

LES INTERVENTIONS ACCESSIBLES AUX PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET UNE DÉMENCE ET À LEUR ENTOURAGE

Cette fiche thématique est rendue possible par le projet DIMA <https://www.social-project.fr/dima>
Fiche rédigée par Camille Lombart et Hursula Mengue-Topio, Univ. Lille, ULR 4072 - PSITEC -
Psychologie : Interactions Temps Émotions Cognition, F-59000 Lille, France.
Relue par Vincent Caradec et Muriel Delporte, Univ. Lille, ULR 3589 - CeRIES - Centre de recherche
« Individus Épreuves Sociétés », F-59000 Lille, France.

**Cette fiche est élaborée dans le cadre du projet DIMA [1].
Elle reprend le terme de démence employé dans les travaux scientifiques et les classifications
internationales. La démence est à comprendre ici comme une maladie neurologique qui
altère, de manière durable, le fonctionnement cognitif et adaptatif des personnes.**

La démence est un syndrome caractérisé par un déclin progressif et durable (plus de 6 mois) des capacités cognitives, fonctionnelles et adaptatives suffisamment grave pour interférer avec les habitudes de vie de la personne. Les connaissances scientifiques actuelles permettent de délimiter trois stades évolutifs [2] : le stade précoce, intermédiaire et avancé. A terme, ceci a un effet drastique sur la capacité de la personne à prendre soin d'elle.

Tout au long de ces stades, il est recommandé d'adopter une approche centrée sur la personne en prenant en compte sa santé, son handicap et le contexte social dans lequel elle évolue. Pour cela, les établissements et services mettent en place des interventions médicamenteuses et non-médicamenteuses. Selon Ninot (2018), une intervention non-médicamenteuse correspond à une intervention non invasive et non pharmacologique sur la santé humaine fondée sur la science. Elle a pour but de retarder l'apparition de la maladie, limiter son aggravation et atténuer ses conséquences. Les interventions non-médicamenteuses ont des formes diverses comme un produit, une méthode, un programme ou un service.

[1] DIMA (Déficiency Intellectuelle et Maladie d'Alzheimer) est une communauté mixte de recherche financée par l'IRESP et la CNSA dans le cadre du programme « Autonomie : personnes âgées et personnes en situation de handicap » 2021. DIMA rassemble des professionnels universitaires et de terrain, des familles, des personnes en situation de handicap et des personnes ressources autour d'une problématique partagée : comment accompagner les personnes qui ont une déficiency intellectuelle et qui sont confrontées à la maladie d'Alzheimer, parce qu'elles sont elles-mêmes atteintes par la maladie ou parce qu'elles sont confrontées à sa survenue chez leurs proches. La description du projet et des ressources sont disponibles à cette adresse : <https://www.social-project.fr/dima>.

[2] Cf. la fiche intitulée « Evolution de la démence chez les personnes avec une déficiency intellectuelle : quelles recommandations pour l'accompagnement global ? » disponible à cette adresse https://www.social-project.fr/_files/ugd/750823_5497f661479f47e38ecf4caa37bb5dad.pdf

Le contenu des interventions non-médicamenteuses doit être connu de ses bénéficiaires. Elles ne constituent pas une alternative aux traitements biologiques conventionnels et leur objectif n'est pas de guérir la maladie. Par contre, ces interventions viennent en complément afin de mieux vivre avec la maladie.

Les interventions non-médicamenteuses peuvent être réalisées directement auprès des personnes ayant une déficience intellectuelle et une démence. Cela comprend des interventions visant à améliorer la cognition, l'autonomie, les compétences émotionnelles, le bien-être psychologique, physique. De telles interventions visent à réduire les comportement-défis ou à leur substituer des comportements alternatifs [1]. On peut citer les interventions comportementales et socio-éducatives. L'intervention peut également cibler l'entourage des personnes concernées, comme par exemple les groupes de psychoéducation, les groupes de soutien par la parole et les formations. Enfin, à un niveau plus global, l'intervention peut concerner l'environnement en prenant en compte des aspects tels que l'aménagement, l'architecture, la luminosité, le bruit, le cadre institutionnel et communautaire... L'établissement de preuves d'efficacité favorise l'adoption d'interventions fondées et conduisant à l'amélioration de la qualité de vie de chacun.

