UNIVERSITÉ FRANÇOIS RABELAIS

UFR DE MÉDECINE - TOURS

&

AFRATAPEM

Association Française de Recherche & Applications des Techniques Artistiques en Pédagogie et Médecine

UNE EXPÉRIENCE D'ART-THÉRAPIE À DOMINANTE MUSIQUE AUPRÈS DE PERSONNES ÂGÉES ATTEINTES DE PATHOLOGIES DU VIEILLISSEMENT VIVANT EN INSTITUTION

Mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie

De la faculté de médecine de TOURS

Présenté par Jung-Yeon YOU - GOSSELIN

Année 2011

Sous la direction de :

Hyeson JEON

Art-thérapeute

D.U. d'Art-thérapie à Tours

Lieux de stage :

- Hôpital Sainte-Périne
  11 rue Chardon Lagache
  F-75016 Paris
- Hôpital Heavenly
  1696 Jung San-dong,
  Il san, Kungki-do, Corée-du-Sud

PLAN DU MEMOIRE

PLAN DU MEMOIRE....1
REMERCIEMENTS....6
GLOSSAIRE....7
INTRODUCTION....9
PREMIERE PARTIE: LES PERSONNES ÂGÉES ATTEINTES DE PATHOLOGIES DU VIEILLISSEMENT PEUVENT BÉNÉFICIER D'ART-THÉRAPIE À DOMINANTE MUSIQUE. 11
I. La personne âgée atteinte de pathologie du vieillissement peut-être pénalisée dans sa qualité de vie par isolement....11
1. Le vieillissement accompagne la fragilisation physique et cognitive....11
1) Le vieillissement commence avant la vieillesse....11
2) Les pathologies multiples et les déficits fonctionnels sont associés à un vieillissement. 12
a) Les pathologies multiples avec l'avance en âge....12
b) Les déficits fonctionnels associés à un vieillissement normal....12
3) Certaines pathologies du vieillissement créent des déficits majeurs, moteurs ou sensoriels limitant l'autonomie de la personne âgée....14
2. La personne âgée atteinte des pathologies du vieillissement devient dépendante....18
1) La fragilisation de l'organisme et les pathologies du vieillissement contribuent à la dépendance de la personne âgée....18
a) La dépendance du sujet âgé....18
b) Les différentes formes de dépendance....19
2) La perte d'autonomie de la personne âgée est à l'origine de la plupart des entrées en institution....19
3) Le placement institutionnel de la personne âgée est souvent une rupture et elle peut perdre les repères de son cadre de vie....20
3. La personne âgée atteinte des pathologies du vieillissement peut souffrir d'isolement....20
1) Ces changements et la dépendance de la personne âgée peuvent entrainer des difficultés dans la communication et la relation....20
2) L'isolement peut contribuer à la difficulté de conserver une vie psychique autonome qui altère la qualité de vie de la personne âgée....21
a) Les fondements d'une bonne qualité de vie....21
b) L'estime de soi....23

c) L'affirmation de soi 23
d) La confiance en soi.....23
II. La musique est une activité artistique qui a un pouvoir expressif.....24
1. L'art est une activité humaine volontaire dirigée vers l'esthétique.....24
1) L'art est une activité humaine.....24
a) L'idée de l'Art a évolué avec l'être-humain.....24
b) La réalisation de l'art 25
2) Le plaisir esthétique repose sur la gratification sensorielle.....25
3) L'art est caractérisé par l'orientation esthétique.....26
a) L'art est une activité privilégiée d'expression.....26
b) L'expression artistique est une action humaine vers l'esthétique.....26
2. La musique est une activité d'expression artistique.....27
1) Le corps physique et l'esprit de l'être humaine sont impliqués dans la pratique de la musique.....27
2) La pratique de la musique requiert des capacités sensorimotrices et émotionnelles.....28
3) La pratique de la musique sollicite la capacité de la communication et relationnelle.....28
3. La personne âgée atteinte des pathologies du vieillissement peut bénéficier d'art-thérapie à dominante musique.....29
1) La musique peut stimuler les capacités cognitives de la personnes âgée.....29
2) La personne âgée atteinte des pathologies du vieillissement peut trouver le bien-être dans la pratique de musique. 30
a) Le vieillissement et la musique.....30
b) Le vieillissement pathologique et la musique.....32
3) L'art-thérapie à dominante musique peut aider la personne âgée dépendante de sortir de son isolement.....34
III. Les personne âgées atteintes des pathologies du vieillissement peuvent bénéficier d'art-thérapie à dominante musique.....35
1. L'art-thérapie est une approche originale de soin dans l'équipe pluridisciplinaire.....35
2. La théorie de l'art-opératoire permet l'analyse thérapeutique en art-thérapie.....36
1) Théorie de l'art opératoire.....36
2) Présentation de l'opération artistique.....36
3. Des outils spécifiques permettent à l'art-thérapeute d'exercer son métier avec une efficacité scientifique. 38
DEUXIEME PARTIE : LA MISE EN PLACE D'ART-THERAPIE AUPRES DE PERSONNES

AGEES EN INSTITUTION....41
I. Stage dans un service de soin de longue durée à l'hôpital Sainte-Périne de Paris....41
1. Présentation de l'hôpital Sainte-Périne....41
1) Le service de soin de longue durée (pôle Beausoleil) accueille des personnes âgées atteintes de pathologie de vieillissement....41
2) Présentation du l'unité de SLD (soin de longue durée) 42
2. L'unité de soin de longue durée accueille des personnes âgées dépendantes avec une équipe pluridisciplinaire....42
1) Les professionnels travaillent sur leur propre mission....42
2) Les objectifs de l'atelier d'art-thérapie s'inscrivent dans l'activité de l'équipe en cherchant la complémentarité....43
3) Les patients retenus pour un atelier d'art-thérapie sur le critère de la complémentarité. .44
3. L'atelier d'art-thérapie à dominante musique est mis en place 45
1) La réalisation de l'atelier d'art-thérapie 45
2) La stratégie thérapeutique adaptée est nécessaire pour les patients isolés....46
II. Les études de cas....47
1. Madame B en séances individuelles....47
1) Anamnèse et présentation....47
2) Présentation des objectifs thérapeutiques....47
a) Objectifs de la structure....47
b) Objectifs généraux en art-thérapie....47
c) Objectifs intermédiaires....48
3) Présentation de la stratégie thérapeutique....48
4) Déroulement des séances....48
5) Évaluation des séances....50
2. Monsieur F en séances individuelles....53
1) Anamnèse et présentation 53
2) Présentation des objectifs thérapeutiques....54
a) Objectifs de la structure....54
b) Objectifs généraux en art-thérapie....54
c) Objectifs intermédiaires....54
3) Présentation de la stratégie thérapeutiques....54
4) Déroulement des séances....55
5) Évaluation des séances....57

3. Monsieur J en séances individuelles....60
1) Anamnèse et présentation....60
2) Présentation des objectifs thérapeutiques....60
a) Objectifs de la structure....60
b) Objectifs généraux en art-thérapie....60
c) Objectifs intermédiaires....61
3) Présentation de la stratégie thérapeutiques....61
4) Déroulement des séances....61
5) Évaluation des séances....64
III. Conclusion de la prise en charge....66
1. Le durée d'une prise en charge est un facteur important pour les personnes âgées isolées.. 66
2. L'atelier individuel a un intérêt pour améliorer la capacité relationnelle....67
3. La conception d'une prise en charge sur une longue durée est nécessaire pour isolement de la personne âgée....68
TROISIEME PARTIE : DISCUSSION....69
I. Pratique de la musicothérapie et traditions de la société sud-coréenne....69
1. Présentation de l'atelier d'art-thérapie à dominante musique : musicothérapie en Corée du Sud....69
1) Place spécifique de la musicothérapie en Corée du Sud....69
a) Présentation de l'histoire de la musicothérapie en Corée du Sud....69
b) Élargissement des champs d'application de la musicothérapie dans la société sud-coréenne....70
2) Une haute technicité artistique nécessaire à l’exercice de la profession de musicothérapeute....72
a) Formation universitaire en musicothérapie....72
b) Formations non universitaires en musicothérapie....74
3) Différences de la pratique de la musicothérapie en Corée du Sud....74
2. De multiples approches techniques pour la pratique de la musicothérapie en Corée du Sud. 75
1) Approche psychodynamique....75
2) Approche comportementale....76
3) Approche humaniste....77
4) Approche cognitiviste....77
II. Une expérience de musicothérapie dans une clinique neurologique en Corée de Sud....78

1. Accueil des personnes âgées atteintes de pathologies neurologiques par l'hôpital Heavenly en Corée de sud....78
1) Présentation de la structure....78
a) Originalité de l'hôpital Heavenly....79
2) Présentation du projet de vie de l'hôpital Heavenly....80
2. Mise en place de différents ateliers thérapeutiques....81
1) Des ateliers différents pour chaque thérapeute....81
a) Musicothérapie....81
b) Art-thérapie (à dominante arts-plastiques)....81
c) Hortithérapie (thérapie horticole)....82
2) Participer à différents ateliers thérapeutiques....82
3. Expérimentation de l'atelier de musicothérapie de l'hôpital Heavenly....83
1) Mon statut de stagiaire à l'hôpital Heavenly....83
2) Déroulement des différents ateliers....83
a) En petits groupes....83
b) En grands groupes....84
c) Séances individuelles....84
3) Approches techniques exploitées par l'hôpital Heavenly....85
III. Autour de deux différentes pratiques entre la Corée du sud et l'école d'art-thérapie de Tours en art-thérapie à dominante musique....87
1. Différentes conceptions de l'art-thérapie à dominante musique....87
1) cadre de travail....87
2) Le statut professionnel d'art-thérapeute....89
2. Différentes prises en charge entre deux pays....90
1) L'objectif thérapeutique....90
2) Moyens, techniques 90
3) Indication de la prise en charge....91
3. Différentes évaluations dans les deux pays....91
a) La musicothérapie en Corée....91
b) l'école d'art-thérapie de Tours....93
IV. Conclusion :comparaison de la pratique d'art-thérapie à dominante musique dans deux pays 94
CONCLUSION....96
BIBLIOGRAPHIE....97

REMERCIEMENTS

A toute les personnes âgées de l'hôpital Heavenly et de l'hôpital Sainte-Périne d'avoir si gentiment acceptés ma présence à leur côtés et sans qui ce travail n'aurait pas été possible.

A Mademoiselle LEE Eun-Ju, la musicothérapeute à l'hôpital Heavenly pour ses conseils et son soutien pendant le stage à l'hôpital Heavenly.

A Madame Levieux, ma directrice de stage pour m'avoir accepté d'effectuer ce stage à l'hôpital Sainte-Périne.

A l'équipe soignante et d'animation de l'hôpital Sainte-Périne (particulièrement Laurent) et l'équipe cognitive de l'hôpital Heavenly pour leur accompagnement et nos différents échanges tout au long de mon stage.

A mes parents en Corée du sud et à mes beaux parents pour leur grand soutien.

Je souhaite également remercier, Hyeseun JEON, ma directrice de mémoire, pour ses conseils et son accompagnement.

Je souhaite remercier l'équipe pédagogie de l'AFRATAPEM.

Merci à Olivier et à T-J.

GLOSSAIRE

Anamnèse : Ensemble des renseignement recueillis sur l'histoire et les détails d'une maladie, auprès du malade lui-même ou ses proches.
Appendicetomie : un acte chirurgical consistant en l'ablation de l'appendice iléo-cæcal.
ADEM : encéphalomyélite aigüe disséminée
AVP: phénomène volatilité asymétrique
Cardiopathie ischémique : Terme générique regroupant tous les troubles et maladies cardiaques consécutifs à un arrêt ou à une réduction de l'irrigation sanguine du cœur, quel qu'en soit le mécanisme, mais généralement liés à l'athérosclérose coronarienne.
Cognition : Ensemble des processus psychiques ou mentales.
Démence : Réduction acquise des capacités cognitives suffisamment importante pour retenir sur la vie du sujet et entraîner une perte d'autonomie.
Démence à corps de Lewy : démence progressive caractérisée par une structuration anormale des cellules du cerveau, appelées « corps de Lewy ».
Dépression : Trouble de l'humeur,se caractérise essentiellement un état de perte de motivation ou d'élan vital chez un individu, associé ou non à différents symptômes.
Dyspnée : Perception anormale et désagréable de la respiration (sensation de gène)
EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.
Encéphalomyélite : Il s'agit de secousses liées à des contractions musculaires (myoclonies) apparaissant au niveau du voile du palais.
Gériatrie : Discipline médicale qui prend en charge les personnes âgées malade.
Lymphocytaire : relatif aux lymphocytes, globules blanc de petite taille jouant un rôle important dans le système immunitaire du corps humain.
Maladie d'Alzheimer : Maladie dégénérative du système nerveux central qui se manifeste par un syndrome démentiel et qui résulte de changements neuro-structuraux et neurochimiques intéressant le néo-cortex, l'hippocampe, l'amygdale et l'hypothalamus.
Maladie de Huntington : affection cérébrale héréditaire qui provoque la destruction des cellules de certaines parties spécifiques du cerveau. Lorsque les cellules du cerveau meurent, les personnes atteintes de la maladie Huntington éprouvent des difficultés à contrôler leurs mouvements, à se souvenir des évènements récents, à prendre des décisions et à contrôler leurs émotions. La maladie conduit à l'incapacité et, tôt ou tard, au décès.
Maladie de Parkinson : maladie neuro-dégénérative. Elle se traduit par une destruction lente et progressive des neurones de la substance noire du cerveau. Il en résulte des symptômes moteurs

(tremblements, rigidité musculaire, impossibilité ou ralentissement des mouvements) mais aussi parfois des atteintes intellectuelles (détérioration de la mémoire et difficultés à adapter son comportement au changement de situation).

Mastoïdite : une inflammation de la mastoïde. Il s'agit d'une forme de complication de l'otite, pouvant survenir en raison de la communication entre les cavités de l'oreille moyenne et celles de la mastoïde.

Mémoire : Ensembles des mécanisme psychologiques et neurobiologiques qui permettent de stocker, conserver et restituer des informations.

Méningo encéphalite : maladie d'origine virale affectant le système nerveux central et transmise à l'homme par morsure de tiques. Le virus responsable de cette pathologie est le virus TBEV (Tick Borne Encephalitis Virus)

Péritonite : une fine membrane, appelée séreuse, qui tapisse la cavité abdominale et l'extérieur des viscères contenus par cette cavité. Elle est formée de deux feuillets : le feuillet viscéral (qui adhère aux organes) et le feuillet pariétal (qui est contre la paroi de la cavité abdominale). Entre ces deux feuillets, il existe un espace qualifié de virtuel, permettant la mobilité de l'un sur l'autre.

PMD: psycho maniaque dépressif

Psychomoteur : Qui se rapporte aux effets moteurs liés à l'activité psychique.

Sensorimotrices : qui concerne à la fois les phénomènes sensoriel et l'activité motrice ou leurs interactions.

INTRODUCTION

Ayant un parcours du musicienne, j'ai eu des expériences d'enseignement du chant lyrique auprès des adolescents et des adultes. Pendant ces années d'enseignement, j'avais constaté dans la pratique de la musique qu'en complément de l'effet éducatif, il existait un effet curatif. Cette expérience m'a ouvert les yeux sur une possibilité du lien étroit entre le bienfait de la pratique de l'activité artistique et le bien-être de l'être-humain. En souhaitant trouver un moyen de travailler sur cette possibilité, j'ai découvert l'art-thérapie. Quelques temps après, j'ai commencé la formation d'art-thérapie de Tours avec une grand joie.

Dans le cadre de la première année de la formation, j'ai effectué mon stage d'observation dans la maison de retraite *Hotelia* à Paris. Vers la fin de stage, j'ai pu mettre en place un atelier de chant auprès de quelques personnes âgées. Cette expérience m'a encouragé de continuer la formation dans le cadre du Diplôme Universitaire d'art-thérapie. Dans le cadre de cette formation, j'ai choisi la Corée du Sud comme pays pour le premier stage. En Corée du Sud, l'art-thérapie commence à être reconnu depuis quelques années grâce aux médias dans différents domaines comme le médical, l'éducatif et le social. J'ai grandi et étudié la musique dans ce pays et assez naturellement, j'ai eu envie d'être là pour élargir mon horizon dans la connaissance en art-thérapie.

Ce stage a pu être réalisé à Il-San en Corée du Sud dans une clinique privée en gériatrique spécialisée en neurologie auprès des personnes âgées atteintes des différentes maladies de vieillissement neurologique. Un mois de stage m'a permit d'expérimenter des techniques spécifiques de la musicothérapie, de voir l'état actuel de la pratique de l'art-thérapie et de voir comment les personnes âgées en grande dépendance bénéficient de l'art-thérapie à dominante musique. Ces personnes âgées restants souvent isolées dans leur chambre tout au long de la journée, avaient perdu la communication verbale, et au travers de la musique, ont montré une vivacité impressionnante de leur esprit et une envie d'entrer dans la relation. Cette expérience m'a poussé vers le même public pour mon deuxième stage à l'hôpital Sainte-Périne à Paris.

Le stage s'est déroulé en deux partie: l'atelier d'animation en art-thérapie pour un spectacle de marionnettes et l'atelier d'art-thérapie en séances individuelles pour les personnes âgées les plus isolées qui restent dans leurs chambre à cause de leur grande dépendance et leur attitude de replie sur elle.

Ce mémoire raconte l'expérience de la musicothérapie en Corée du Sud et de l'atelier de l'art-thérapie à dominante musique auprès des personnes âgées isolées à l'hôpital Sainte-Périne.

Dans la première partie, nous allons voir les difficultés qui accompagnent le vieillissement, soit normal, soit pathologique ainsi leurs répercutions sur la sociabilité et l'épanouissement des personnes âgées atteintes de pathologies du vieillissement. Ensuite, nous allons voir sur quel fondement théorique l'art-thérapie repose et ainsi expliquer comment les personnes âgées isolées peuvent bénéficier de l'art-thérapie à dominante musique.

Dans la deuxième partie, nous allons voir comment l'art-thérapie à dominante musique étaient adaptée pour les personnes âgées dans le cadre de mes stages en Corée du Sud et en France. Nous allons voir comment les deux stages se sont déroulés ainsi que les études de cas présentés sur 3 personnes âgées isolées à l'hôpital Sainte-Périne avec leur évaluation.

La troisième partie sera consacrée à l'analyse de deux approches de l'art-thérapie à dominante musique dans les deux pays. Nous allons voir comment l'art-thérapie à dominante musique s'adapte à la société coréenne. Ensuite, mon expérience de la musicothérapie dans le cadre de mon stage dans une clinique en Corée du Sud sera présentée. La fin de la troisième partie propose une comparaison de la pratique de l'art-thérapie à dominante musique de la Corée du Sud et la France pour réfléchir sur deux différentes pratiques et nous projeter dans l'avenir de l'art-thérapie à dominante musique dans les deux pays.

