur ce dispositif des ateliers « la tête et les jambes » offre un regard analytique, permettant de mettre en évidence la manière dont les usagers se sont appropriés et ont investi ces ateliers, mais aussi d'appréhender ce que ces derniers leur apportent en termes de bénéfices biopsychosociaux.

Cette démarche d'interroger le vécu subjectif des personnes insérées dans un dispositif thérapeutique non-médicamenteux (quel qu'il soit) est, de mon point de vue, indispensable.

Tout d'abord, cela permet de penser, de questionner, de réfléchir les actions menées et ainsi leur donner du sens. En effet, une approche non-médicamenteuse ne peut être envisagée uniquement sous un angle thérapeutique au sens propre, c'est-à-dire, « soigner », « traiter » ou maintenir les capacités altérées par la maladie. Une personne atteinte de troubles cognitifs ou d'une maladie de type neurodégénérative sera quasiment systématiquement orientée vers un dispositif thérapeutique non-médicamenteux² ayant pour objectif principal de stimuler les capacités cérébrales dans le but de ralentir, autant que faire se peut, le déclin cognitif. Effectivement, bon nombre d'études démontrent une incidence positive de ce type d'approche sur les performances cognitives. Il est également argumenté que le contexte collectif dans lequel se déroule la plupart de ces interventions est bénéfique pour la personne malade car il offre la possibilité de partager une activité « ensemble », d'échanger, de dialoguer. Ceci étant dit, il me paraît néanmoins adéquat de « creuser » davantage notre réflexion quant aux apports (psychosociaux) perçus de ce type de dispositif thérapeutique non-médicamenteux par les personnes qui en sont les principales bénéficiaires. Reprenons l'argument du contexte collectif comme répondant à un objectif social. Oui, l'être humain est indéniablement un être social et grégaire amenant à penser de fait qu'un contexte de groupe ne peut qu'être bénéfique et ce d'autant plus auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer dont on sait qu'elle déclenche un isolement social important et ce, tant pour la personne malade que pour son aidant familial. En effet, le plus souvent, les usagers témoignent du plaisir qu'ils ont à partager collectivement une activité, « à voir du monde », à être en contact avec autrui. C'est par ailleurs quelque chose que j'ai pu observer au sein du dispositif des ateliers « la tête et les jambes ». Un constat amenant à envisager que ce dispositif est source de bien-être psychologique mais aussi social.

² Séances d'orthophonie, d'activité physique, de stimulation cognitive, d'art thérapie, journée en accueil de jour etc.

Cependant, le simple fait de l'observer est-il suffisant ? N'est-il pas pertinent d'également comprendre pourquoi et en quoi cela est source de bien-être ? D'interroger l'utilité perçue du dispositif, comment les personnes s'y inscrivent, à partir de quelles logiques (préventives/curatives), avec quels objectifs, quelles motivations et quelles attentes ? C'est précisément ce qui a été interrogé au travers de ces deux rapports d'évaluation.

Inutile de rappeler que la maladie d'Alzheimer est une pathologie complexe soulevant bon nombre d'enjeux psychosociaux (notamment identitaires) qui doivent être pris en considération dès lors qu'il est envisagé un accompagnement dit dédié. Ainsi, interroger l'expérience subjective des personnes insérées dans un dispositif, nous renseigner sur la manière dont elles se l'approprient et le vivent, sont autant d'indicateurs qu'il est légitime de prendre en compte.

Il s'agit donc, dans le contexte spécifique de la maladie d'Alzheimer, d'envisager les dispositifs thérapeutiques non-médicamenteux non seulement comme un moyen de ralentir la progression de la maladie mais aussi et surtout, comme une démarche d'accompagnement des personnes malades. S'inscrire dans cette démarche d'être « aux côtés » et « avec » la personne touchée par la maladie implique de tenir compte de sa réalité et de ce qui a du sens pour elle.

ANNEXES

ANNEXE 1 DONNEES BRUTES ISSUES DE L'ANALYSE STATISTIQUE SPSS (rapport évaluation stimulation cognitive)

ANNEXE 2 : TABLEAU RECAPITULATIF DES REPONSES DONNEES AU QUESTIONNAIRE D'ATTENTES ET DE SATISFACTION (rapport évaluation stimulation cognitive)

ANNEXE 3 : TABLEAU RECAPITULATIF DES REPONSES DONNEES AU QUESTIONNAIRE D'ATTENTES ET DE SATISFACTION (rapport évaluation activité physique)

ANNEXE 1 :
DONNEES BRUTES ISSUES DE L'ANALYSE
STATISTIQUE SPSS (rapport atelier stimulation cognitive)

ANNEXE 2 :
TABLEAU RECAPITULATIF DES REPONSES DONNEES
AU QUESTIONNAIRE D'ATTENTES ET DE
SATISFACTION (rapport atelier stimulation cognitive)

ANNEXE 3
TABLEAU RECAPITULATIF DES REPONSES DONNEES
AU QUESTIONNAIRE D'ATTENTES ET DE
SATISFACTION (rapport atelier activité physique)