1) INTERVENTIONS AUPRES DE LA PERSONNE

Interventions comportementales

Il existe deux types d'interventions comportementales : celles qui réduisent un comportement-défi (modification du comportement ; Horovirz *et al.*, 2010) et celles qui orientent le comportement sur une alternative (activation du comportement ; Green, 2016). L'efficacité de ces interventions est évaluée en effectuant une mesure du comportement avant et après l'intervention.

Modification du comportement-défis

Objectif de l'intervention : mettre en œuvre une méthode de renforcement chez un homme de 53 ans ayant une trisomie 21 et une démence puis évaluer l'efficacité de l'intervention.

Comportement-cible 1 : refus de mettre ses vêtements et l'aide proposée.

Comportement-cible 2 : se touche de manière inappropriée.

Procédure utilisée pour l'évaluation : renforcer la réponse positive aux propositions d'aide en félicitant ou récompensant la personne.

Résultats 1 : diminution de 61% des refus à la proposition d'aide dans ce contexte précis mais aussi dans d'autres contextes (ex. prendre son bain).

Résultat 2 : amélioration des résultats un mois après l'intervention avec une diminution de 85% des refus à la proposition d'aide.

[1] Le terme comportement-défi remplace le terme de trouble de comportement. Ce comportement peut prendre différentes formes comme l'automutilation, l'agressivité (physique ou verbale) ou les stéréotypies. Tout cela pose de véritables défis à l'organisation des structures d'accueil et à l'intégration communautaire. Les comportements-défis ne sont plus considérés uniquement comme un trouble inhérent à la personne avec déficience intellectuelle mais bien comme le résultat d'interactions entre la personne et son environnement. (INSERM, 2016)

[2] Cf. « Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025 » : <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513487>

L'activation comportementale vise à favoriser les alternatives adaptées plutôt que d'agir directement sur les comportements-défis. Il s'agit d'identifier des activités gratifiantes, de considérer le niveau d'engagement, de maîtrise et de plaisir dans la tâche ainsi que les activités quotidiennes.

Activation du comportement

Objectif de l'intervention : mettre en œuvre une méthode d'activation comportementale chez un homme de 76 ans ayant une déficience intellectuelle et une démence au stade précoce, puis évaluer l'efficacité de l'intervention.

Comportement-cible 1 : comportements symptomatologiques de la dépression (ex. repli sur soi).

Comportement-cible 2 : comportements symptomatologiques de l'anxiété (ex. inquiétude à sortir).

Procédure utilisée : 6 séances de thérapie dispensées sur 2 mois, orientées vers les activités gratifiantes et de la vie quotidienne (ex. shopping, sortie au café, bricolage), en présence de l'aidante (i.e. épouse).

Résultat 1 : observation par l'aidante de l'amélioration comportementale (ex. plus d'engagement dans les activités comme le shopping, les sorties au café et le bricolage).

Résultat 2 : pour l'aidant, diminution de la charge ressentie liée à la maladie (résultat observé sur un questionnaire).

Résultat 3 : diminution du score de dépression et d'anxiété sur une échelle complétée par la personne ayant une déficience intellectuelle et une démence .

Les interventions comportementales semblent être efficaces auprès des personnes ayant une déficience intellectuelle et une démence, même si le maintien des résultats varie dans le temps (de 1 à 3 mois). Elle nécessite des psychologues formés et un bon niveau d'investissement et de rigueur de l'entourage des personnes concernées. Il est à noter que ces résultats sont difficilement généralisables car les chercheurs utilisent la méthode de l'étude de cas [1].

Interventions socio-éducatives

Les interventions socio-éducatives réunissent généralement les personnes concernées autour d'une activité permettant de répondre aux besoins et atteindre des objectifs (ex. améliorer la mémoire, la communication de la personne, renforcer sa confiance...). Elles peuvent prendre différentes formes comme des ateliers de chant, de la musicothérapie, des cafés-mémoire, des groupes de soutien autour de l'histoire de vie.

La Société Alzheimer développe, depuis 2003, un projet intitulé Singing for the brain [2] à destination des personnes ayant une démence et de leurs aidants. Les séances de chant permettent de soutenir la communication, développer des compétences existantes, renforcer la confiance, se remémorer des souvenirs, partager des émotions, améliorer la qualité de vie ainsi que de renforcer les liens sociaux. Dès lors, la Société Alzheimer a souhaité diversifier son public, notamment en s'intéressant aux personnes avec une déficience intellectuelle (Ward et Parkes, 2015).