PREMIERE PARTIE: LES PERSONNES ÂGÉES ATTEINTES DE PATHOLOGIES DU VIEILLISSEMENT PEUVENT BÉNÉFICIER D'ART-THÉRAPIE À DOMINANTE MUSIQUE.

I. La personne âgée atteinte de pathologie du vieillissement peut-être pénalisée dans sa qualité de vie par isolement.

1. Le vieillissement accompagne la fragilisation physique et cognitive.

Bien qu'elle existe sous une grande diversité de forme, la vieillesse est très souvent considérée comme une maladie, avec des préjugés, des confusions, et de la peur. Cette idée existe depuis longtemps dans la culture occidentale. C'est l'ensemble du processus, réduit à la seul étape de la vieillesse, qui se trouve, désormais, assimilé à une maladie.

Que le vieillissement s'accompagne, particulièrement au cours de la vieillesse, d'une déclin sensible et inéluctable de divers fonctions est un fait établie. Dans la réalité, par la nature des choses, l'homme vieillit et au-delà du 'troisième âge', il arrive une phase particulièrement critique où les limitations fonctionnelles commencent à avoir un impact sévère sur l'autonomie des personnes âgées.

1) Le vieillissement commence avant la vieillesse.

Le vieillissement est un processus normal qui s'inscrit dans la destinée humaine et qui commence dès la naissance, la vieillesse n'étant que l'aboutissement de ce processus. L'évolution biologique de l'homme est permanente et il n'y a pas de véritable phase de stabilité: pendant une vingtaine d'années, l'homme présente une phase de maturation, de croissance, de développement sur le plan somatique et psychique, puis surviennent très rapidement les processus de régression, de modification, de perte de capacités qui constituent le macro-processus du vieillissement.

Le début de la phase de vieillesse n'est pas précisément définie. Les usages sociaux l'authentifieraient vers l'âge de 55 à 65 ans, par la mise en retraite professionnelle, sous-entendant ainsi l'inaptitude à assurer valablement un travail à partir de cet âge. En réalité, cette assimilation retraite/vieillesse est largement contestable.

2) Les pathologies multiples et les déficits fonctionnels sont associés à un vieillissement.

a) Les pathologies multiples avec l'avance en âge.

Une étude a été menée depuis 15 ans par la *Berliner Altersstudie* (BASE)[1] sur la vie quotidienne de la personne âgée. Elle nous permet d'apprendre sur le processus de vieillissement lui-même que sur le mécanisme d'ajustement qu'il met en œuvre.
Selon les données de cette étude,

- 96% des personnes âgées de la BASE souffrent au moins d'une maladie physique, accompagnée dans 71% des cas de symptômes modérés à graves;
- 30 % des sujets ont 5 maladies et plus, les plus fréquentes étant l'hypertension, l'ostéoarthrite, les maladies dégénératives de la colonne vertébrale, l'hyperlipidémie, et l'artériosclérose cérébrale.
- L'acuité visuelle et auditive décline rapidement ente 70 et 100 ans. Si 21,5 % des sujets de la BASE présentent à 70-79 ans,une déficience visuelle modérée à grave, cette proportion s'élève à 80 % pour les sujets 90 ans plus.
- En comparant les même tranches d'âge, on observe que 47 % des sujets de 70-79ans ont un déficit auditif modéré à grave, contre 93 % des 95 ans et plus.

L'avance en âge se traduit donc par une multiplication sensible des maladies physiques, dont les symptômes deviennent aussi de plus en plus graves et un accroissement des déficits fonctionnels, y compris au niveau cognitif. Aux environs de 80 ans à l'entrée dans le 'quatrième âge', on assiste même à une accentuation de ces phénomènes.

b) Les déficits fonctionnels associés à un vieillissement normal.

<u>La vision et l'ouïe</u>

Le vieillissement oculaire accompagne la perturbation de la vision de près. Ce phénomène commence dès l'enfance mais c'est seulement vers la cinquantaine que les conséquences fonctionnelles apparaissent. Cette perturbation de la vue ne se traduit pas seulement par une perte physiologique: elle peut engendrer des problèmes psychologiques et sociaux de la personne âgée

1Jean BOUISSON « Psychologie du vieillissement et vie quotidienne »2005, p20

qui peut expérimenter des difficultés de la lecture et la communication avec son entourage.

La réduction auditive chez la personne âgée est considérée comme un phénomène fréquent, principalement dans les hautes fréquences du spectre sonore. Par ce fait, les personnes âgées ont plus de la facilité d'audition pour les voix basses que les voix hautes. Cette réduction auditive provoque malheureusement assez facilement la réduction des échanges avec l'entourage qui entraîne naturellement un sentiment d'isolement, voir une mauvaise estime de soi.

Les fonctions cognitives

Le vieillissement accompagné des handicaps physiques entraine le réduction de la capacité intellectuelle, particulièrement la réduction de la mémoire de travail, l'orientation de la réalité et la vitesse de la réflexion.

Les fonctions motrices

La motricité réduite chez des personnes âgée peut se traduire par la fragilisation de l'ensemble des muscles: leur résistance à l'effort, la coordination motrice et la capacité du contrôle musculaire. La personne âgée constate la réduction de la force des bras, des jambes, la mobilité et le champ de l'action.

Les fonctions émotive et psychologique

La perte de fonctions cognitives contribue à l'anxiété et à la tension chez la personne âgée. Cela peut provoquer la perte de confiance en soi et un sentiment de victimisation. Par conséquence, la personne âgée finit par s'isoler et perdre le plaisir dans beaucoup de domaine de la vie quotidienne. Dans ce contexte, elle risque d'entrer en dépression assez facilement.
L'une des premières causes au phénomène de l'anxiété chez les personnes âgées concerne le vieillissement cérébral et le changements qu'il entraîne dans divers neurotransmetteurs, lesquels agissent sur le système nerveux sympathique, dont le rôle est essentiel dans la réponse et sa maîtrise. Dans la vieillesse, les troubles anxieux sont associés à une grande mortalité. Une pathologie physique peut être la cause de l'anxiété. Une cardiopathie, par exemple, entraîne souvent

la peur d'une attaque cardiaque durant une activité physique.
La dépression chez les personnes âgées est souvent repérée sous le symptôme similaire de l'anxiété. Il peut s'agir de troubles de sommeil avec une agitation permanente ou des plaintes somatiques.

L'âge ne constitue pas en soi un facteur de fragilité pour la survenue d'un syndrome dépressif. En revanche, le poids des facteurs psychosociaux et de la polypathologie liée au vieillissement est primordial. Les personnes âgées qui souffrent de dépression et de troubles d'anxiété comorbides tendent à développer des maladies somatiques plus graves que les personnes dépressives sans troubles anxieux.[2]

3) Certaines pathologies du vieillissement créent des déficits majeurs, moteurs ou sensoriels limitant l'autonomie de la personne âgée.

La démence

La démence est une des maladies principales chez le sujet âgé. L'organisation mondiale définit la démence comme une altération progressive de la mémoire et de l'idéation (formation des idées) suffisamment marquée pour handicaper les activités de la vie quotidienne.

Les caractéristiques communes aux 55 sous-types de démence sont la perte des capacités cognitives et intellectuelles, à savoir une détérioration de la mémoire, un déclin des fonctions cognitives, des troubles du langage et des perturbations des fonctions exécutives:

- perte de mémoire
- au moins un autre signe de perturbation parmi les fonctions intellectuelles suivantes: langage, attention, jugement, capacité à exécuter des tâches complexes, orientation dans le temps et dans l'espace.

Il n'y a cependant pas de troubles de la conscience.

Ces perturbations interfèrent de façon significative avec le fonctionnement du sujet qui n'est plus en mesure de gérer les tâches de la vie quotidienne. La démence n'est pas une manifestation normale du vieillissement qui affecte chaque individu à des degrés divers. Il s'agit, au contraire, d'une

2 Lenze, E.J. Comorbid anxiety disorders in depressed elderly patients. *The American Journal of Psychiatry*, 157

véritable maladie qui affecte principalement les sujets âgés.
Le début de la maladie est insidieux et l'évolution lentement progressive sur un temps très long. Les trouble sont irréversibles.
La démence traduit une atteinte cérébrale chronique et diffuse. Elles peuvent résulter de diverse maladies qui induisent des lésions différentes: Maladies d'Alzheimer, démence vasculaire, démence à corps de Lewy, séquelles d'agressions diverses comme l'alcool ou d'autres agents toxiques, les traumatismes, les infections du système nerveux central. La maladie d'Alzheimer est la première cause de démence en Europe et est responsable de 80 % environ des démences.[3]

La maladie d'Alzheimer

La maladie d'Alzheimer est une maladie neuro-dégénérative du cerveau. Elle représente 45% des syndromes démentiels et 75% des démences irréversibles. Cette maladie touche plus de 20% des personnes de plus de 80 ans. Elle se caractérise par une détérioration progressive des fonctions cognitives: attention, perception, mémoire, intelligence, langage, etc.

Elle débute par des pertes de la mémoire récente et des troubles du comportement. Puis elle évolue vers la disparition graduelle de toutes des facultés intellectuelles et physiques, conduisant ainsi le malade a un état de dépendance totale.

On ne connait pas l'origine exacte de cette maladie, décrite en 1906 par le psychiatre allemand Alois Alzheimer (1964-1915). On sait cependant qu'elle résulte bien souvent d'un faisceau de causes, parmi lesquelles on trouve, entre autres, une prédisposition génétique. Elle n'est pas contagieuse, mais peut toucher plusieurs personnes de la même famille.

Il est impossible de rétablir les fonctions des cellules du cerveau endommagées par la maladie d'Alzheimer; toutefois, il existe des traitements et des stratégies qui peuvent aider à la fois la personne atteinte de la maladie et son aidant principal.

Bien que la maladie entraîne des changements, elle ne modifie pas la capacité de la personne à éprouver des sentiments comme la joie, la colère, la peur, l'amour ou la tristesse, et à réagir à ces sentiments.

3 Ramaroson,H. *Revue de Neurologie*, 2003, 159, 405-411

L'évolution de la maladie d'Alzheimer est progressive et continue. Elle s'étend sur de longues années et progresse sur dix ans en moyenne. Pendant cette période le patient va passer différentes phases.

Au début on constate le déclin cognitif, progressivement, on constate les troubles de la mémoire, l'altération des autre capacité intellectuelles qui peuvent passer inaperçus surtout si l'entourage les attribue à tort au vieillissement naturel.

Au stade modéré les désordres ont une répercussion nette dans la vie quotidienne et sociale. La perte d'autonomie s'accentue et la vie à domicile n'est plus possible qu'avec des aides. La méconnaissance des troubles par la personne est la règle et peut rendre la prise en charge difficile.

Le stade sévère se caractérise par une perte d'autonomie massive et l'importance des troubles du comportement. La vie relationnelle devient très pauvre bien que l'affectivité soit encore présente.

La maladie d'Alzheimer ne se résume pas à un déclin des fonctions intellectuelles; elle retentit sur le comportement et l'affectivité et modifie la relation du sujet au monde et à l'autre.

Au stade terminal, la perte de motricité conduit à un alitement permanent. Les troubles des conduites alimentaires et déglutition conduisent à un état de malnutrition. On assiste alors à un amaigrissement important avec altération des défenses immunitaires favorisant les complications infectieuses souvent à l'origine du décès.

La maladie de Huntington (ou chorée de Huntington)

Cette maladie héréditaire débute entre 30 et 40 ans par des trouble de caractère et du comportement. Elle engendre une dégénérescence des neurones affectant les fonctions motrices, cognitives, comportementales, aboutissant à une démence et généralement à la mort.
La maladie de Huntington va entraîner chez les personnes touchées, des gestes anormaux et /ou incohérents, des troubles de l'équilibre, une forme de vie ralentie, en quelque sorte une léthargie. Le syndrome démentiel peut être accompagné d'un délire de persécution.

La maladie de Parkinson

Cette maladie neuro-dégénérative atteint en général l'homme de plus de 50 ans : 1% de la population est concernée après 65 ans, et le pic de fréquence se situe autour de 70 ans. Elle se manifeste par l'akinésie (lenteur et difficulté du mouvement), une hypertonie musculaire (rigidité dite « extra pyramidale », touchant à la fois le rachis et les membres) et des tremblements (au repos, de manière régulière à 4 à 7 cycles par seconde). Il peux y avoir des symptômes secondaires; douleurs, crampes, fourmillements, constipation, mictions urgentes, chute de tension à l'occasion d'une levée trop brusque (hypotension orthostatique), sueurs et salivations abondantes, anxiété, déprime, irritabilité, etc.

La dernière stade de cette maladie se manifeste par l'impossibilité de marcher, c'est à dire une perte complète de l'autonomie.

La dépression

La dépression est un trouble de l'humeur qui peut retentir sur les processus cognitifs et les fonctions instinctives.
L'humeur est, selon Jean Delay[4], une « disposition affective de base » qui fait osciller notre vision du monde extérieur et de nous -même de la joie la plus intense au désespoir le plus profond, en fonction de l'environnement et des événements extérieurs ; mais parfois l'humeur oscille dans des proportions importantes, sans raison apparente, comme dans certaines psychoses maniaco-dépressives. Cette maladie est définie par l'alternance d'accès de morosité, de tristesse ou de désespoir, qui constituent les diverse intensités de la dépression.

La maladie dépressive survient à tous les âges de l'existence, mais particulièrement dans la seconde moitié de vie. Chez le sujet âgé, où les souffrances somatiques sont légion, la dépression s'avère souvent méconnue par les médecins: 20% à 30% des sujets de plus de 60 ans présenteraient une symptomatologie dépressive relevant d'un traitement antidépresseur mais la dépression ne serait pas repérée chez plus de 40% des sujets de cette tranche d'âge. La dépression est souvent ignorée en raison de signes trompeurs qui égarent le diagnostic vers une maladie physique.

Ses conséquences sont lourdes, tant au plan relationnel entre les générations qu'au plan humain :

4 Jean Delay « Les dérèglement de l'humeur » 1960

repli sur soi, perte de la pratique des actes de la vie quotidienne, dépendance ajoutée, souffrance non exprimée, non accueillie qui accule certains aînés au suicide.

2. La personne âgée atteinte des pathologies du vieillissement devient dépendante.

1) La fragilisation de l'organisme et les pathologies du vieillissement contribuent à la dépendance de la personne âgée.

a) La dépendance du sujet âgé

La dépendance est l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement. Chez les personnes âgées, on constate les diverses aspects de la dépendance. Cela peut survenir subitement ou progressivement, physique ou mental, légère ou sévère, normal ou pathologique.

D'après l'enquête de INSEE *Handicaps-Incapacités-Dépendance* (HID)[5], réalisée entre 1998 et 2001, la perte d'autonomie frappe moins de 5% des personnes de 70 à 79 ans. Toutefois, si l'apparition de la dépendance apparaît de plus en plus tard, son augmentation est inéluctable. En effet, le vieillissement de la population se résume en quelque chiffres: en 2020, 4 millions de personnes seront âgées de plus de 80 ans. L'autonomie se réduit à partir de cet âge, le nombre de personnes dépendantes sera bien supérieur à 1 million en 2020.

La dépendance sur une longue durée est plutôt rare: seuls 6% des hommes et 16% des femmes dépendantes vivant plus de cinq ans. Toutefois,on vit souvent plus longtemps avec une affection psychique (telle que la maladie d'Alzheimer) qu'avec une affection corporelle.
Selon l'INSEE, la durée moyenne de la dépendance, lorsqu'elle survient, est de 4,4 années: 3,7 ans pour les hommes et 4,7 pour les femmes, cette différence s'expliquant par une plus longue espérance de vie chez les femmes et par le fait qu'elles sont plus touchées par les affections

5 source:www.insee.fr

psychiques.

b) Les différentes formes de dépendance

La vieillesse n'est pas une maladie, mais elle s'accompagne toujours de déficits mineurs dus à une baisse de performance des organes. Cette fragilité plus ou moins accentuée de l'organisme crée une forme de dépendance légère et très progressive: difficulté à ce déplacer, à porter des objets ,etc. Le risque d'être dépendant augmente avec l'âge, surtout à partir de 80 ans comme cela a été signalé plus haut: avant 79 ans, le taux de dépendance est minime pour les deux sexe (moins de 5%) mais ce même taux atteint 40% des femmes et 30% des hommes à partir de 90 ans.

Certains maladies fragilisent l'organisme. Elles créent des troubles majeurs, moteurs ou sensoriels qui peuvent avoir comme conséquence une limite l'autonomie de la personne âgée. Cette forme de dépendance peut être progressive ou bien réversible, avec des phases de crises et des phases de rémission. La personne âgée doit limiter ses activités et pour la vie quotidienne une aide devient nécessaire.

2) La perte d'autonomie de la personne âgée est à l'origine de la plupart des entrées en institution.

Elle se définit comme la perte du droit de se gouverner soi-même, de faire des choix dans la vie, il s'agit donc d'une définition large englobant la dépendance physique, psychique et des aspects économiques et financiers. Ça signifie le pouvoir choisir, mais aussi la liberté de refuser en fonction de son jugement personnel. La notion de l'autonomie relève en même temps de la capacité et de la liberté.

Lorsque une personne est prise en charge par une institution, c'est le plus souvent pour pallier une perte d'autonomie. Il peut s'agir d'une difficulté psychomotrice : la personne âgée n'est plus en mesure de se déplacer, de se laver, de faire ses courses. Cette difficulté peut aussi être d'origine gériatrique, consécutive à une évolution démentielle ou à une dépression grave qui privent la personne de ses capacités à décider pour elle-même dans la gestion du quotidien. Elle peut aussi se révéler d'origine sociale lorsque, par exemple, l'entourage familial n'est plus en mesure d'assurer la prise en charge de la personne.

Entre 1994 et 2003, on constate une forte progression des personnes dépendantes en perte d'autonomie physique et psychique en EHPA. La perte d'autonomie physique est liée à des difficultés pour se déplacer, faire sa toilette ou s'habiller: les gestes de la vie quotidienne sont fortement perturbés voire empêchés. Ainsi hors foyers-logements, 80% des résidents sont dépendants selon l'échelle GIR : 32% moyennement et 47% fortement. Dans les foyers-logements la situation est moins problématique, 8% des résidents sont moyennement dépendants et 19% fortement. Globalement, on peut considérer que neuf personnes sur dix en EHPA ont perdu de manière plus ou moins importante leur autonomie physique.

La perte d'autonomie psychique est liée aux pertes de l'orientation spatio-temporelle et à un trouble de la cohérence. Les pertes d'orientation et de cohérence sont à l'origine de la plupart des entrées en institution.

3) Le placement institutionnel de la personne âgée est souvent une rupture et elle peut perdre les repères de son cadre de vie.

Le vieillissement doit s'aborder comme un processus s'inscrivant dans la continuité sur une vie. Or le placement d'une personne âgée dans une maison de retraite ou un foyer-logement est souvent une rupture. Elle peut brutalement perdre les repères de son cadre de vie, mais aussi le contrôle sur ses activités, même les plus intimes, de sa vie quotidienne, la toilette, les menus, la gestion du temps...Il y a dans cet événement une atteinte à la liberté qui n'est pas pensé comme telle par les soignants, ce qui renforce un sentiment de déni de la souffrance chez les nombreuses personnes âgées.