[1] En sciences humaines et sociales, l'étude de cas renvoie à une méthode d'investigation ayant pour objectif d'analyser et de comprendre en étudiant en détail l'ensemble des caractéristiques d'un problème ou d'un phénomène restreint et précis tel qu'il s'est déroulé dans une situation particulière, réelle ou reconstituée, jugée représentative de l'objet à étudier (Albero et Poteaux, 2010) .

[2] Cf. le site concernant l'origine du projet : <https://www.alzheimers.org.uk/get-support/your-dementia-support-services/singing-for-the-brain>

Singing for the brain

Objectif : présenter les effets d'un atelier de chants à destination des personnes ayant une déficience intellectuelle et avec soit des problèmes de mémoire soit une démence diagnostiquée (entre 45 et 75 ans, sans précision du stade).

Méthode utilisée : pendant 6 mois, toutes les deux semaines, atelier de chants d'une heure, composé de 11 à 12 participants et 2 à 3 professionnels.

Outils de mesure : questionnaires délivrés aux personnes, entretiens avec les professionnels et séances d'observations de l'atelier.

Résultat 1 : satisfaction des participants qui témoignent une grande importance de l'atelier pour eux.

Résultats 2 : observation des effets de l'atelier par les professionnels : ouverture à de nouvelles expériences, de nouvelles rencontres, possibilité d'exercer un choix, amélioration de la communication, de la mémoire, de l'apprentissage chez les participants.

Conclusion : succès de l'atelier de chants pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et une démence.

La musicothérapie utilise principalement l'improvisation musicale pour construire une relation entre le thérapeute et la personne. Elle est déjà utilisée auprès de publics avec une démence, ce qui permet une diminution des symptômes comportementaux et psychologiques. Bevins *et al.*, (2015) se sont intéressés à cette pratique auprès des personnes avec une déficience intellectuelle et une démence.

Musicothérapie

Objectif : évaluer l'efficacité de l'atelier de musicothérapie pour 5 personnes ayant une déficience intellectuelle et une démence diagnostiquée (sans précision ni sur le stade ni sur l'âge).

Méthode utilisée : atelier composé de 3 séances d'évaluation et de 18 séances d'intervention, animé par un musicothérapeute et un psychologue clinicien. Structuré en différentes étapes : la chanson d'accueil, l'activité musicale autour des percussions (ex. manipuler des petits instruments, jouer ensemble et/ou en duo, suivre un leader...), la chanson de fin.

Outils de mesure : entretiens ou groupes de discussion avec les professionnels.

Résultat : atelier considéré comme agréable et accessible au plus grand nombre.

Conclusion : appréciation de l'atelier par les participants et les professionnels.

Difficulté à percevoir un impact direct sur les personnes ayant une déficience intellectuelle et une démence.

Les cafés-mémoire ont été créés aux Pays-Bas, en 2004. Depuis, ils sont devenus une pratique d'accompagnement courante pour les personnes ayant une démence et leurs aidants. Ils ont pour objectif de réunir des personnes dans des lieux informels pour socialiser, partager des informations et fournir un soutien par les pairs au sujet de la maladie. Cette initiative a été expérimentée avec des personnes ayant une déficience intellectuelle et une démence (Kiddle *et al.*, 2016).

Cafés-mémoire

Objectif : identifier les bénéfices des cafés-mémoire à destination des personnes concernées (4 en cours de diagnostic, 3 au stade intermédiaire et les autres sans évaluation, âge non renseigné) et les adaptations nécessaires pour rendre accessible cet accompagnement.

Méthode utilisée :

- Pour les participants : animée par 2 psychologues, une infirmière, un assistant et des bénévoles, une séance hebdomadaire pendant 12 semaines, structurée de la manière suivante : accueil, activité physique, activité cognitive, activité créative ou musicale et clôture de la séance.
- Pour les professionnels : des temps de psychoéducation dispensés sur la démence, le rôle des médicaments, la communication et les activités significatives.

Résultat 1 : satisfaction des participants particulièrement avec les activités musicales.

Résultats 2 : observation d'une amélioration de la communication, des interactions, de l'engagement dans les activités et du niveau de vigilance par les professionnels.

Résultat 3 : persistance des bénéfices 6 mois après l'intervention.

Conclusion : nécessité de simplifier les activités, impliquer un nombre important de professionnels, solliciter des professionnels ayant des ressources en communication alternative et en gestion du comportement.