3. La personne âgée atteinte des pathologies du vieillissement peut souffrir d'isolement.

1) Ces changements et la dépendance de la personne âgée peuvent entrainer des difficultés dans la communication et la relation.

La prise en charge institutionnelle détermine la nature du champ social dans lequel la personne âgée va venir s'intégrer. Le maintien des liens sociaux et des interactions constituent l'un des points importants à prendre en compte dans la qualité de l'adaptation chez la personne âgée. Or l'âge peut contribuer à isoler par l'éloignement des enfants, la perte des liens sociaux lié au travail ou encore

l'anonymat des habitats modernes. La relation chez la personne âgée vivant en institution, peut se réduire aux rencontres brèves du soignant pressé qui assure son lever et sa toilette, lui apporte son repas à midi puis vient la coucher du soir. A part cette relation très réduite, la personne âgée passe la plus part de temps toute seule dans une profonde solitude sans échange avec personne.

2) L'isolement peut contribuer à la difficulté de conserver une vie psychique autonome qui altère la qualité de vie de la personne âgée.

Conjugué aux défaillances de la culture, l'accroissement sensible de la fragilité physique et cognitive a, dans le quatrième âge, une incidence directe sur le bien-être et l'autonomie des personne âgées. Selon Crimmins, Hayworld et Saito[6], si l'on sait qu'à 70 ans les femmes ont encore 14 ans d'espérance de vie et les hommes 10 ans, on estime que 20 % des femmes et 14 % des hommes présentent déjà des pertes fonctionnelles telles qu'ils ne peuvent plus assurer seuls leur vie quotidienne. A 80 ans, pour 8 ans et 6 ans d'espérance de vie, ces proportions sont, respectivement, de 35 % et 27 %. A 90 ans pour 5 ans et 3 ans d'espérance de vie, ces proportions atteignent, respectivement, 60 % et 55 %. Pour les deux sexes, donc, plus âge s'élève, plus les sujets qui parviennent au quatrième âge sont nombreux à devoir faire face aux problèmes de dépendance. Cette dépendance entraine naturellement des difficultés de la relation. La personne âgée dépendante ne peux bénéficier d'aucune sollicitation sociale, source de stimulation cognitive apportée par les jeux de société, les exercices de mémoire, la rencontre et la découverte avec autrui. Un profond isolement peut contribuer à une perte de capacités à décider par soi-même, à se prendre en charge et à conserver une vie psychique autonome. Les privations sensorielles et l'isolement social qu'elles entraînent sont des facteurs certains de prédisposition à l'apparition de divers troubles de la personnalité pouvant aboutir à la confusion mentale et à l'apparition d'hallucinations. Les conséquences de la mise à la retraite et la perte de proches jouent un rôle majeur dans le déclenchement des dépressions du sujet âgé.

a) Les fondements d'une bonne qualité de vie

La référence à la "qualité de vie" est relativement récente en psychiatrie où elle est apparue au début des années 80. On retiendra ici la définition de la qualité de vie de l'OMS[7] : c'est la perception qu'a

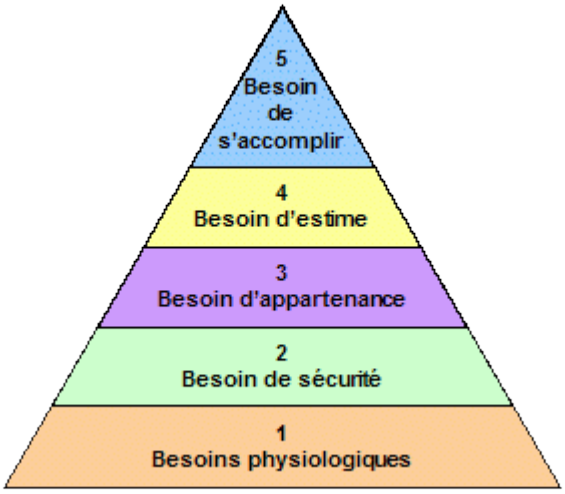
6 Crimmins,J.D. Journal of Anxiety Disorders, 1996,14,157-172

7 L'organisation mondiale de la santé,1993.

un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit et en relation avec ses objectifs, ses attentes et ses inquiétudes.

Au fond, la qualité de la vie c'est avant tout un construit qui comprend deux concepts différents : celui de bien être subjectif et celui de la satisfaction par rapport aux domaines de la vie. Le concept de bien être subjectif est difficile à cerner, il est général et fait référence à une sensibilité intime de la personne. Dans la plupart des instruments de qualité de vie on ajoute des mesures de satisfaction par domaines de vie.

Le psychologue A. Maslow[8], après étude sur le comportement humain de 1939 à 1943, définit une hiérarchisation des besoins humains, dans le but de définir les leviers de la motivation. Son raisonnement est qu'un besoin supérieur ne peut apparaitre que quand les besoins inférieurs sont comblés. Si ses besoins sont comblés alors la personne possède tout les atouts pour avoir une qualité de vie agréable.



Pyramide des besoins de A.Maslow

Pour R. Forestier, l'être humain doit savoir et sentir son existence. Cette conscience existentielle à la recherche d'une bonne qualité de vie est un savant dosage d'estime de soi, d'affirmation de soi, et de confiance en soi.

8 Abraham MASLOW « A Theory of Human Motivation » 1943

b) L'estime de soi

Dans le domaine de la santé mentale, l'estime de soi est considéré comme élément fondamental pour le bien-être de l'être-humain. Selon A. Maslow qui en 1940 a établi une pyramide des besoins universels de l'être humain, l'estime de soi vient en quatrième position dans la pyramide et apparaît donc comme un des besoins fondamentaux de l'être-humain. Ensuite, il analyse que l'estime de soi, c'est le besoin d'estime de soi-même : sentiment d'être utile et d'avoir de la valeur, point de départ de l'acceptation de soi et du développement de l'indépendance. Pour évoluer chaque personne doit avoir de l'estime pour elle-même, mais aussi sentir que les autres ont de la considération pour elle. Ce besoin est lié au désir de force, de réussite, de mérite, de maîtrise et de compétence, de confiance en soi face aux autres, d'indépendance et de liberté. Une fois tous ses besoins comblés, satisfaits, la personne peut atteindre à réaliser son épanouissement en tant qu'être-humain.
Selon R. Forestier, L'estime de soi signifie la valeur et la considération de la personne à son propre regard avec une conscience existentielle. L'acquisition de l'estime de soi permet à l'être-humain de mettre en œuvre l'ensemble des éléments de nature à lui procurer le bien-être et assumer son identité tout en développant sa personnalité.

c) L'affirmation de soi

L'affirmation de soi peut se traduire par l'expression de son opinion, de ses sentiments, et de ses besoins. C'est le pouvoir d'agir face à ses besoins à son environnement.
L'être-humain développe l'affirmation de soi au contact des autres. Par ce contact, il reconnaît ses besoins et ses sentiments. L'affirmation de soi est lié à l'autonomie. L'attitude de l'affirmation de soi qui montre que la personne respecte, reconnaît ses goûts, ses envies, ses sentiments et ses besoins, etc. Pour avoir une attitude de l'affirmation de soi, Il faut avoir la confiance en soi. La perception que nous avons de nous-même est un facteur important pour la capacité de s'affirmer.

d) La confiance en soi

Selon C. André et F. Lelord[9], dans nos actes, la confiance en soi est appliquée. Être confiant, c'est penser que l'on est capable d'agir de manière adéquate selon la situation dans laquelle on se trouve. Dans l'estime de soi, le rôle de la confiance en soi est très important, car celle-ci a besoin d'actes pour se développer. La confiance en soi fait le lien entre estime de soi et l'action.
Quand la personne manque de confiance en elle, elle a de la difficulté à agir et à persévérer dans ses

9 F. Lelord « L'estime de soi » Éditions Odile Jacob, 1999

choix. La personne qui n'a pas confiance en elle-même préfère se mettre en retrait, laisser les autres prendre les commandes et décider pour elle.

II. La musique est une activité artistique qui a un pouvoir expressif.

1. L'art est une activité humaine volontaire dirigée vers l'esthétique.

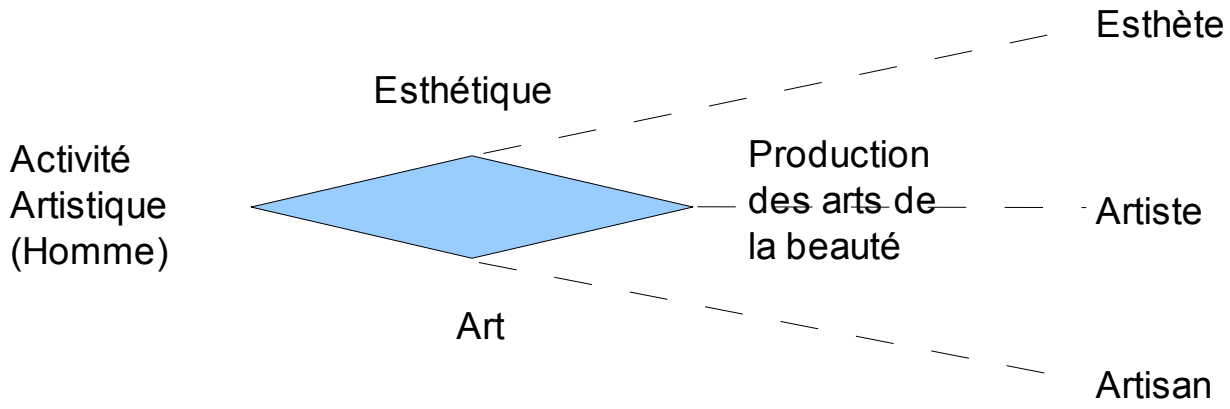
1) L'art est une activité humaine.

a) L'idée de l'Art a évolué avec l'être-humain.

Bien que l'art existe toujours avec l'être humain, l'idée de l'art s'est modifiée avec le temps. A l'époque antique, l'art est considéré comme un cadeau divin pour sauver l'humanité d'une grande détresse. L'art permet aux hommes de se rapprocher du monde divin qui symbolise la beauté pure et une parfaite organisation. Cette idée de l'art a évolué avec les sociétés et on le considère non plus comme une définition exacte ou une vérité, mais dans cette définition on retrouve toujours un modèle de la réflexion sur l'art occidental.

Le terme *Art* s'entend aujourd'hui comme art de la beauté [10] bien plus qu'un divertissement. L'activité artistique inclut deux natures différentes: l'une qui aura pour l'objectif l'utilité avec l'artisanat, l'autre l'agréable avec les arts de la beauté; seront déterminées deux exploitations de l'art, l'une l'artisanat, l'autre l'artistique.

10 R. Forestier « Tout savoir sur l'art-thérapie »2001 p.23



b) La réalisation de l'art

L'art se caractérise d'exister par ses œuvres d'art. Pour réaliser ses intentions de réaliser ses œuvres d'art, l'homme doit utiliser l'ensemble de ses fonctions qui impliquent une logique, l'intelligence du corps, et ses goûts. C'est par la compréhension des mécanismes du goût que l'homme peut concevoir la beauté. Par le processus de personnalisation par ses goûts dans la production des œuvres d'art, l'homme s'inscrit dans le temps et dans l'engagement existentiel.

2) Le plaisir esthétique repose sur la gratification sensorielle.

L'art se caractérise par sa détermination esthétique. L'esthétique se manifeste par une qualité neuro-psycho-physiologique révélée par le plaisir ou le déplaisir. Cette notion de plaisir est liée à la qualité de vie que l'être humain recherche dans sa vie. De son développement et de ses expériences, l'homme choisit des impressions qui lui plaisent et essaie de procurer un plaisir identique. Le plaisir lié à l'art est orienté par la nature de la stimulation sensorielle. La sensorialité permet aux hommes de connaître le monde extérieur et elle permet également le goût. La sensation esthétique est une sensation provoqué par les œuvres d'art. En ce qui concerne l'art, la gratification sensorielle prend une grande place. Le plaisir esthétique se caractérise par une action réfléchie entre une production artistique et un état psycho-physiologique. Le plaisir esthétique confirme son appartenance à la saveur existentielle pour déterminer le goût.

Selon les travaux tourangeaux, l'art est sous-tendu par la dynamique et la cohérence entre en processus psychomoteur qui implique le maintien du bon fonctionnement de l'homme (ce qui va

déterminer l'idée de bien) et le produit de cette activité artistique (qui est ce que nous retenons sous l'idée de beau). Ainsi apparaît l'idée directrice de la théorie de l'art opératoire dénommée communément la théorie des trois B – *le bon, le bien, le beau*.

Concepts	Fonctions	Concrétisations	Faits observables
BON	Réception/ Réaction	Intention	L'expression
BIEN	Vouloir/ Pouvoir	Action	La technicité
BEAU	Fond/ Forme	Production	La réalisation

3) L'art est caractérisé par l'orientation esthétique.

a) L'art est une activité privilégiée d'expression.

Dans l'esthétique, l'effort de cohérence de la détermination dans la captation s'engage entre le monde extérieur et le monde intérieur de l'homme. La manifestation esthétique dans la réalité est associée à la nature ou aux productions humaines. Pour aborder l'art, il faut aborder l'expression. Cela signifie qu'à l'activité d'intériorisation des chose extérieures à l'homme, il faut associer l'activité d'extériorisation des choses intérieures à l'homme. Dans ce processus, l'art trouve sa spécificité et son originalité dans l'ensemble des activités humaines. Ainsi, l'art devient une activité privilégiée d'expression de la qualité existentielle de l'homme;

b) L'expression artistique est une action humaine vers l'esthétique.

Si l'impression est un mécanisme qui permet aux hommes d'intégrer et de gérer les informations venues du monde extérieur vers notre monde intérieur, ce mécanisme provoque une réaction. Cette réaction, nommée désormais 'l'activité' dans le domaine spirituel, peut enclencher une activité qui va de l'intérieur vers l'extérieur de l'homme, et ainsi provoquer un événement dans le monde sensible. C'est ainsi l'expression vient de l'impression. Si l'expression est limitée dans le monde sensible, c'est dans l'action artistique que se spécifie le champ esthétique. L'être humain a la capacité physique pour corréler son activité avec sa volonté et sa capacité de le réaliser. Si la volonté est esthétique, le résultat produit est le fait de la volonté esthétique. Cela peut se traduire par le fait que l'œuvre d'art est le résultat de la volonté de l'être humain vers l'esthétique.

2. La musique est une activité d'expression artistique.

La musique est présente dans toutes les cultures, quelle que soit les formes. L'être-humain est toujours attiré par cette organisation du sons. Dans la musique, l'être humain peut exprimer, explorer la dimension affective et émotionnelle. Cela peut contribuer à l'épanouissement individuel et également au rassemblement collectif. Grâce à cette communication non verbale, l'être humain peut partager ses émotions au delà de la barrière de la langue, de la culture et du temps.

1) Le corps physique et l'esprit de l'être humaine sont impliqués dans la pratique de la musique.

La musique est une activité humaine. Pour réaliser cette activité, plusieurs mécanismes de l'être-humain doivent être impliqués. Pour chanter, jouer un instrument, composer et écouter une musique, ce n'est pas seulement l'ensemble de la structure corporelle qui est impliquée mais aussi l'homme doit maîtriser certaines fonctions du corps. Le ressenti corporel nous permet d'avoir une sensation liée à la musique et la structure corporelle nous permet de gérer notre motricité dans le but de la réalisation de l'activité musicale.

En plus de l'implication physique, l'activité mentale s'implique dans l'activité de la musique. Pour jouer une musique, le musicien doit s'affirmer en impliquant son goût, son style et son engagement. Jouer d'un instrument ou chanter nécessite aussi une technique ou un savoir-faire qui donne la confiance en soi au musicien. Enfin, le bon estime de soi du musicien peut attribuer à une bonne qualité de sa performance.

Dans l'ensemble de l'activité de la musique, l'être humain a besoin d'exprimer, de partager ses impressions et d'être impressionnable. Par exemple, pour chanter, il est nécessaire d'avoir la capacité de déchiffrer une partition, de mémoriser les textes, de comprendre et contrôler le rythme, articuler le texte linguistiquement, en plus de la motivation émotionnelle et la volonté.

2) La pratique de la musique requiert des capacités sensorimotrices et émotionnelles.

Comme tout bruit, la musique est un ensemble de mouvements perçus par notre organisme; ils sont volontairement créés par l'homme. Le son est un phénomène physique perçu par notre sens auditif. L'oreille est donc l'intermédiaire obligé entre l'extérieur et notre conscience. Son rôle est de traduire les mouvements de l'espace en un langage perceptible pour nos sens. Par rapport à un son physique quelconque, le son musical se caractérise essentiellement par son timbre, identifiable par l'harmonicité de son spectre et l'évolution temporelle de ses harmoniques.

Une fois que la musique est perçue par le corps, les informations sur le rythme et le tempo de la musique sont renvoyées au cerveau qui va l'associer aux sons qu'il perçoit. Les différentes structures du cerveau sont impliquées et le cerveau traite des information depuis ces sources pour avoir une reconstruction une information cohérente.

Les réponses émotionnelles provoquées par la musique sont aussi intenses que certaines stimulations biologiques, et extrêmement rapides. Ce phénomène est d'autant plus vrai qu'il est identique pour les individus musicalement experts et novices. Le fait que l'on puisse exprimer nos émotions et avoir des expériences catharsiques dans la musique démontrent que la musique est étroitement liée à nos profondes émotions.

3) La pratique de la musique sollicite la capacité de la communication et relationnelle.

L'être humain a besoin de communiquer pour s'exprimer et d'être en relation avec son entourage.
Or, la communication peux avoir plusieurs natures, soit verbale ou non verbale, soit directe ou indirecte, soit sur l'instant ou différée. Le langage nous permet d'exprimer et de faire partager nos sentiments, nos besoins, nos désirs, mais aussi nos difficultés de vie.
La difficulté de communication peux engendrer une perturbation de notre quotidien et du bien-être.

La sociabilité en musique signifie la capacité d'établir des relations en groupe et la capacité nécessaire des interactions avec autrui. Le développement de cette capacité relationnelle doit se développer avec son entourage. Pour ce fait, d'abord, la bonne compréhension et estime de soi sont

sollicitées.

La musique peut constituer un moyen d'exprimer nos sentiments qui ne sont pas exprimés dans la vie par d'autres moyen de la communication. Ainsi la musique peux contribuer à l'épanouissement de l'être humain.

3. La personne âgée atteinte des pathologies du vieillissement peut bénéficier d'art-thérapie à dominante musique.

1) La musique peut stimuler les capacités cognitives de la personnes âgée.

Au cours du vieillissement, avec la fragilisation des fonctions cognitives, les personnes âgées perdent l'orientation de la réalité. La musique peux être utilisée pour maintenir la perception sensorielle et la fonction cognitive et pour induire la bonne estime de soi dans la pratique de la musique et dans la motivation. La musique a été utilisé dans divers programmes de maintien de l'orientation de de la réalité depuis longtemps, et son caractère parfois symbolique d'une époque, par exemple, les chansons de certains périodes qui sont en corrélation avec des événements du passé ou des expériences personnelles peuvent avoir un rôle important pour stimuler et maintenir la mémoire et la fonction cognitive auprès des personnes âgées qui perdent progressivement l'orientation de la réalité.

La mémoire et la musique

La mémoire structure notre identité et construit notre personnalité en stockant les éléments de notre vie. Liée a notre histoire, elle constitue notre passé perpétuellement remis à jour. Les évènements vécus, parfois chargés d'émotions, restent plus ou moins présent à notre esprit. Les pensée, les réflexions, les découvertes qui leur sont liées s'inscrivent dans notre esprit avec ou sans effort, avec ou sans prise de conscience. Cet apprentissage nous permet d'évoluer, de nous adapter, et de nous projeter dans l'avenir. La mémoire intervient dans la réception, la formation, et la transmission de notre histoire personnelle ou collective.

La mémoire de long terme signifie réserver des informations que l'on peut sortir en cas de besoins. Généralement, le processus de se souvenir sollicite le traitement personnel de haut niveau. Le cas

d'un anecdote, les personnes âgées ont des plus de difficultés, les évènements importantes, les personnes âgées ont moins de difficulté parce qu'ils ont plus des expériences et le vécus,que les jeunes. La personne âgée a une facilité relative de se souvenir des évènements personnels du passé, particulièrement, des évènements personnels entre 10 ans et 30 ans.

Cette mémoire est nommée la mémoire chronique et peux devenir une mémoire de long terme par les diverses fonctions psychologiques et sociales de la musique. Par conséquent, la musique utilisée qui est associée au sujet de quotidien peut devenir un élément pour fortifier les fonctions de la mémoire.[11]

Le travail sur la mémoire est bénéfique pour motiver, trouver l'orientation de la réalité, voir le partage de ses souvenirs avec ses pairs de la même génération et procurer un sentiment de bien-être. L'art-thérapeute peux induire des discussions sur les expériences des patients en utilisant certains styles de musique et des évènements du passé. Dans cette optique, un travail bien organisé et structuré en tenant compte de la capacité de la personne est important.

2) La personne âgée atteinte des pathologies du vieillissement peut trouver le bien-être dans la pratique de musique.

a) Le vieillissement et la musique

Un certain nombre de déficits neurosensoriels chez la personne âgée affectent la vision, l'ouïe, l'odorat, le goût et le toucher. Une grande partie des déficits accompagnés de la démence se trouve aussi dans le domaine cognitif; le fonction linguistique, le fonction de la mémoire de court ou long terme, l'orientation de la réalité, etc. L'activité et la stimulation par la pratique de la musique peux contribuer aux maintiens de ces fonctions cognitives nécessaires dans les différents domaines. [12]

La vision et l'ouïe et la musique

L'art-thérapie à dominante musique peut proposer la stimulation des fonctions restantes pour réduire

11 Clark.C. Clinically adapted instruments for the multyply hadicapped, 1980

12 Claire A.A Therapeuticuses of music with olders adults *Health Profession Press* 1996

la fragilisation de la fonction sensorielle et prévenir la dégradation de ces fonctions. Dans le cadre de la méthode de la stimulation sensorielle, l'art-thérapeute exploite la musique pour offrir des activités musicales actives aux patients comme, jouer d'un instrument, chanter, en plus des activités musicales réceptives comme l'écoute musicale afin d'améliorer la qualité de l'échange avec son environnement. Surtout cet approche de la méthode de la stimulation par la musique en cas des problèmes auditifs, permet aux patients d'avoir des occasions d'écouter, manipuler, jouer d' instruments de musique de percussion comme un petit tambour, tambourin, maracas, xylophone, etc en écoutant des différents sons. Il est important de s'adapter aux différents goûts musicaux et aux capacités auditives.

Les fonctions motrices

Les diverses gestes dans la pratique de la musique et la technicité des instruments exploitent l'ensemble des muscles qui a comme conséquence de maintenir la capacité de la coordination de la vision et du toucher, la résistance et l'équilibre. La dynamique du son produit exprime le mouvement, la force des gestes et la dimension des mouvements.
La personne âgée affronte également le problème psychologique et émotionnel avec la perte de sa capacité physique. Cette perte entraîne aussi une perte de la confiance en soi, la dépression et l'anxiété qui ont comme conséquence l'isolement avec son entourage et sa société. Il est fréquent de remarquer une tendance à la violence et à l'errance chez les personnes âgées démentes.

La motrice réduite chez des personnes âgées peut se traduire par la fragilisation de l'ensemble des muscles, de la résistance de la coordination motrice et de la capacité du contrôle musculaire. La personne âgée constate la diminution des forces des bras, des jambes et de l'ensemble du corps.

La musique a des systèmes et des structures qui sont associés au temps. Le rythme qui est l'élément du temps en musique, augmente le niveau de l'énergie corporelle en stimulant les fonctions physiques.

Le fonction linguistique et respiratoire

La diminution de la compliance pulmonaire, de la compliance thoracique et la réduction du volume des muscles respiratoires rendent compte de la réduction de la capacité ventilatoire au cours du vieillissement. On constate une augmentation du volume aérien non mobilisable en fin d'expiration

et une réduction du calibre des bronches distales qui diminue les débit expiratoire. Par ce fait, la personne âgée perd peu à peu la capacité de l'activité et elle devient facilement fatiguée. Le chant est une activité efficace pour fortifier le fonction respiratoire parce que la base de chant est la respiration. Pour pouvoir chanter des phrases, une certaine maîtrise de la respiration (expirer, aspirer suffisamment d'air avant de commencer chaque phrase) est sollicitée. Des répétitions de ce mouvement de la respiration peut être efficace pour améliorer l'homogénéité et la force de l'appareil respiratoire. Une recherche montre que le chant sans accompagnement est favorable pour les patients de la maladie d'Alzheimer . Cela veut dire que malgré les différences du registre de la voix, le chant peut être un outil favorable pour la respiration.[13] L'activité de chant a la particularité d'avoir des moments ou des indications précises pour la respiration qui permet de faire des actions de respirations et aspirations par le rythme.

Les fonctions émotives et psychologiques

Certaines musiques du passé de la personne âgée peuvent rappeler la période de ces musiques et cela peut amorcer un sujet de conversation entre des personnes d'une même génération. Les mémoires et des évènements partagés peuvent contribuer à la communication verbale et à entretenir la capacité intellectuelle. L'art-thérapeute doit proposer des activités adaptées aux différents capacités de la personne âgée.

b) Le vieillissement pathologique et la musique

Face à l'inactivité de la désorientation

La vie en institution des personnes âgée ne favorise pas vraiment le mouvement. Les personnes demeurent souvent toute la journée dans l'espace commun ou dans leur chambre. Or, cette réduction de l'espace, voire la perturbation du rapport à l'espace peut avoir entrainer une mauvaise estime de soi comme nous l'avons vu précédemment. En effet, notre corps, instrument de communication, et plus précisément l'image que nous en avons, détermine pour une grande part, la qualité de nos échanges avec autrui et le monde qui nous entoure.
En cela la musique, de par la relation étroite qu'elle entretient avec l'action et le mouvement, s'avère

13 Clair, A.A.The effect of singing on alert responses in persons with late stage dementia. Journal of Music Therapy,33,234-247

intéressante à exploiter.

En effet, il n'existe pas de musique sans mouvement. La musique peut nous permettre de retrouver et de ressentir certains des rythmes et en cela elle est stimulante. Elle engendre ainsi spontanément le mouvement, aussi discret soit -il et favorise les déplacements dans l'espace. Ce mouvement retrouvé, nous pouvons le supposer, aura une incidence sur le l'image du corps, le rapport à l'espace et donc sur l'image de soi de la personne.

Face à la souffrance et à la perte du désir

Difficile de maintenir un désir lorsque notre corps n'est plus qu'un lieu de souffrance que l'on ne contrôle plus et qui nous paraît même, par moment, étranger. La musique permet, pour un temps, de s'évader hors de ce corps malade en faisant en retour sur soi, sur son passé. Elle aide à se remémorer des moments agréables, d'autres plus douloureux qui, tous, font partie de l'histoire de l'individu et constituent son identité. Cette réconciliation avec soi-même, enfant ou adulte, sur le chemin de notre histoire, permet de renouer avec son passé en se le réappropriant.
Ainsi, grâce à ce plaisir retrouvé, l'individu peut, par ses souvenirs, mieux assumer les différentes pertes dont il est victime.

Face à une rupture de communication

Les personnes âgées atteintes de pathologies du vieillissement accompagnées de difficultés de la communication verbale n'ont plus de possibilité d'exprimer leur angoisse et ainsi s'en libérer.

Comme on a vu plus haut, la musique peut faciliter la libération d'émotions qui peuvent ensuite être maîtrisées, quand cela est possible, par la parole mais qui peuvent aussi être canalisées par une voie non verbale (le corps , la voix...). Cette ouverture des canaux se réalise par:

- l'implication du corps en mouvement,
- une voix ouverte à l'espace

et, bien entendu, par l'utilisation de la musique comme:

- support du geste du mouvement, de l'émission vocale, verbale,
- médiateur capable de donner un sens au vécu émotionnel, sensoriel.

Face à la désorientation spatio-temporelle

Pour les personnes pour lesquelles souvent *passé* et *présent* se mélangent, la musique qui se bâtit essentiellement sur la répétition (de motifs courts ou de phrases plus longues comme, par exemple, dans les danses, où les même rythmes sont repris plusieurs fois), fournit des repères et structure le temps.

La musique et le son font appel au temps, d'ailleurs, le vocabulaire qui les concerne s'y réfère: les intervalles, le tempo, les silences, les soupirs, les pauses, la pulsation, etc...

Les personnes âgées désorientées vivent souvent dans leur passé qui les envahit par la reviviscence permanente de souvenirs en leur faisant perdre leurs repères. Engluées dans ce temps révolu, elles sont incapables d'investir le présent.(qui souvent se traîne, inconsistant, se confondant avec le passé) et de se projeter dans un futur même proche.

Une musique, connue et aimée dans le passé, peut, par exemple, permettre d'effectuer un lien entre le moment présent de l'écoute et celui de ce temps vécu. Des souvenirs et des témoignages peuvent alors émerger en venant nourrir le présent de l'individu souvent marqué de souffrance et d'angoisse. Les plaisirs musicaux engendrent un désir d'en vivre d'autres en prenant appui sur un passé.
Passé, présent et avenir peuvent de cette manière se nouer autour de la musique et redonner progressivement sens à la vie de l'individu.

La musique est espace: espace de l'imaginaire, espace de l'évasion, espace que nous pouvons explorer, grâce à elle, l'espace de notre corps ou celui de la salle de l'atelier d'art-thérapie à dominante musique.

3) L'art-thérapie à dominante musique peut aider la personne âgée dépendante de sortir de son isolement.

Au cours de vieillissement, par la fragilisation des fonctions soit physiques ou psychiques et les pathologies du vieillissement, la personne âgée peut devenir dépendante et isolée dans son environnement social. L'art-thérapie à dominante musique peut être en moyen d'entrer en relation avec les personnes âgées isolées en créant un relation avec la thérapeute. A la base et cette instauration de l'interaction sociale, la thérapeute peut envisager de mettre en place une stratégie afin d'exploiter cette possibilité relationnelle.

Tout cela peut se passer dans un environnement bénéfique pour les personnes en stimulant leurs fonctions restantes (motrices, cognitives, émotionnelles) en les aidant retrouver leur saveur existentielle afin de créer des conditions favorables pour les aider à sortir de leur isolement.

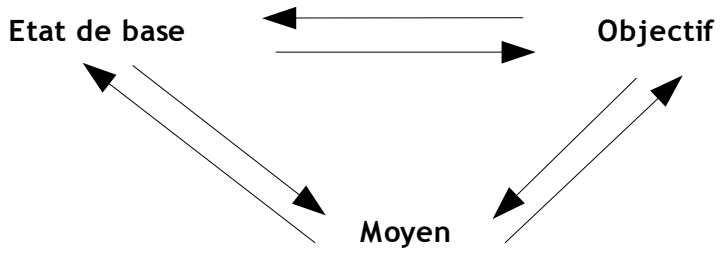
III. Les personne âgées atteintes des pathologies du vieillissement peuvent bénéficier d'art-thérapie à dominante musique.

1. L'art-thérapie est une approche originale de soin dans l'équipe pluridisciplinaire.

Puisque l'art est défini comme une activité humaine, il est naturellement impliqué dans le processus sanitaire des hommes. L'organisation de la structure du corps humain règle ses activités et peut mener à la production artistique par la recherche de l'idéal esthétique. Ainsi l'art-thérapie peut intervenir avec ses outils spécifiques avec un objectif thérapeutique. Pour sa pratique, l'art-thérapeute ayant une compétence artistique, exploite le potentiel artistique du patient dans une visée thérapeutique et humanitaire.

L'art en soi n'est pas thérapeutique, pour être thérapeutique, il doit être exploité par l'art-thérapeute. C'est sur l'émotion, le plaisir, l'idéalisation, l'expression, la communication, que l'art-thérapeute trouve son activité qui est complémentaire avec d'autres métiers de soin. Avec sa compétence, l'art-thérapeute trouve sa place dans l'équipe pluridisciplinaire.

L'art-thérapie travaille sur indication d'un médecin pour les patients qui sont sensibles aux arts (musique, art-plastique, danse, théâtre, photo, etc) Quelque soit sa technique, l'art-thérapeute vise à améliorer la qualité de vie de patient en utilisant des effets de l'art. Pour cela, il établit le protocole du projet thérapeutique.



État de base : état de patient au début de la prise en charge. Il s'agit des informations venant de l'extérieur (l'anamnèse, l'histoire de vie, la culture, la relation familiale et sociale) ou par des items observés.

Objectif : dans le cadre du projet général, l'objectif est établi à partir de l'état de base ou des items observés par l'art-thérapeute.

Moyen : il est nécessaire pour atteindre l'objectif. L'objectif peux entraîner les moyens qui ont pour objet d'être en accord avec cet objectif.

2. La théorie de l'art-opératoire permet l'analyse thérapeutique en art-thérapie.

1) Théorie de l'art opératoire

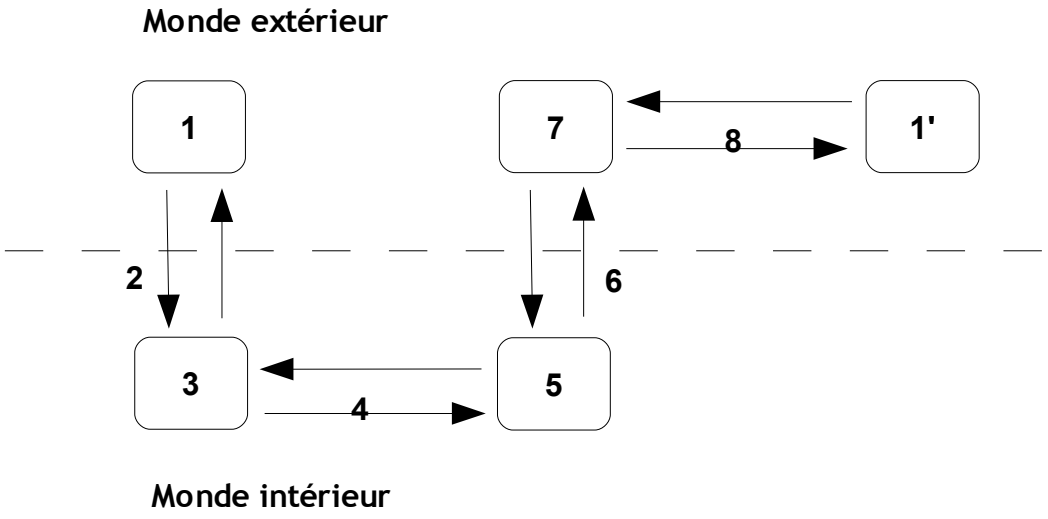
On peut trouver l'originalité de l'art-thérapie dans son implication de l'art. Or l'art est une activité d'expression orientée vers l'esthétique, on peut concevoir un agencement d'activités qui a comme finalité la production artistique. Cet organisation d'éléments oriente l'expression humaine vers l'art. Désormais, on nommera cette organisation *l'opération artistique* qui détermine la *théorie de l'art opératoire*; le fondement scientifique des connaissances en art-thérapie. Grâce à cette modalité de l'opération artistique, l'analyse thérapeutique en art-thérapie peut être effectuée sur une base scientifique. C'est parce que l'art est une activité d'expression humaine que cette théorie de l'art-opératoire peut contribuer à mieux comprendre l'être-humain.

2) Présentation de l'opération artistique

L'art a toujours existé dans l'histoire humaine. Il s'agit de « l'avant » dans le début de l'opération artistique. Cela représente plus largement l'élément culturel, social et patrimonial d'une société. Cela résume que toute la naissance de l'être-humain est dans un contexte socioculturel.
Dans ce contexte, l'être humain peut avoir une rencontre plus particulière avec le monde extérieur (l'œuvre d'art, les choses, les personnes, etc.) qui donne une inspiration esthétique. Une fois que ce *rayonnement* est fait par notre captation, on est dans la phase de l'expérimentation. Par la captation,

le traitement neurologique traite l'information reçue pour la conserver dans notre corps et dans notre esprit. A ce stade de l'impact sensoriel, l'activité mentale comme la mémoire ou l'intelligence s'active et par cette activité dans ces modalités psychologiques, les réactions archaïques du corps physique sont provoquées.

Ensuite, l'intention se réalise lors du passage de l'impression à l'expression qui implique une réaction. A ce stade, on peut considérer que le corps physique est impliqué même si cela ne se manifeste pas à l'extérieur. Seulement le pouvoir de la volonté entraîne la masse corporelle. Ainsi l'entraînement corporel (interaction corps-esprit) nous permet une activité artistique. Le psychomoteur ne suffit pas lui-même, c'est à dire qu'il va avoir pour objet de tendre vers quelque chose d'esthétique, de mettre en œuvre; il s'agit de la technicité et des savoir faire. Ce sont des agencements moteurs qui impliquent le corps dans la motricité, la psychomotricité et l'organisation des mouvements. Une fois la production terminée pour qu'elle rayonne comme une production artistique, elle doit passer à une nouvelle phase de captation. Ainsi la production s'inscrit dans l'histoire de l'art et dans la société humaine. On peut résumer l'opération artistique par le schéma comme suivant;



1 - **L'ensemble des choses** : toute chose (même l'être humain) qui ont la particularité de rayonner dans un champs esthétique. Une fois qu'une chose est captée, elle inscrit son existence dans le temps et dans l'espace.

2 - **Phase d'expérimentation** : le mouvement (aller et retour) entre la chose rayonnante et le capteur sensoriel.