Les thérapies de stimulation cognitive ont des avantages sur les personnes ayant une démence. Ce sont des ateliers, généralement de groupe, mettant en œuvre une gamme de tâches standards et adaptées avec des niveaux de difficultés différents. Ils permettent d'améliorer le fonctionnement cognitif et social. Ces ateliers sont centrés sur des aspects concrets de l'environnement ou de l'histoire de la personne, en utilisant des matériaux comme des objets ou photographies. Crook *et al.*, (2016) se sont intéressés à ce type d'atelier avec les personnes ayant une déficience intellectuelle et une démence.

Atelier autour de l'histoire de vie

Objectif : étudier les effets des ateliers autour de l'histoire de vie chez 5 personnes, âgées de 50 à 63 ans, ayant une trisomie 21 et une démence du stade précoce au stade intermédiaire.

Méthode utilisée : utilisation de l'histoire de vie et des objets familiaux collectés auprès des familles (ex. photos, souvenirs...) pour la personne. Une séance d'1h30 organisée autour de 3 temps : le livre autour de l'histoire de vie, la boîte à objets et un temps sans intervention.

Outils de mesure : grille d'observation des comportements liés au bien-être et au niveau d'activité pendant l'atelier.

Résultat : pendant l'atelier, niveau de bien-être plus élevé par rapport à la condition sans intervention avec des comportements d'approche face aux éléments témoignant de l'attachement, une augmentation de la communication et de l'expressivité.

Conclusion : ces pratiques peuvent être pertinentes mais des études plus approfondies pour évaluer leur effet sur la personne sont nécessaires.

Les interventions socio-éducatives semblent efficaces et permettent de répondre aux besoins des personnes ayant une déficience intellectuelle et une démence. Ces expérimentations demandent des ressources et sont à encourager. Les connaissances sur le sujet gagneraient à être approfondies en utilisant des méthodologies différentes pour consolider les résultats obtenus.

2) INTERVENTIONS AUPRES DE L'ENTOURAGE

Il est important de prendre en compte l'entourage des personnes ayant une déficience intellectuelle et une démence que ce soit les familles, les pairs et les professionnels d'accompagnement. En effet, l'arrivée de la démence occasionne des questionnements et de nouveaux défis pour l'entourage. Ces interventions permettent de mieux comprendre les personnes et leurs comportements, d'ajuster ses réactions et améliorer le bien-être de chacun. Il peut s'agir de groupe de psychoéducation et/ou de formation.

Les groupes de psychoéducation permettent à chacun de mieux comprendre la maladie, évoquer les difficultés et développer de nouvelles stratégies pour faire face à cet événement. Une initiative de ce type a été effectuée avec des personnes ayant une déficience intellectuelle habitant avec 2 autres pairs ayant une déficience intellectuelle et une démence (Lynggaard et Alexander, 2004).

Groupe de soutien par la parole

Objectif : évaluer une intervention élaborée pour 4 personnes avec une déficience intellectuelle vivant en colocation avec 2 autres personnes ayant une déficience intellectuelle et une démence.

Méthode utilisée : réunion du groupe pendant 6 semaines, à raison d'une heure. Thèmes suivants abordés : mémoire et ses difficultés, vivre avec une personne qui a une démence, résolution de problème.

Outils de mesure : entretien semi-structuré avec les personnes et les professionnels et questionnaire sur les interactions ; outil complété par les professionnels.

Résultat 1 : avant l'intervention, les participants attribuaient les difficultés de leur colocataire à un comportement délibéré plutôt qu'à la maladie. A la fin de l'intervention, les participants avaient une meilleure compréhension des causes des comportements.

Résultat 2 : amélioration dans les interactions avec les colocataires malades sur le questionnaire complété par les professionnels

Résultat 3 : maintien des résultats 6 mois après l'intervention.

Les groupes de formation ont été mis en place en Irlande en réponse au manque de préparation et de compréhension des professionnels d'accompagnement face à la démence et les problématiques de fin de vie chez les personnes avec une déficience intellectuelle (Fahey-MacCarty *et al.*, 2009).

Groupe de formation

Objectif : évaluer les résultats d'une formation à destination des professionnels accompagnant des personnes avec une déficience intellectuelle et une démence (stade avancé) et ceux en soins palliatifs.

Méthode utilisée : formation sur 4 jours pour 16 professionnels de santé. Sujets suivants abordés : histoire et philosophie de la déficience intellectuelle et soins palliatifs, éthique, prise de décision et influence culturelle, perte, deuil et accompagnement vers la fin de vie.

Outils de mesure : utilisation d'un questionnaire avant et après la formation pour évaluer les connaissances acquises et les changements d'attitude et de perception des professionnels.