3 - **Phase de traitement archaïque** : une fois la chose captée, l'information est traitée et par le corps physique et par l'activité mentale. Au cas où le rayonnement dépasse la capacité du capteur, le réflex remplace le traitement archaïque.
4 - **Phase de traitement sophistiqué** : la mémoire, les connaissances, l'intelligence entre autre sont opérantes. L'intention joue un rôle en impliquant une réaction.
5 - **Phase d'élan corporel** : on quitte la tension esthétique pour produire une activité esthétique.
6 - **Phase de la technicité** : pour répondre à l'intention de la production artistique, le mouvement physique s'organise en accord avec l'intention (à l'intérieur de la personne) et la réalité produite (à l'extérieur de la personne).
7 - **Phase de la production artistique** : à l'aide de la technicité et du savoir faire, une production artistique en en cours de la réalisation.
8 - **Phase du traitement mondain** : la production artistique est terminé et est détaché. Désormais cette production existe dans le monde extérieur comme une œuvre d'art.
1' - **Phase de la culture artistique**: l'œuvre devient une œuvre d'art. Il est le temps qu'elle rayonne comme telle.

3. Des outils spécifiques permettent à l'art-thérapeute d'exercer son métier avec une efficacité scientifique.

L'art-thérapeute établit un protocole de prise en charge fondé sur des outils d'observation et d'évaluation spécifique à l'art-thérapie prenant en compte la pathologie du patient. L'évaluation permet à l'art-thérapeute d'avoir un regard objectif sur l'évolution de patient. Grâce à la fiche d'observation, l'art-thérapeute peux analyser la situation et projeter dans l'avenir tout au long de la prise en charge. L'originalité de la fiche d'observation permet à l'art-thérapeute d'avoir sa spécificité au sein de l'équipe pluridisciplinaire.
La fiche d'observation, outre sa fonction de la suivi thérapeutique, est aussi une mémoire, un élément synthétique, un moyen de contrôle et de vigilance de l'action thérapeutique.

< Présentation de la fiche d'observation >

La fiche d'ouverture
Cette fiche explique le bien-fondé de la prise en charge, la nature et l'unité de mesure des items, la

raison de cette sélection, également le mode de l'observation (objectivement, interprétée ou ressentie).

Rubrique de la fiche d'observation

Généralités
L'identité du patient, la raison de sa prise en charge, présentation du patient, présentation de l'art thérapeute, mesure des items, etc.

Phénomène artistique
- Impression : capacité et possibilité sensorielle du patient
- Intention : orientation, désir, volonté d'une recherche esthétique

Nature de l'expression
- Action : c'est la mise en œuvre de moyens, méthodes et technicité d'une activité tendue vers un but esthétique
- Production: ce qui concerne l'ensemble des productions artistiques qui soit de nature visuelle, auditive, cénesthésique et cinétique.
- Capacité esthétique : c'est une expression du goût, plaisir et émotion esthétique, faculté critique, cohérence du bon, du bien et du beau.
- Dynamique entre ART I et ART II : c'est la faculté d'aller puiser une énergie et une jouissance au plus profond de soi, tout en essayant de réaliser une production maîtrisée à tous points de vue.

Capacité relationnelles
- Expression : c'est le passage de l'activité instinctive à l'activité volontaire dirigée.
- Communication : c'est le rapport à l'autre dans le souhait de transmettre une information.
- Relation : c'est le principe d'unification avec l'autre.
- Implication relationnelle : c'est le comportement général dans la relation, la méthode, la dynamique.
- Cohérence entre les éléments de la relation.

Bilan de la séance
Description et enchaînement des séquences, des moments, divers.

Analyse de la séance

Cette analyse comprend objectifs intermédiaires, site d'action, niveau d'organisation, cibles, items théoriques et pratiques, qualité du maintien ou du changement de la domination, etc.

Projection

Le décalage entre le projet et la réalité est l'objet d'une analyse et a pour objet de projeter dans les séances suivantes.

La fiche de clôture

Synthèse

Afin d'apprécier l'évolution du patient dans sa vie quotidienne, c'est une étape pour évaluer l'ensemble des mesures d'items.

Bilan

C'est une étape pour conclure le travail réalisé. Il mentionnera les objectifs généraux et leur intérêt, les conclusions des évaluations et leur rapports avec les objectifs, la description générale des séances d'art-thérapie, les faits remarquables, le suivi, les évolutions dans la vie quotidiennes du patient.

DEUXIEME PARTIE : LA MISE EN PLACE D'ART-THERAPIE AUPRES DE PERSONNES AGEES EN INSTITUTION

I. Stage dans un service de soin de longue durée à l'hôpital Sainte-Périne de Paris.

1. Présentation de l'hôpital Sainte-Périne

1) Le service de soin de longue durée (pôle Beausoleil) accueille des personnes âgées atteintes de pathologie de vieillissement.

L'hôpital Sainte-Pèrine-Chardon-Lagache-Rossini fait partie du groupe hospitalier *Raymond Poincaré-Berck-Amboise Paré-Sainte Périne* depuis 2011 qui lui-même fait parti de l'*Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP)*. Située dans le 16ème arrondissement de Paris, l'origine de l'hôpital remonte au début du 12ème siècle: un couvent de religieuse qui est ensuite devenu une maison de retraite de la ville de Paris, seulement au début de 20ème siècle, pour répondre aux besoins d'une population de plus en plus âgée et dont la dépendance s'est accrue, l'établissement est devenu un véritable hôpital composé d'unités de soins de longue durée avec des secteurs de rééducation associés et l'appui du Centre de Gérontologie qui se trouve à proximité. L'hôpital Sainte-Périne occupe un des bâtiments qui se trouve sur un parc parc vallonné d'environ 54 000 m^2 dont une large partie a été mise à la disposition de la ville de Paris. Il est organisé en 3 pôles: Pôle médecine-soins de suite gériatrique, pôle soins de longue durée gériatrique, pôle ambulatoire de diagnostic et d'intervention en santé. Il comprend 604 lits d'hospitalisation et 4 places d'hôpital de jour.

L'hôpital Sainte-Périne est composé de trois pôles:

- pôle médecine soins de suite gériatrique (SS): apporte des soins continus pour une préservation ou une amélioration de l'autonomie et une réinsertion (ex: suite des accidents vasculaires cérébraux, stabilisation des troubles de comportement).
- pôle soin de longue durée gériatrique (USLD): héberge les personnes âgées dépendantes dont l'état de santé nécessite une surveillance médicale et des traitements prolongés, définit pour chaque personne un projet de vie, dans lequel s'inscrit le projet de soins, grâce à la collaboration multidisciplinaire des professionnels de santé.

- pôle ambulatoire de diagnostic et d'intervention en santé

2) Présentation du l'unité de SLD (soin de longue durée)

A l'hôpital Sainte-Périne Chardon-Lagache Rossini, il y a 11 unités de soins de longue durée sur 3 pôles qui sont réparti sur 3 sites. Sur le site de Sainte-Périne, 2 pôles de SLD se trouvent au premier et deuxième étage. Chaque pôle est placé sous la responsabilité d'une équipe pilote, d'un cadre de santé et d'un cadre administratif.

Les sites Sainte-Périne et Rossini accueillent les personnes âgées atteintes de pathologies du vieillissement pour les soins de longue durée polyvalents et le site de Chardon-Lagache est destiné aux personne âgées atteinte de pathologie psychologique.

L'unité *Beausoleil* se situe au deuxième étage sur le site de Sainte-Pèrine. Il s'agit d'une unité de 35 lits destinée à la prise en charge de patients atteints de pathologie du vieillissement dépendants. Cette unité dispose 35 chambres dont 24 doubles et 11 seules. Il sont également à disposition un espace de vie (salle à manger avec télé).

Les patients ont une moyenne d'âge de 70ans et arrivent soit directement de leur domicile, soit par le biais du service d'accueil des urgences de l'hôpital.

2. L'unité de soin de longue durée accueille des personnes âgées dépendantes avec une équipe pluridisciplinaire

1) Les professionnels travaillent sur leur propre mission.

L'équipe de l'unité *Beausoleil* comporte;

- un médecin résponsable de l'unité,
- un interne,
- un cadre de santé,
- des infirmières diplômé d'état(IDE) et aides soignants(AS),
- un psychologue,

- différents intervenants: psychomotricienne, assistante sociale, kinésithérapeute, ergothérapeute, diététicienne,
- un animateur.

En gériatrie, les multiples disciplines s'engagent dans la pluridisciplinarité pour offrir un soin mieux adapté à la complexité des pathologies et au bien-être de la personne âgée. Cela nécessite une bonne communication et collaboration dans le respect au sein de l'équipe pluridisciplinaire. Dans son application pratique, la pluridisciplinarité doit se conformer à un objectif commun et respecter la spécificité de chaque discipline. L'équipe médical se réunit quotidiennement pendant 20 minute sous la direction du cadre de santé pour faire un échange d'informations sur l'état des patients.

L'équipe d'animation contribue au maintien de la vie sociale des personnes âgées. Chaque unité a une équipe d'animation qui propose des activités d'animation dans la semaine et des concerts en weekend. L'animateur se charge de la sortie au musée hebdomadaire avec quelques patients sous la responsabilité de la sécurité de l'établissement.

En dehors des soins et des activités l'animation, le psychologue, la diététicienne et les intervenants des différentes association offrent des activités religieuses, des lectures au chevet, etc.

2) Les objectifs de l'atelier d'art-thérapie s'inscrivent dans l'activité de l'équipe en cherchant la complémentarité

Dans un premier temps, pour mon stage, il m'a été proposé par le responsable de l'animation de l'hôpital Sainte-Pèrine de collaborer avec l'animateur de l'unité *Beausoleil* pour monter un spectacle par les patients. Ainsi j'ai commencé le stage dans un atelier de spectacle dans le cadre de mon apprentissage, ensuite j'ai été reçu par le médecin et la cadre de santé pour un autre atelier d'art-thérapie. Lorsque le responsable de l'animation et moi avons proposé de créer un autre atelier d'art-thérapie, le médecin et la cadre de santé, ayant une opinion favorable sur cette discipline qui n'existait pas au sein de l'équipe de soin, ont accepté immédiatement.

En institution, des ateliers artistique sont proposés (surtout art-plastique) par animateur en semaine. L'atelier artistique d'animation est conçu globalement avec comme objectif la stimulation cognitive, l'amélioration de l'estime de soi et l'amélioration de la capacité relationnelle des personnes âgées. Malgré qu'il existe une similitude entre l'objectif de l'atelier artistique d'animation et celui d'atelier

d'animation, l'atelier d'animation montre ses limites dans son impossibilité de l'évaluation thérapeutique, et la non implication des patients isolés.

En tenant compte de cette situation, l'équipe d'animation cherchait un canal pour entrer dans la relation avec les patients qui sont les plus isolés en institution pour diverses raisons. Le médecin et le cadre de santé partageaient la même idée que l'équipe d'animation. Ces patients, en dehors des visites pour les soins, n'ayant pas la capacité ou la motivation pour participer aux activités proposées restent souvent seuls dans leur chambre ou dans un coin du couloir sans interaction.

Pour l'équipe de soin et d'animation, l'idée de créer un atelier en art-thérapie à dominante musique se trouvait dans la continuité de leur recherche de soins adaptés aux patients isolés. De mon côté, j'ai trouvé que la proposition était très intéressante parce que lors de mon premier stage en Corée du sud, j'ai pu avoir une expérience d'art-thérapie auprès de ce public et depuis j'avais gardé l'envie de continuer sur cette voie pour mon deuxième stage à Paris.

Dans ce contexte, mon deuxième stage a démarré en accord avec l'équipe médical, avec le Dr Bendjoudi comme mon directeur de stage. Après cette rencontre avec l'équipe médicale sur la conception de l'atelier d'art-thérapie, nous avons défini des objectifs principaux des atelier d'art-thérapie comme suivante:

- établir un lien de confiance entre l'art-thérapeute et la personne âgée,
- l'aider à retrouver le goût de la vie par le biais de l'activité de la musique,
- la stimuler et l'aider à maintenir ses fonctions restantes,
- améliorer son estime d'elle-même en affirmant son expression personnelle par la musique,
- l'aider à sortir de l'isolement et de son repli sur elle en restaurant la communication et les échange

3) Les patients retenus pour un atelier d'art-thérapie sur le critère de la complémentarité

L'équipe croit que la musique peut devenir un médiateur pour créer des liens avec les patients qui ont peu d'interactions sociales. Dans l'espérance que l'art-thérapie trouve sa place avec sa spécificité et originalité au sein de l'équipe médicale, nous avons décidé de mettre en place l'atelier d'art-thérapie auprès des patients isolés dans l'unité *Beausoleil*. Parmi eux, le médecin et le cadre de santé ont choisi 6 patients potentiels pour l'atelier avec comme référence initiale une observation faite

récemment par l'équipe de soin. Ces patents ont été choisis parce qu'ils aiment la musique et ils montraient des attitudes de repli sur soi et de dépression.

Compte tenue de la durée d'une séance et des autres disponibilités, la prise en charge individuelle a été réalisable pour 3 personnes âgées. Après avoir interviewé les 6 patients, quelques critères (disponibilité, envie des patients) m'ont aider à retenir 3 patients. Ensuite, avec ces 3 patients, j'ai eu différents échanges afin de définir leur l'état de base et trouver des éléments pour la stratégie thérapeutique. Les éléments recherchés étaient

- les capacités physiques et mentales : dans le but de trouver leur moyen de conversation
- les troubles de comportement (agressivité, agitation, etc),
- l'intérêt pour la musique et la préférence de genre musicaux,
- le degré de moyen de leur humeur.

3. L'atelier d'art-thérapie à dominante musique est mis en place

1) La réalisation de l'atelier d'art-thérapie

Le choix des horaires et du local

Au niveau des horaires, pour favoriser la meilleur concentration et la dynamique physique, en accord avec l'équipe médicale, nous avons décidé d'un atelier d'art-thérapie à dominante musique, hebdomadaire , individuel dans l'après-midi après le déjeuner.
Selon leur capacité de concentration et leur condition physique au jour de l'intervention, le durée de séance durait entre 20 et 45 minutes le jeudi de 14h à 16h30. Sur environs 3 mois, chaque patient a bénéficié de 7 et 10 séances par patient.

Dans l'unité *Beausoleil*, il y a pas d'espace dédié à la pratique artistique. De plus, compte tenu de leur capacité physique, dans un premier temps, nous avons décider effectuer mes séances dans la chambre des patients. 2 patients choisis parmi 3, ont une difficulté de déplacement due à leur grande dépendance. Pour eux, il était préférable de rester dans leur chambre pour une ambiance calme et sécurisante. Pour le patient qui partage sa chambre avec un autre patient, si on constatait une gêne pendant les séances a cause de la présence de l'autre personne, la salle de service était mise à disposition au même étage en accord avec l'équipe. Celle-ci a pu être une solution pour créer une

meilleur ambiance pour la concentration.

2) La stratégie thérapeutique adaptée est nécessaire pour les patients isolés

Après une période d'investigation sur leur état de base (anamnèse, situation familiale, culture, goût, centres intérêt dans l'activité artistique et capacité physique) auprès des patients et l'équipe médicale, les techniques et supports artistiques ont été choisis.

La premier étape dans la mise en place d'une stratégie a été de créer un lien avec la thérapeute avec le support de l'activité de musique. En institution, ces personnes âgées isolées reçoivent très peu de visite de leur entourage et à cause de leur dépendance ou d'autres raisons, ils ne participent pas aux activités proposées et ils restent dans leur chambre sans interactions sociales. Cela veut dire que leur fonction cognitive reçoit très peu de stimulation. Or cette fonction joue un rôle important dans la capacité de l'expression et la communication. Donc, il a été nécessaire d'établir une relation favorable pour la personne âgée avec la thérapeute pour améliorer sa capacité relationnelle.

<u>activités de musique proposées et ses effets attendus</u>

Pour entrer dans la relation, la thérapeute va utiliser plusieurs activités de musique comme suivantes:

- **écoute musicale**: la musique porteuse de sens pour eux peut permettre de stimuler leur émotion, la mémoire et de favoriser la communication.
- **jeux rythmique** : soit avec la musique préférée du patient, soit par le choix d'une musique par la thérapeute pour son caractère rythmique. Cela peut être effectué grâce à l'aide d' instruments de percussion (petit tambourin, maracas) ou de gestes corporelles. (applaudissements, taper le sol ou on objet). Les fonctions physiques sont stimulés dans la pulsation de la musique.
- **chant de comptines:** fait appel à la mémoire pour se souvenir de paroles, de l'enfance. Son caractère ludique permet d'avoir un moment interactif entre la patient et la thérapeute.
- **jeux rythmique interactif**: il s'agit de jouer ensemble avec l'accompagnement d'un instrument par la thérapeute. Au delà de créer un lien avec la thérapeute, la patient peut avoir une stimulation cognitive et l'estime de soi en jouant une musique qui est adaptée à sa capacité

Compte tenu de leur état de dépendance, il semble que l'écoute musicale est une activité adaptée pour tous les patients. D'autres activités peuvent être proposées selon leur degré de capacité et leur envie. De plus, les résultats intermédiaires obtenus pendant les séances peuvent être un élément pour modifier la stratégie élaborée au début de la prise en charge.

II. Les études de cas

1. Madame B en séances individuelles

1) Anamnèse et présentation

Madame B est née 1918. Elle souffre de multiples pathologies.
Dans le passé, on lui a diagnostiqué principalement une péritonite tuberculose et une cardiopathie ischémique. Elle a également subi des opérations comme une mastoïdite, une appendicectomie et une ablation de kyste. Depuis 2003, elle montre des symptômes d'anxiété et de délire de persécution.
Son état dépendance et ses troubles psychiques pousse sa famille à la placer à l'hôpital Sainte-Périne où elle est pris en charge totalement. Elle reçoit des visites de ses enfants irrégulièrement, sinon elle reste seule isolée sur le lit dans sa chambre.
Son état de dépendance et son anxiété ne lui permettent pas d'accepter de se déplacer à l'aide d'un fauteuil roulant. Lors des visites de l'équipe ou quiconque, continuellement, elle se plaint de ses douleurs et de ses peurs.

2) Présentation des objectifs thérapeutiques

a) Objectifs de la structure

Les objectifs de la structure pour Madame B sont d'atténuer son état d'anxiété et l'aider à sortir de son état passif sans interaction à un état d'interaction avec l'équipe.

b) Objectifs généraux en art-thérapie

- Enter en relation avec Madame B par le biais de la musique.
- L'aider à sortir et oublier ses angoisses.
- L'aider à maintenir ses fonctions restantes.

c) Objectifs intermédiaires

- Stimuler son goût et l'émotion pour la musique.
- Créer une relation de confiance avec l'art-thérapeute.

3) Présentation de la stratégie thérapeutique

Les séances ont lieu dans sa chambre pour le confort de Madame B dans une ambiance rassurante. On essaie d'entrer dans la communication avec Madame B autour de la musique qu'elle aime écouter.

En écoutant la musique qu'elle aime, on attend des réactions voire des verbalisations. Le choix de la musique est important pour le rythme, la vitesse, compte tenue de son état fragile et angoissé. Il est favorable de choisir des musique ayant un rythme régulier plutôt calme sans mélodie triste. On propose également des musiques similaires aux choix de Madame B pour attirer on attention et stimuler sa capacité cognitive.
Chanter des comptines peux être un moyen pour elle de stimuler la mémoire, la capacité émotionnelle.

4) Déroulement des séances

<u>séance 1</u>
Pendant son interview, elle s'est exprimée sur le fait qu'elle aimait beaucoup la musique classique, notamment, Mozart.
Quand j'en entre dans sa chambre, elle ne me reconnaît pas. Elle dit qu'elle n'est pas capable de faire ce qu'on lui demande. Elle a trop peur. Elle a trop mal. En essayant de la rassurer, je me représente. J'explique que l'on va écouter des musiques agréables. Elle répond *faite ce que vous voulez...si vous voulez...* avec l'air de m'en vouloir. Quand la musique de Mozart commence, elle continue de parler

de ses peurs et de ses angoisses. Au milieu de la musique, elle s'arrête de parler. Mais elle n' exprimera pas autres choses que sa peine.

Séance 2

Mme B ne me reconnaît pas. Elle commence à parler de ses angoisses. Elle a l'air fatigué. Elle répète qu'elle a très peur, avec le regard qui porte l'air souffrant. En même temps, elle agite ses bras pour toucher ses épaules. Après mon explication sur ce qu l'on va faire qu'on va faire, elle dit *faite ce que vous voulez...* avec l'air énervée et désintéressée. J'essaie de la rassurer mais elle n'écoute pas et répète qu'elle a peur. J'approche le lecteur de CD plus près d'elle. À ma question, elle dit qu'elle entend, mais au début, elle ne semble pas être intéressée par la musique. Au milieu de la musique de Mozart, elle se calme petit à petit et elle finit par s'endormir.

Séance 3

J'ai préparé 2 morceaux de chant lyrique et un Mozart. Elle a l'air toujours angoissée et elle exprime toujours sa peur de tout. A ma proposition de l'écoute musicale, elle ne semble pas intéressée mais elle ne dit rien. Pendant l'écoute de la partie de chant, elle n'écoute pas pour la plus grande partie, elle parle de ses angoisses. Pour la dernière partie, je met un Mozart et elle se calme quelques seconds après. Elle écoute. A la fin, elle bien calme et silencieuse.

Séance 4

Madame B me regarde entrer dans sa chambre. à ma salutation, elle commence à parler de ses peurs. Pendant que j'installe le lecteur de CD, elle continue à parler de ses angoisses. Elle a l'air moins méfiante que pendant les séances précédentes. Elle me regarde avec un air curieux pendant l'installation du matériel. Elle écoute la musique attentivement dès le début, et sur le deuxième morceau, elle s'endort.

Séance 5

Quand j'entre dans la chambre de Madame B, elle semble endormie. A ma salutation, elle se réveille et ne me reconnaît toujours pas. Je propose de chanter des comptines pour elle. Elle me regarde puis elle tourne la tête. Je commence à chanter 2 comptines et je demande si elle les connait. Elle ne répond pas. Je continue de chanter encore des comptines. A la fin d'une, elle dit clairement d'une voix vive qu'elle les connaît, qu'elle chantait. Je propose d'en chanter encore une mais elle ne la connait pas. Pour terminer, je met la musique de Mozart et elle écoute bien réveillée sans rien dire.

Séance 6

A ma salutation, elle me regarde l'air inquiet. Elle bouge ses bras en grattant ses épaules. Je parle du beau temps dans le jardin et lui demande si elle n'as pas envie d'aller se promener dans le jardin avec moi sur le fauteuil roulant. Elle répond qu'elle est fatiguée et qu'elle a trop peur. Je met la musique de Mozart (il s'agit d'un concerto pour piano avec une mélodie très apaisante et un peu rythmique). Elle est bien réveillée et concentrée. A la fin, Elle dit très spontanément que c'est très agréable ce qu'on fait. Elle ne dit rien à ma salutation de départ, mais elle m'accompagne avec le regard.

Séance 7

Elle est éveillée et elle me regarde attentivement installer la lecteur de CD. Elle semble plus calme que d'habitude et elle ne dit pas qu'elle a peur. On écoute une petite compilation de musiques de Mozart. Après cette écoute, je demande comment elle l'a trouvée. Elle répond que ça lui fait très plaisir. Elle ajoute qu'elle aime tout ça. Je lui chante également quelque comptines et la plupart du temps, elle écoute attentivement, mais de temps en temps elle tourne la tête avec l'air fatigué. Elle a reconnu une comptine. A ma salutation, pour partir, elle a dit au revoir.

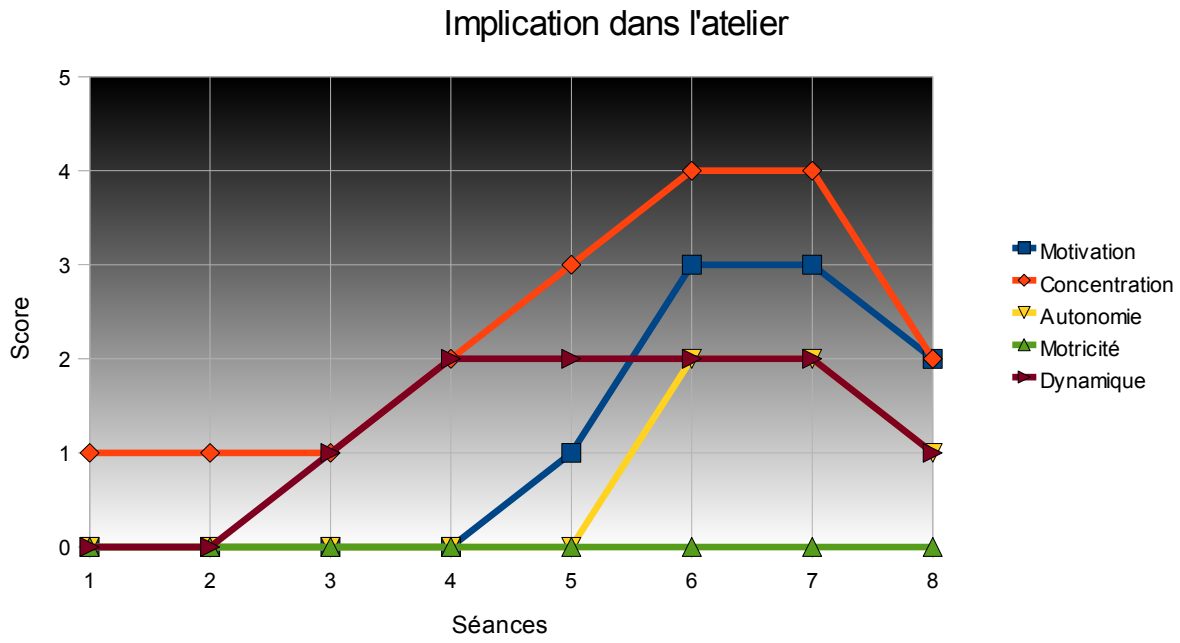
Séance 8

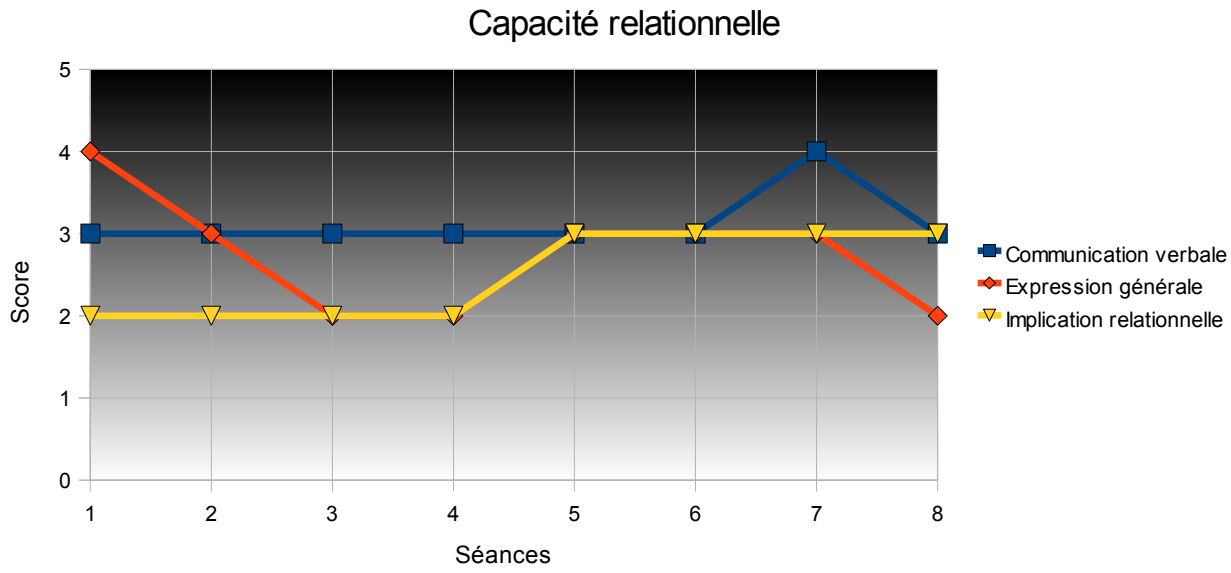
Mme B n'est plus seule dans la chambre: une autre dame est installée dans le lit à côté d'elle. Je ne peut pas clairement comprendre l'envie de l'autre pour écouter de la musique. Je décide que l'on ne fera que l'écoute des comptines. Mme B écoute attentivement et elle reconnait quelques comptines. Elle ne parle pas de ses peurs et elle répond très clairement à mes questions. A la fin, elle dit au revoir.

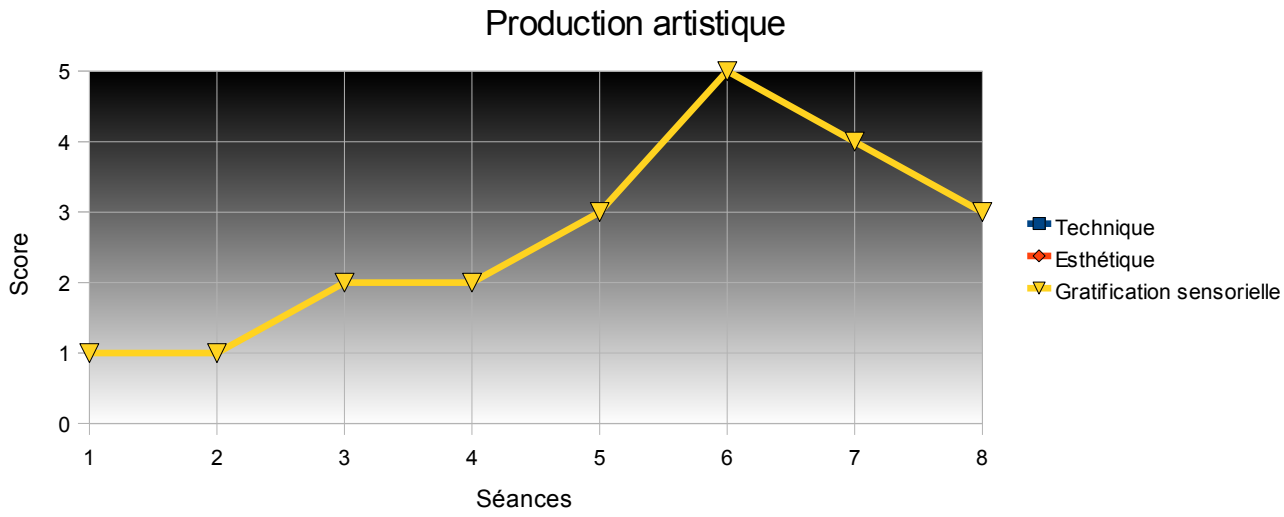
5) Évaluation des séances

Les éléments graphiques montrent la mesure des faisceaux d'items constitués tout au long de la prise en charge et permet de réaliser une synthèse. Le rapprochement de l'ensemble des mesures de chaque faisceau d'items permet de les comparer, les analyser et les commenter en fonction des progressions apparues. Ainsi, l'appréciation de ces évaluations sur les objectifs permet de constater l'évolution des personnes âgées.

Implication dans l'atelier								
Séance	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**
Motivation	0	0	0	0	1	3	3	2
Concentration	1	1	1	2	3	4	4	2
Autonomie	0	0	0	0	0	2	2	1
Motricité	0	0	0	0	0	0	0	0
Dynamique	0	0	1	2	2	2	2	1
Capacité relationnelle								
Séance	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**
Communication verbale	3	3	3	3	3	3	4	3
Expression générale	4	3	2	2	3	3	3	2
Implication relationnelle	2	2	2	2	3	3	3	3
Production artistique								
Séance	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**
Technique								
Esthétique								
Gratification sensorielle	1	1	2	2	3	5	4	3







L'analyse des séances

Au début de la prise en charge, pour Madame B, On avait prévu 10 séances mais finalement on a réussi à avoir 8 séances. Madame B réagit très peu aux stimulation de l'art-thérapeute durant les premières séances. On peut également observer que son état d'anxiété et de délire de persécution apparaissent très explicitement. A partir de la 5ème séance, elle commence à être moins troublée par la présence de la thérapeute. Mais avant la 6ème séance, je n'étais toujours pas certaine qu'elle me reconnaissait et qu'elle comprenait ce que je proposais. Au fil des séances, on a constaté que son état indifférent sur la présence de la thérapeute passe à l'étape d'adaptation à la fin. Au début de la prise en charge, la présence de la thérapeute signifie pour elle, un secours pour la sauver de son angoisse ou de sa souffrance malgré ma présentation de l'atelier, ou une étrangère qui lui propose des choses qu'elle ne comprend pas. Au milieu de la prise en charge, elle parlait moins de ses problèmes et elle avait l'air d'accepter cette prise en charge à la fin, elle appréciait ma présence et exprimait son plaisir sur ce qu'on faisait.

Dans l'ensemble des résultats, son progrès de l'implication relationnelle ne se voit pas d'une façon très claire à l'execption de la 6ème séance. On peut supposer que son état d'anxiété et de peur a été atténués par la répétition de procuration du plaisir de l'écoute musicale en ma présence.

Au début de la prise en charge, j'ai eu des doutes sur la capacité auditive de Madame B (malgré les informations de l'équipe médicale) parce qu'elle réagissait pas toute de suite à la musique. Cela peut

venir du fait que ses fonctions sensorielles s'activaient moins bien dans l'état de l'angoisse. Au fur à mesure qu'on avancait dans les séances, on pouvait observer qu'elle réagissait de plus en plus rapidement et qu'elle retrouvait sa capacité de concentration.

Une fois Madame B entrée dans la relation de confiance avec la thérapeute grâce à l'activité de la musique qu'elle aimait, on pouvait voir son implication dans l'activité. Elle écoutait plus attentivement
Suite à plusieurs essais, j'ai tiré la conclusion que Madame B réagissait à la musique de Mozart différemment qu'avec d'autres musiques classiques. Dès qu'elle entendait la musique de Mozart, elle s'arrêtait de se plaindre et semblait s'apaiser.

2. Monsieur F en séances individuelles

1) Anamnèse et présentation

Monsieur F a 58 ans et est originaire des Philippines. Depuis 1992, il exerçait son métier de maçon en France. Il est marié et a deux enfants. Il a été diagnostiqué d'une encéphalite lymphocytaire non étiquetée compliquée d'ADEM, du pauci-relationnel suite à une encéphalomyélite disséminée, porteur de séquelles neurologiques majeures avec altération des aptitudes sensorimotrices et des notions spatio-temporelles. Monsieur F souffre également d'un trouble de la conscience et d'une praxie idéatoire. Les personnels du pôle a beaucoup de difficulté de communiquer avec lui, parce que monsieur F comprend et parle très peu le Français. Lors des visites de soins, il exprime sa douleur en regardant les infirmières avec un regard hostile et en levant son poing. En général, l'équipe peut constater que Monsieur F a un caractère bien calme et réservé. Il refuse de participer aux activités proposées par l'institution, en dehors de la visite quotidienne de sa sœur et la visite mensuelle de sa femme et de ses enfants, la plupart de temps, il passe sa journée toujours tout seul dans sa chambre.
Cet isolement et son immobilité physique lui cause progressivement la perte de l'autonomie physique.

Malgré cette absence de communication, au fil du temps, les personnels a pu savoir que Monsieur F aimait beaucoup la musique, notamment, la musique Funk. Il passe beaucoup de temps à écouter ce genre de la musique.

2) Présentation des objectifs thérapeutiques

a) Objectifs de la structure

L'équipe avaient des difficultés à entrer dans la relation avec Monsieur F. Ses absences d'interactions sociales l'isolait dans la vie de l'institution. L'équipe souhaitait aider Monsieur F à sortir de son isolement et à devenir plus autonome.

b) Objectifs généraux en art-thérapie

- Éveiller et stimuler l'intérêt de Monsieur F pour l'interaction avec les autres en dehors de sa famille.
- Stimuler sa capacité d'expression.
- Améliorer son estime de soi

c) Objectifs intermédiaires

- Donner l'envie de l'interaction avec le thérapeute.
- Stimuler et valoriser ses capacité restantes.
- Stimuler et aider exploiter ses potentiel artistique pour la musique.

3) Présentation de la stratégie thérapeutiques

La stratégie thérapeutique construite pour Monsieur F visait à l'aider à sortir de son isolement en tenant compte de ses capacités réelles de ses pathologies. Pour faciliter l'entrée dans la relation, on a choisi de mettre en place un atelier individuel dans la chambre de Monsieur F.

Dans un premier temps, pour attirer et stimuler l'intérêt de Monsieur F, sa musique préférée connue est choisie comme médiateur. Par les activités avec cette musique (choisir, écouter, commenter) Monsieur F sera invité à faire interaction et entrer dans la relation avec le thérapeute.

Dans un deuxième temps, on proposait de retrouver et écouter la musique de sa jeunesse et jouer

d'un instrument de percussion avec thérapeute.

4) Déroulement des séances

Séance 1

Monsieur F est sur son fauteuil roulant dans sa chambre. Son téléviseur est allumé mais il ne semble pas s'y intéresser. Après m'être présentée, j'éteins le téléviseur en accord avec Monsieur F. Il me regarde avec un regard curieux et inquiet. Je présente un CD de la musique Funk et je l'invite à choisir parmi les chansons du CD. Il écoute attentivement ce que je lui lis et quand il veut faire un signe, il hoche sa tête en faisant la grimace. Parfois, ce n'est pas très clair s'il veut ou pas. Pendant l'écoute de quelques musiques qu'il a retenu, il fait le rythme avec un pied.

Séance 2

Monsieur F a une sœur qui lui rend visite presque tous les jours. Elle n'était pas informé a propos des séances. Grâce à cette rencontre, j'ai pu avoir quelques informations intéressantes sur Monsieur F. Sa sœur a confirmé qu'il aime beaucoup la musique Funk et d'autres musiques plutôt rythmiques. Dans le passé, il chantait aussi pour sa femme à l'occasion d'un évènement. C'était une chanson d'une chanteuse très populaire aux Philippines.
Après cette conversation avec sa sa sœur et en sa présence, on écoute la suite des chansons que Monsieur F avait choisi. Il écoute attentivement en faisant le rythme avec un pied.