Résultat 1 : augmentation des connaissances concernant les éléments de la formation après celle-ci.

Résultat 2 : changement de perception et d'attitude à l'égard des soins centrés sur la personne et des soins palliatifs chez certains professionnels.

Conclusion : d'après les professionnels, intervention soutenant le vieillissement à domicile et la préparation à une bonne mort y compris l'accompagnement aux émotions et au deuil des professionnels, pairs et familles.

D'autres études ont examiné l'impact plus spécifique des groupes de formation auprès des professionnels concernant un outil de dépistage de la démence chez les personnes ayant une déficience intellectuelle (Walaszek *et al.*, 2022). Il en résulte que la formation a permis aux professionnels de se sentir plus légitimes et confiants sur leur rôle dans le processus de dépistage. 94% des 154 participants étaient d'accord pour utiliser l'outil de dépistage. À la suite de la formation, les pratiques de dépistage dans les établissements et services ont largement évolué.

Les interventions auprès de l'entourage sont essentielles car elles constituent à la fois un soutien pour l'entourage, et de manière indirecte permettent à celui-ci d'accompagner plus sereinement les personnes avec une déficience intellectuelle et une démence, devenant de plus en plus dépendantes. De ce fait, ces interventions de manière globale visent à améliorer la qualité de vie des personnes concernées. Ces études s'intéressent au bien-être en évaluant le ressenti de l'entourage. Néanmoins, dans le champ de la déficience intellectuelle, très peu d'interventions ciblent les aidants familiaux.

2) INTERVENTIONS SUR L'ENVIRONNEMENT

Les interventions sur l'environnement doivent être centrées sur la personne et ses spécificités (De Vreese *et al.*, 2012). Néanmoins, la preuve de l'efficacité de ce type d'intervention est complexe de par sa nature multi-composante. Cela ne permet pas une interprétation directe des résultats.

Construction d'une unité déficience intellectuelle et démence

Objectif : évaluer l'efficacité des interventions non-médicamenteuses (modification de l'environnement, adaptation des activités et des soins spécialisés) sur les personnes avec une déficience intellectuelle et une démence (âgées en moyenne de 53 ans).

Méthode utilisée : lors de la construction de l'unité spécifique, une attention particulière portée sur l'architecture, le mobilier, la signalisation, le revêtement de sol, la qualité de l'air, l'éclairage et les zones de transferts. Les activités de la vie quotidienne personnalisées et adaptées à chaque résident (ex. musiques favorites pendant la toilette). Enfin, un chien de compagnie présent dans l'unité.

Outils de mesure : échelle de démence composée d'une partie relative à la cognition et d'une autre aux compétences sociales.

Résultat 1 : chez les résidents de l'unité spécialisée, amélioration des scores en composante cognition par rapport aux résidents accueillis par d'autres types d'établissements et services^[1].

Résultat 2 : après 3 ans, chez les résidents de l'unité spécialisée, stabilité des scores en composante sociale par rapport aux résidents accueillis par d'autres types d'établissements et services.

Résultat 3 : pas de déménagement pour les résidents de l'unité spécialisée alors que 6 résidents de l'accueil de jour ont été transférés en foyer médicalisé.

^[1] Les établissements et services de comparaison dans cette étude sont équivalents à un Foyer Accueil Médicalisé (FAM) et un Service d'Accueil de Jour (SAJ)