Séance 3

Monsieur F est seul, en train de regarder la télé. En son accord, j'arrête la télé. Je montre deux CD de compilation des musiques Funk. Lorsque je lis les titres pour lui avec la voix, quand il veut écouter, il hoche la tête, sinon il fait la grimace en secouant la tête horizontalement. Pour le volume du son aussi il fait un signe pour trouver le volume de son qui lui convient. Pendant l'écoute, il fait le rythme avec le pied ou tapant les doigts. A la fin de la séance, je lui montre un CD de musique traditionnelle régionale philippine, quand je lui parle de cette région, sur la carte des Philippine, il me montre avec un doigt la région de la musique et la région où il vivait avec un regard très intéressé .

Séance 4

Quand j'entre dans sa chambre, Monsieur F me regarde avec un regard plus accueillant. Cette fois-

ci, j'ai préparé des chansons de musique Funk des années 80, c'est à dire des musique plus récentes que d'habitude. Pour le choix des chansons, Monsieur F s'exprime très clairement à chaque fois, surtout quand il n'aime pas: il fait des grimaces très fort en bougeant la tête. Pendant l'écoute de la première chansons, on doit arrêter l'écoute parce qu'il commence à tousser très fort avec des bruits de gêne respiratoire. Un infirmier intervient pour changer l'appareil que Monsieur F portait. Dès qu'il arrête de tousser, il veut continuer d'écouter la musique. Il a la tête vers le bas en tapant le rythme avec un pied. Vers la fin, je lui montre des instruments de percussion tels qu'un petit tambourin et une paire de maracas. Je montre les gestes pour produire le sons. Il a choisi les maracas. Il a manipulé pendant quelques minutes mais il refuse d'essayer de jouer avec la musique.

Séance 5

Avec quelques musiques Funk, j'ai préparé d'autre genre mais quand même bien rythmique comme des chansons de gospels de Louis Amstrong. Il écoute deux chansons et pour une chanson, il veut bien écouter deuxième fois. Au moment de l'écoute des musiques Funk, il exprime très clairement ces choix. Il fait le rythme avec un pied tout le long de l'écoute. Il refuse d'essayer des instruments de percussion.

Séance 6

Pendant la séance 2, sa sœur m'a raconté qu'au jour de l'anniversaire de mariage de Monsieur F, il a chanté une chanson (dont elle ne se rappelle plus exactement le titre) d'une chanteuse très populaire aux Philippined. Touchée par cette histoire, j'ai trouvé quelques chansons de cette chanteuse pour cette séance.

Lors de ma proposition de ces chansons, Monsieur F me regarde d'un air curieux. Pendant l'écoute, il se penche la tête vers le bas, il ne bouge pas jusqu'à la fin de 3ème chanson. A la fin, il me regarde d'un air ému. Je propose qu'il choisisse encore une chanson si il veut. Il fait la signe de tête pour accepter et il choisit la deuxième chanson (Malheureusement, je ne pouvais pas vérifier mais il ne me semblait que cette deuxième chanson était la même qu'au jour de l'anniversaire de son mariage.) Il écoute très attentivement et fait pas de rythme avec ses pieds. Après cet écoute, je propose des musiques Funk. Il n'est plus très clair pour ses choix mais il écoute concentré.

Séance 7

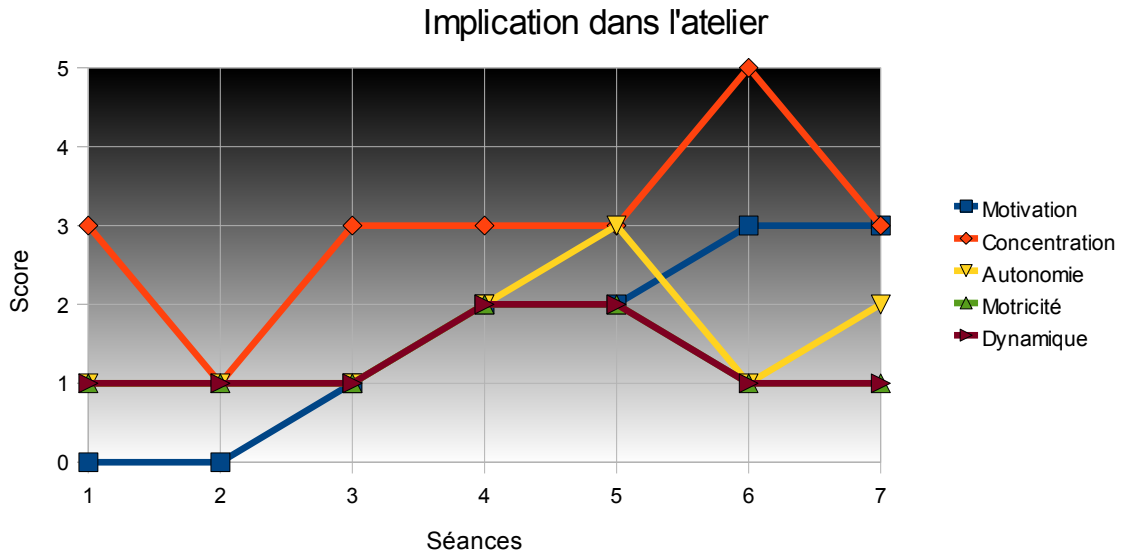
Sur le chemin pour aller dans la chambre de Monsieur F, je croise sa sœur dans le couloir. On

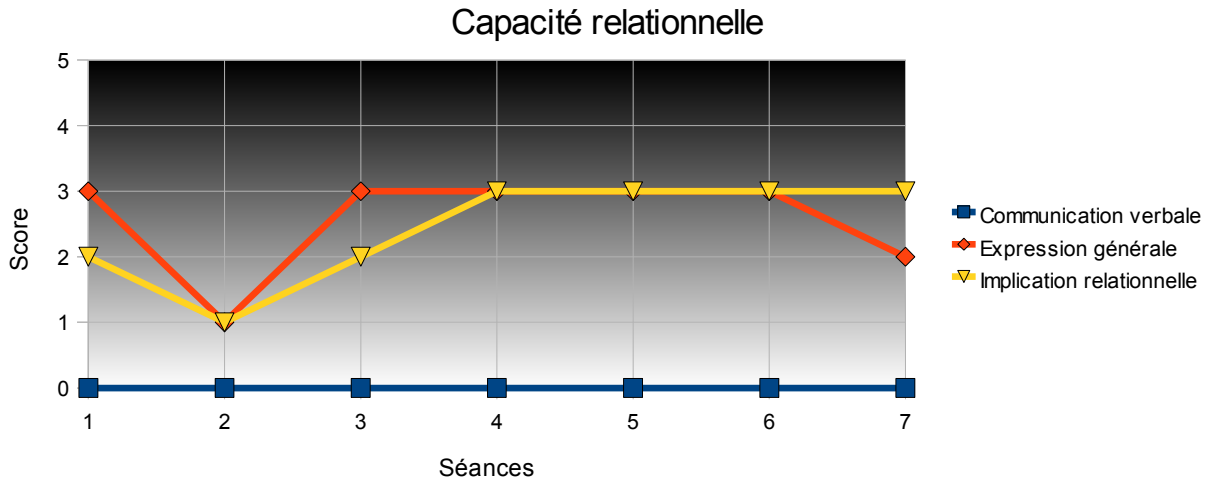
discute brièvement. Elle dit qu'il aime ces séances et il m'attend. Dans sa chambre, il est sur son fauteuil avec des yeux fermés. J'essaye de le réveiller en l'appelant. Il se réveille doucement. Je demande s'il veut la musique aujourd'hui, il fait une signe d'approbation avec la tête et le regard. Je propose d'écouter la dernière génération des groupes de la musique Funk. Pendant la lecture de la liste des groupes et des chansons, il me regarde en écoutant attentivement la liste, mais il n'a pas l'air d'en reconnaître au moins une sur la liste. J'avais choisis à l'avance quelques chansons en consultant son goût pour la musique. Il accepte de les écouter avec un regard curieux. Il écoute attentivement avec sa tête vers le bas en faisant le rythme avec son pied. Ensuite, je propose d'écouter les chansons de Louis Amstrong mais il écoute moins attentivement, il est distrait mais reste très calme.

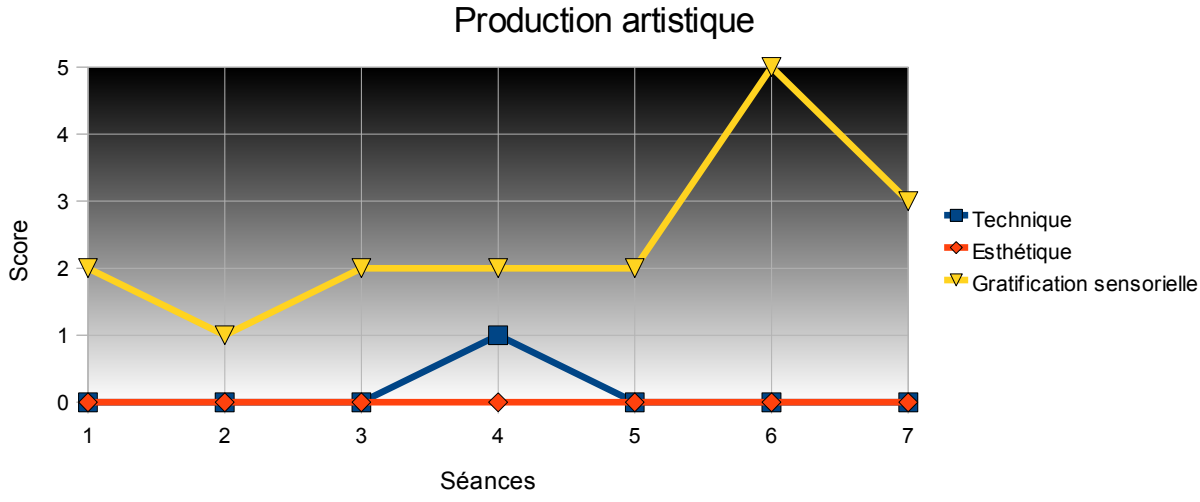
Je lui annonce la fin de prise en charge avec la fin de mon stage, il me regarde avec un regard étonné et inquiet. Je lui promet de continuer de revenir le voir. Quand je sort de la chambre, il m'accompagne avec son regard.

5) Évaluation des séances

Implication dans l'atelier							
Séance	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
Motivation	0	0	1	2	2	3	3
Concentration	3	1	3	3	3	5	3
Autonomie	1	1	1	2	3	1	2
Motricité	1	1	1	2	2	1	1
Dynamique	1	1	1	2	2	1	1
Capacité relationnelle							
Séance	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
Communication verbale	0	0	0	0	0	0	0
Expression générale	3	1	3	3	3	3	2
Implication relationnelle	2	1	2	3	3	3	3
Production artistique							
Séance	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
Technique	0	0	0	1	0	0	0
Esthétique	0	0	0	0	0	0	0
Gratification sensorielle	2	1	2	2	2	5	3


Implication dans l'atelier
Score
Séances
Motivation
Concentration
Autonomie
Motricité
Dynamique


Capacité relationnelle
Score
Séances
Communication verbale
Expression générale
Implication relationnelle


Production artistique
Score
Séances
Technique
Esthétique
Gratification sensorielle

L'analyse des séances

D'une manière générale, pour ce que j'ai constaté, Monsieur F était toujours très présent dans toutes les séances. Il a trouvé toute de suite un intérêt pour l'écoute musicale. On pouvait observer qu'il était bien concentré et impliqué dans l'activité. Il était toujours très actif dans les choix des musiques en exprimant assez clairement ses préférences.

Mais il faut redire qu'il a presque tout perdu de sa capacité verbale. De plus il a la difficulté de la compréhension dans la langue française. Pendant les séances, je lui parlais en anglais imparfait mais il comprenait mieux qu'en français, mais il existait une grande difficulté de la communication.

Si ce n'est pour le choix de l'écoute, il s'exprimait très rarement.

Au début de la prise en charge, pour choisir des chansons que je lui ai proposé, il était difficile de trouver ce qu'il lui plaisait. Sur beaucoup de chansons, il a exprimé qu'il n'aimait pas d'une façon très clair. Choisir le volume de son était également difficile. Sa réaction était quasiment nerveuse.

Il semblait inconcevable qu'il accepte d'écouter de la musique qu'il ne connaissait pas.

Vers la fin de la prise en charge, j'ai proposé d'autres genre de la musique qu'il aimait. Il acceptait de les écouter jusqu'à la fin en faisant le rythme avec son pied.

Je peux supposer qu'à la fin, Monsieur F commençait à entrer dans la relation de confiance avec la thérapeute. Il semblait moins nerveux au niveau des gestes et dans le choix de la musique.

Il me semblait très difficile de mesurer, observer ses opinions, mais progressivement par son regard, j'ai pu lire ses impressions favorables pour cet atelier. Ensuite, mon impression était validé par la discussion avec sa sœur.

Pendant les séances, j'ai proposé le jeux rythmique deux fois. Monsieur F a accepté jusqu'à la manipulation mais pas jusqu'au jeux. Monsieur F étant d'origine asiatique, est une personne très calme et réservé. Il était important de le motiver de bouger son corps parce que il perdait son autonomie à cause de la immobilité de son corps. Mais il me semble qu'il n'a jamais joué d'un instrument. Je suppose qu'il n'a pas franchi la barrière psychologique.

La stimulation émotionnelle était clairement observable lors qu'on écoutait les chansons de la chanteuse philippine. Cette musique est certainement un vecteur de souvenirs d'un événement personnel lié à l'amour pour sa femme qu'il peut voir rarement.

La musique Funk que Monsieur F aimait beaucoup n'est pas connu comme genre de musique émotionnelle. Mais on peut constater que cette musique très rythmique pouvait être efficace pour stimuler sa motricité. La plupart du temps, Monsieur F faisait le rythme avec un pied ou parfois avec la main assez discrètement.

3. Monsieur J en séances individuelles

1) Anamnèse et présentation

Monsieur J a 78 ans. Il est originaire d'Aix-les-Bains, où il a travaillé comme ouvrier. A la suite d'une inhalation, il a été amputé d'une jambe en 1962 suite à un AVP. Depuis il est en fauteuil roulant. Monsieur J a été diagnostiqué PMD. Par le passé, Monsieur J a montré un syndrome dépressif et maniaque, a vécu des épisodes mélancoliques. Actuellement, l'équipe trouve qu'il est mutique, angoissé, tendu, opposant.

Monsieur J se trouve souvent tout seul dans le couloir en regardant les passants ou ailleurs. Il parle très peu avec les autres, par contre il accepte facilement de participer aux activités proposés, mais il reste distant, perd vite l'intérêt et part au milieu des activités. J'ai rencontré Monsieur J. pour la première fois à l'occasion de l'activité d'animation théâtrale. On peut observer qu'il a de plus en plus des difficultés de communication (surtout verbale) et il présente une attitude de repli sur soi. Physiquement, il est très présent mais en réalité, Monsieur J devient progressivement isolé dans l'institution.

2) Présentation des objectifs thérapeutiques

a) Objectifs de la structure

Les objectifs de la structure pour le cas de Monsieur J sont de l'aider pour qu'il garde ses capacités et le plaisir de l'interaction sociale.

b) Objectifs généraux en art-thérapie

- Éveiller et stimuler sa capacité relationnelle.
- L'aider à maintenir ses facultés de communication.
- L'aider de retrouver sa saveur existentielle par le plaisir pour la musique.

c) Objectifs intermédiaires

- Donner l'envie de l'interaction avec le thérapeute.
- Stimuler la capacité d'expression et psychomotrice.
- Stimuler la fonction cognitive.

3) Présentation de la stratégie thérapeutiques

La musique est utilisé pour choisir, écouter, commenter, jouer.
Écouter des musiques rythmiques est efficace pour éveiller la motricité corporelle et pour solliciter l'esprit. On propose également à Monsieur J de choisir et retrouver des musiques de son époque pour stimuler les fonctions cognitives et stimuler l'expression.
Les séances prennent une forme d'atelier individuel pour une ambiance favorable (dans sa chambre ou une salle indépendante). Les jeux rythmiques avec des instruments de percussion sont proposés également pour stimuler la capacités motrice.

4) Déroulement des séances

Séance 1

Lors de l'interview qui a précédé la première séance, Monsieur J a exprimé son affection pour le jazz. Pour la première séance j'avais donc préparé des morceaux de jazz à écouter dont certains pour le jeux de rythme. Monsieur J est dans la couloir comme d'habitude. Avec ma salutation, il se rappelle de la séance d'art-thérapie. Ainsi la première séance commence dans sa chambre. Monsieur J partage sa chambre avec le Monsieur C. En accord de Monsieur C, on commence à écouter des musiques jazz. Pendant l'écoute musicale, il y a des moments où il semble concentré et d'autres où il semble distrait en bougeant son fauteuil roulant comme s'il se réveillait. L'écoute est dérangée par les commentaires de Monsieur C. Monsieur J ne réagit pas mais il n'écoute plus la musique, il se distrait en se reculant derrière avec son fauteuil roulant. Ensuite, Monsieur J accepte de prendre un tambourin pour un jeux de rythme mais il s'arrête quelque seconde après. Pendant toute la séance, il garde son air distant mais il essaye de s'impliquer dans l'activité. A ma question sur sa préférence pour la prochaine fois, il répond Brassens.

Séance 2

Pour obtenir de meilleurs conditions, on décide d'utiliser la salle de service pour la séance avec l'accord de médecin. La salle est très calme et ensoleillée. On commence par deux musique jazz de Louis Amstrong. Il écoute plus attentivement que la dernière fois mais il continue les mouvements brusques comme corriger sa position assise ou bouger son fauteuil roulant. Après avoir joué le rythme, je lui fait choisir ses chansons préférées dans le répertoire de Brassens. Il choisi *Gorille et* on en discute: il semble intéressé et amusé. Ensuite, il se souvient du bassiste de Brassens, en répétant qu'il s'appelait *Nicolas Quelque Chose*. Comme je ne connais pas, je vérifie sur la pochette du CD et lui confirme. Globalement, il est plus à l'aise que lors de la dernière séance.

Séance 3

On commence par de la musique Jazz de Louis Amstrong. Il écoute attentivement mais s'exprime très peu. Ensuite il s'implique vivement pour choisir une chanson de George Brassens. Au jeux de rythme, il s'arrête après quelque seconde, mais à mon invitation, il a recommence. Quand il s'arrête, je reprend le rythme et il recommence, C'est devenu comme un jeux entre nous. Ensuite je propose de lui chanter des comptines. Il ne reconnaît pas la première mais tout de suite la deuxième. Il finit par chanter la fin de la comptine. Pour la séance suivante, je lui propose d'écouter de la musique qu'il aime et il réclame du Jacques Brel.