CONCLUSION

L'objectif de ce document était de produire une synthèse des connaissances au sujet des interventions non-médicamenteuses chez les personnes avec une déficience intellectuelle et une démence. Ces interventions, centrées sur la personne, sont un ensemble structuré et planifié d'actions qui touche à la fois aux facteurs individuels et environnementaux (Juhel, 2012). Elles conduisent globalement à l'amélioration de la qualité de vie des personnes accompagnées et de leur entourage. De différentes natures, ces interventions, à destination des personnes avec déficience intellectuelle, des familles, des professionnels et des pairs, se multiplient et répondent à des objectifs spécifiques. Dans les travaux, la preuve de leur efficacité est régulièrement discutée. Les connaissances scientifiques en la matière s'accroissent, néanmoins leurs diffusions vers les premiers concernés, c'est-à-dire les milieux de pratique, reste limitée. De ce fait, un partenariat intégrant l'ensemble des acteurs (i.e. professionnels de la recherche et de terrain, famille, pairs, personnes concernées) est nécessaire pour améliorer l'efficacité de telles interventions et pour les rendre accessibles au plus grand nombre.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Albero, B. 2010. L'étude de cas : une modalité d'enquête difficile à cerner. In Albero, B., & Poteaux, N. (Eds.), *Enjeux et dilemmes de l'autonomie : Une expérience d'autoformation à l'université*. Paris : Éditions de la Maison des sciences de l'homme. doi: 10.4000/books.editionsmsmh.227
- Bevins, S., Dawes, S., Kenshole, A., et Gaussen, K. (2015). Staff views of a music therapy group for people with intellectual disabilities and dementia: A pilot study. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 9(1), 40–48. <https://doi.org/10.1108/AMHID-04-2014-0005>
- Crook, N., Adams, M., Shorten, N., et Langdon, P. E. (2016). Does the well-being of individuals with down syndrome and dementia improve when using life story books and rummage boxes? A randomized single case series experiment. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities: JARID*, 29 (1), 1–10. <https://doi.org/10.1111/jar.12151>
- De Vreese, L. P., Mantesso, U., De Bastiani, E., Weger, E., Marangoni, A. C., et Gomiero, T. (2012). Impact of dementia-derived nonpharmacological intervention procedures on cognition and behavior in older adults with intellectual disabilities: A 3-year follow-up study. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 9(2), 92–102. <https://doi-org./10.1111/j.1741-1130.2012.00344.x>
- Fahey-McCarthy, E., McCarron, M., Connaire, K., et McCallion, P. (2009). Developing an education intervention for staff supporting persons with an intellectual disability and advanced dementia. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 6(4), 267–275. <https://doi-org./10.1111/j.1741-1130.2009.00231.x>
- Green, P. (2017). A behavioural approach to helping an older adult with a learning disability and mild cognitive impairment overcome depression. *British Journal of Learning Disabilities*, 45(1), 81–88. <https://doi-org./10.1111/bld.12160>
- Horovitz, M., Kozlowski, A. M., et Matson, J. L. (2010). Compliance training in an adult with dementia of the Alzheimer's type and Down syndrome. *Clinical Case Studies*, 9(2), 95–105. <https://doi.org/10.1177/1534650109357784>

Holly Dennehy, Andrew P. Allen, Eimear McGlinchey, Nadine Buttery, Laura García-Domínguez, Rachael Chansler, Christina Corr, Pamela Dunne, Seán Kennelly, Louise Daly, Philip McCallion et Mary McCarron (2022): A scoping review of post-diagnostic dementia supports for people with intellectual disability, *Aging & Mental Health*, DOI: 10.1080/13607863.2022.2130171

Inserm (2016). *Déficiences intellectuelles. Expertise collective. Synthèse et recommandations*. Édition Diffusion Presse Sciences.

Juhel, J. C. (2012). *La personne ayant une déficience intellectuelle : découvrir, comprendre, intervenir*. Presses de l'Université Laval.

Kiddle, H., Drew, N., Crabbe, P., et Wigmore, J. (2016). A pilot memory cafe for people with learning disabilities and memory difficulties. *British Journal of Learning Disabilities*, 44(3), 175–181. <https://doi-org.fr/10.1111/bld.12135>

Lynggaard, H., et Alexander, N. (2004). 'Why are my friends changing?' Explaining dementia to people with learning disabilities. *British Journal of Learning Disabilities*, 32(1), 30–34. <https://doi-org./10.1111/j.1468-3156.2004.00246.x>

MacDonald, S., et Summers, S. J. (2020). Psychosocial interventions for people with intellectual disabilities and dementia: A systematic review. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 33(5), 839-855.

Ninot, G. (2018). Intervention non-médicamenteuse INM : un concept pour lever les ambiguïtés sur les médecines douces et complémentaires. *Hegel*, 1, 2-3. <https://doi-org./10.4267/2042/65110>

Walaszek, A., Albrecht, T., LeCaire, T., Sayavedra, N., Schroeder, M., Krainer, J., Prichett, G., Wilcenski, M., Endicott, S., Russmann, S., Carlsson, C. M., et Mahoney, J. (2022). Training professional caregivers to screen for report of cognitive changes in persons with intellectual disability. *Alzheimer's & dementia* (New York, N. Y.), 8(1), e12345. <https://doi.org/10.1002/trc2.12345>

Ward, A. R., et Parkes, J. (2017). An evaluation of a singing for the brain pilot with people with a learning disability and memory problems or a dementia. *Dementia* (London, England), 16(3), 360–374. <https://doi.org/10.1177/1471301215592539>