Séance 4

On démarre cette séance avec 3 chansons de Jacques Brel. Monsieur J écoute moins attentivement que la dernière fois et pendant l'écoute, il recule brusquement en fauteuil roulant. Il se concentre moins bien que sur la musique de George Brassens. Au jeux de rythme, il s'implique mieux, il est plus à l'aise : il fait le rythme lent et clair mais décalé. Ensuite, il accepte ma proposition de lui chanter des comptines Il reconnait l'une d'elle et chante la dernière phrase. Il exprime qu'il veux écouter Yves Montand la prochaine fois.

Séance 5

La salle de service (lieu de séance habituelle pour Monsieur J) n'était pas disponible pour ce jour. En accord avec l'animateur, nous décidons d'utiliser la salle d'animation équipée d'un piano numérique. La salle est très lumineuse et calme. Pour l'écoute musicale, j'ai préparé des chansons d'Yves Montand comme Monsieur J l'a souhaité lors de la dernière séance. On a commencé a écouter trois chansons d'Yves Montand. Lors de cette écoute, Monsieur J a l'air très concentré avec

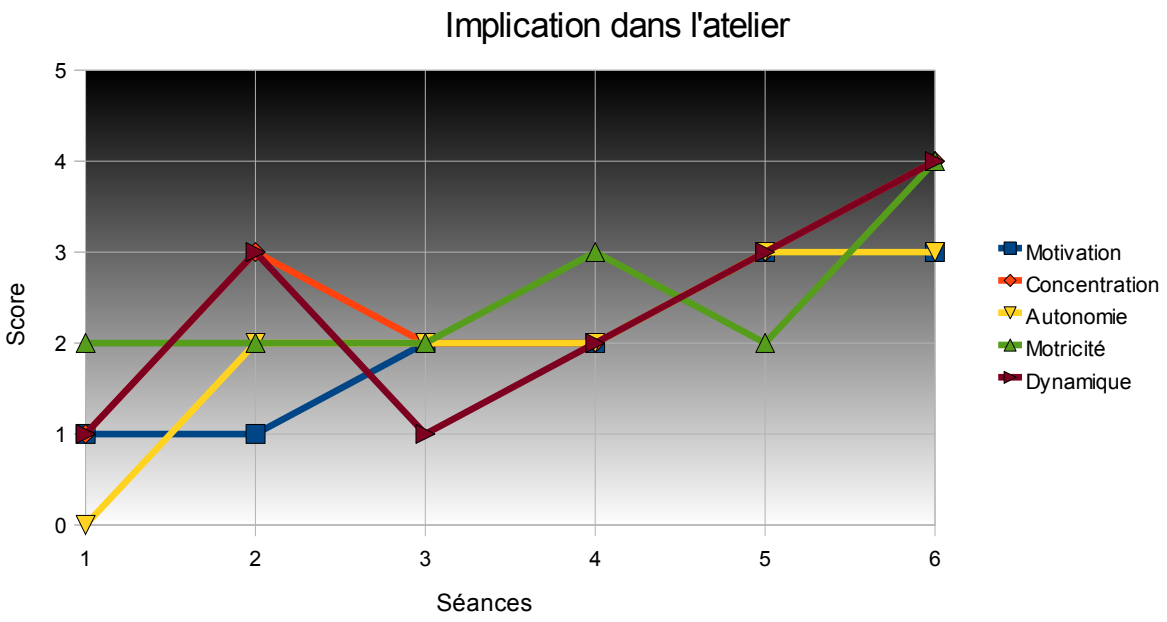
la tête penchée vers le bas et on peut constaté qu'il a beaucoup moins des gestes agités que d'habitude au milieu de l'écoute.
A la fin de la troisième chanson, Il lève la tête et dit spontanément *Bravo!* avec une forte voix. Je lui demande si ça lui plaît. Il a l'air être surpris par sa réaction. Il prend peu de temps pour répondre que c'est très beau. Ensuite, il accepte de réécouter *Les feuilles mortes*. Toujours bien concentré, à la fin, il redit que c'est très beau.
Pour le jeux rythmique, je lui propose de jouer du petit tambourin, avec mon accompagnement de piano.
Je joue un morceau de musique Jazz court avec une mélodie et un rythme simple et régulier. Pour le rythme, au début, je lui donne des signes pour qu'il se synchronise et globalement, il a bien réussi. Je le félicite et il me regarde un souriant. Pour la séance suivante, il espère réécouter des chansons d'Yves Montand.

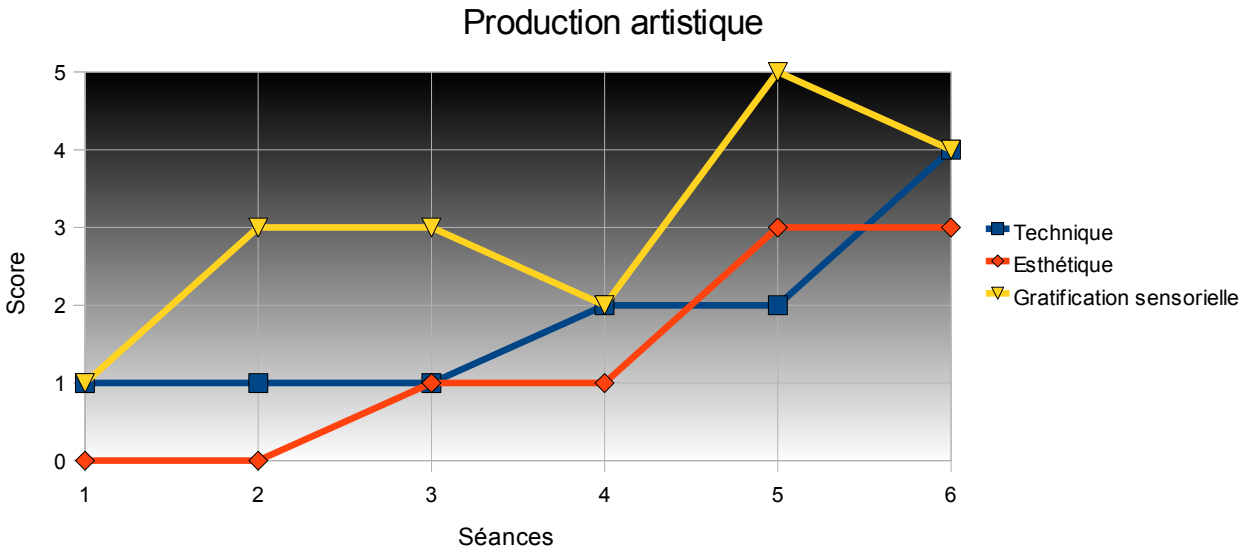
Séance 6

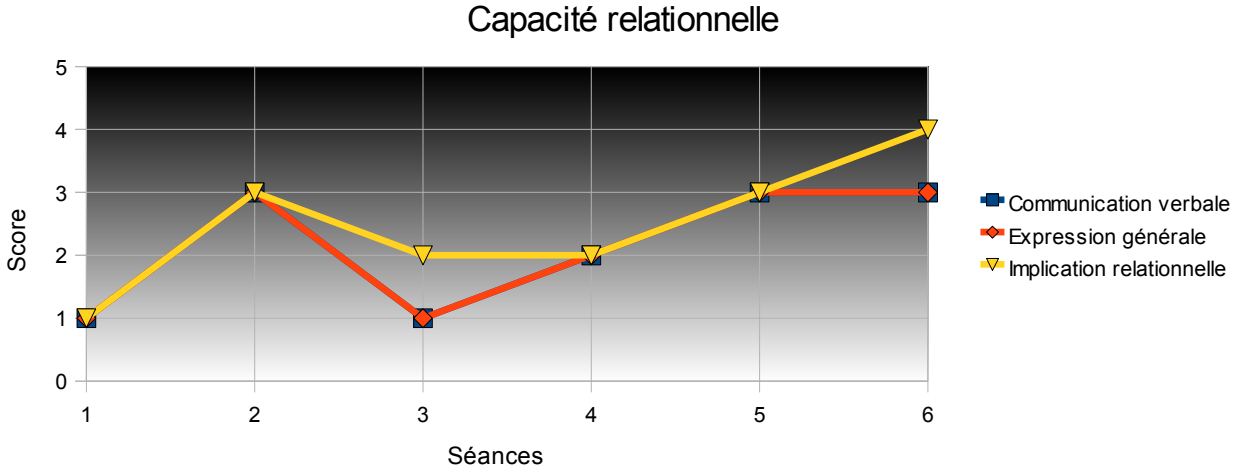
On continue d'occuper la salle d'animation pour cette séance. Pour l'écoute musicale, nous décidons de réécouter d'autres chansons d'Yves Montand. Comme lors de la dernière séance, il écoute avec la tête vers le bas, ses mains superposées sur ses genoux (sauf au début). Il ne fait pas de mouvement agité. A la fin, il a dit *Bravo* comme la dernière fois. Je propose de continuer d'écouter encore quelques chansons et il accepte. Après l'écoute de ces chansons, Monsieur J dit que c'est joli.
Pour le rythme, je propose de jouer ensemble (Monsieur J - petit tambourin, la thérapeute – maracas) sur la musique de Louis Amstrong. La musique est joyeuse avec un rythme régulier mais plutôt rapide. Le jeux est conçu pour l'interaction rythmique entre deux personnes, c'est à dire que pendant son jeux, selon son rythme, je joue les maracas en variant le rythme. Pour ce jeux, il est impératif de s'écouter et de se regarder pour être ensemble dans la musique. Monsieur J fait attention à ce que je fait, il essaie d'être dans le bon rythme. Du début au milieu, il est décalé sur les rythmes principaux mais du milieu à la fin, il régularise ces mouvements et on fini bien ensemble. Je le félicite et il me regarde en souriant.

5) Évaluation des séances

Implication dans l'atelier						
Séance	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Motivation	1	1	2	2	3	3
Concentration	1	3	2	2	3	4
Autonomie	0	2	2	2	3	3
Motricité	2	2	2	3	2	4
Dynamique	1	3	1	2	3	4
Capacité relationnelle						
Séance	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Communication verbale	1	3	1	2	3	3
Expression générale	1	3	1	2	3	3
Implication relationnelle	1	3	2	2	3	4
Production artistique						
Séance	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Technique	1	1	1	2	2	4
Esthétique	0	0	1	1	3	3
Gratification sensorielle	1	3	3	2	5	4







L'analyse des séances

Grâce à notre rencontre à l'atelier d'animation, nous avons commencé la prise en charge à partir d'une minimum connaissance. Monsieur J participe souvent aux activités d'animation mais il parle très peu et lorsqu'il le fait, il parle très brièvement souvent par un ou deux mots. La première séance a eu lieu dans sa chambre double en accord de Monsieur C avec qui Monsieur J partage la chambre. On constate la mauvaise concentration de Monsieur J. Je suppose que Monsieur J a été perturbé par cette autre présence et il était gêné par cette activité qu'il n'a jamais connu. En revanche, dès la première fois, il a accepté toute de suite de jouer d'un instrument de percussion. Il a choisi un petit tambourin et il a joué sur de la musique de Jazz, mais c'était plutôt un essai de coute durée. La

séance suivante, c'était dans un autre salle, très calme et lumineuse. Monsieur J se montrait beaucoup plus attentif à l'écoute musicale. Au fur à mesure que la prise en charge avançait, ses gestes brusques se sont beaucoup estompés et avec les musique qu'il choisissait lui-même, il montrait une bonne qualité de concentration.

Monsieur J est une personne calme, poli, sensible, dans la retenu. Je me suis interrogée sur la nature de son implication artistique surtout pour le jeux rythmique : pure politesse ou réelle envie? Je constate qu'elle a su s'affirmer lorsqu'il s'agissait de choisir des chanteurs pour l'écoute musicale et qu'elle prenait du plaisir à faire certaines activités plus que d'autres. Du fait de sa nature pudique, il a fallu plusieurs séances avant que Monsieur J m'accorde sa confiance mais les mots qu'il m'a adressé par la suite sont pour moi, la preuve de sa reconnaissance. Son implication dans le jeux rythmique à la fin de la prise en charge est devenue de plus en plus longue; Parfois, il arrivait à jouer jusqu'à la fin lors d'un jeux interactif avec la thérapeute.
Ayant une attitude de repli sur soi, on pouvait voir que Monsieur J avait une gêne pour trouver des mots liés à ses impressions. Au début de la prise en charge, pendant l'écoute musicale, il ne prenait pas d'initiative pour s'exprimer et si on lui demandait si un morceau était bien, il répondait *oui* ou *bien*. Au milieu de la prise en charge, il a trouvé des mots comme *très joli* ou *bravo* spontanément.
Il se montrait à la fin de la prise en charge, motivé et impliqué.

III. Conclusion de la prise en charge

1. Le durée d'une prise en charge est un facteur important pour les personnes âgées isolées.

Une personne âgée en institution qui est isolée signifie qu'elle perd ou a déjà perdu une partie de sa capacité de communication. Soit sa verbalisation est très réduite, soit sa capacité d'interaction avec le langage est très endommagée. Pour comprendre véritablement ses expressions non verbale (expressions de visage, gestuelle, etc), il faut avoir une connaissance de base de la personne. Cela veut dire qu'il est souhaitable que la thérapeute passe un certain temps dans une phase d'observation et d'analyse du résultat de l'observation de la personne.

Avec mon expérience sur 2 mois, j'ai pu constater que la personne âgée isolée a besoin de quelques séances pour amorcer une relation de confiance avec la thérapeute. Ayant perdu l'habitude de

fréquenter des inconnus, pour s'impliquer dans l'activité de l'atelier d'art-thérapie, la personne a besoin de temps pour connaître la thérapeute et pour comprendre le sens de l'atelier. Une fois qu'elle est rassurée par la présence de la thérapeute, l'implication s'installe vite dans l'activité. C'était le cas de trois personnes âgées durant le stage.

Parfois, la confiance envers la thérapeute est le résultat d'un plaisir dans la pratique de l'activité qu'elle propose. Madame B était dans un état d'anxiété avancé et souffrait d'un délire de persécution. Compte tenu de son état, il était presque inconcevable d'entrer dans la relation avec elle si ce n'était pas par le biais de la musique. Si on interprète ce processus avec la théorie des 3B, le plaisir – *le Bon* qu'elle se procure lui a permit d'associer la notion *Bien* à la séance de l'art-thérapeute.

Sur le bilan de la prise en charge, on peut constater qu'en moyenne les 3 personnes âgées prises en charge ont commencé à entrer dans la relation de confiance au bout de la 5ème séance, ce qui représente environ 1 mois. Compte tenu de ce résultat, dans la conception d'une prise en charge, la durée de cette dernière doit-être suffisamment longue pour inclure cette phase d'amorçage. Dans mon stage, les séances se sont arrêtée à la 7ème ou 8ème (Il y a eu plusieurs causes à l'annulation de certaines d'entre elles).

2. L'atelier individuel a un intérêt pour améliorer la capacité relationnelle.

L'atelier individuel présente un grands intérêt pour la prise en charge. D'abord, cela offre à l'art-thérapeute une qualité d'observation. La disponibilité exclusive de la thérapeute permet de saisir les faits remarquables survenant pendant la séance.

Les personne âgées isolées peuvent entrer plus facilement dans la relation de confiance avec la thérapeute que dans un contexte collectif. Elle permet également une qualité de concentration pendant l'activité. Par rapport à l'atelier collectif où on ne peut pas bien mesurer la qualité d'implication de la personne, ici une vrai relation s'installe entre le patient et la thérapeute.

La prise en charge individuelle apporte une proximité entre le patient et la thérapeute, cette proximité peut contribuer à une qualité relationnelle mais complique également le travail de maintien d'une distance nécessaire avec le patient. Une relation étroite entre le patient et la thérapeute nécessite une grande implication qui peut être une cause de fatigue et de tension dans la relation.

Vers la fin de la prise en charge, ils venaient d'acquérir la motivation pour l'activité et la confiance envers la thérapeute. Il y a eu une claire évolution de la capacité relationnelle avec la thérapeute

mais ces personnes âgées ayant très peu de contact en général, il est resté difficile voir impossible d'observer des progrès dans leur vie quotidienne. Pour ces patients, je m'interroge s'il n'est pas nécessaire de tenter de coupler une prise en charge en groupe en avec une prise en charge individuelle en parallèle.
Une prise en charge un petit groupe peut être intéressante pour les personnes âgées isolées à la condition que la qualité de la relation soit préservée entre la personne âgée et la thérapeute et entre les personnes âgées dans le groupe. La construction d'un groupe est à faire sur la base d'un partage de goût similaire pour la musique afin d'avoir un point de départ fort pour la construction de la relation entre les participants.

3. La conception d'une prise en charge sur une longue durée est nécessaire pour isolement de la personne âgée.

A la fin de mon stage, il était évident que je m'interrogeais sur les conséquences de mon stage pour les 3 personnes âgées prises en charge: Monsieur J, Monsieur F et Madame B.

Ce stage de courte durée a pu montrer la potentialité de la prise en charge en art-thérapie pour les personnes âgées isolées. Or cette durée ne me permet pas d'évaluer un changement sensible de leur vie quotidienne en institution. Sans ce changement, nous ne pouvons pas affirmer que ces personnes âgées ont véritablement changé. Une prise en charge sur une courte duré montre ces limites pour ce public. Une intervention d'art-thérapie sur une longue durée ou permanente permettra à la thérapeute d'observer, d'évaluer l'évolution de la vie de la personne âgée isolée. Cette disponibilité dans la durée contribue à créer une véritable relation entre la personne âgée et la thérapeute.

Une véritable relation en atelier d'art-thérapie peut être définie par sa qualité.
Parfois, une prise en charge sur une longue durée peut contribuer à la proximité entre la personne âgée et la thérapeute. Comme nous l'avons évoqué plus haut, la relation étroite entre la personne âgée isolée et la thérapeute en atelier en deçà d'une durée minimale n'est pas souhaitable pour avoir un résultat thérapeutique optimal.
Mais la qualité de la relation peut apporter à la personne âgée une ouverture sur d'autres relations qu'elle peut avoir. Dans une relation de qualité, la personne âgée est stimulée au niveau de ses capacités communicatives et émotionnelles, qui sont des éléments indispensables pour entrer dans une relation de confiance.

TROISIEME PARTIE : DISCUSSION

Approche de deux expériences d'art-thérapie à dominante musique en Corée du Sud et en France

I. Pratique de la musicothérapie et traditions de la société sud-coréenne.

1. Présentation de l'atelier d'art-thérapie à dominante musique : musicothérapie en Corée du Sud.

1) Place spécifique de la musicothérapie en Corée du Sud.

a) Présentation de l'histoire de la musicothérapie en Corée du Sud

La musicothérapie est une pratique thérapeutique qui s'est développée en associant musique et thérapie aux Etats-Unis à partir de la Seconde Guerre mondiale. Certainement, l'origine des soins par le biais de la musique remonte à l'époque préhistorique. Également, dans l'histoire de la Corée, on peut retrouver des anecdotes mettant en liaison musique et soins. Traditionnellement, le chamane joue un rôle important pour le peuple coréen (encore de nos jours). Par exemple, en cas de maladies incurables (de maladies mentales), le chamane anime une cérémonie dédiée aux esprits pour implorer la guérison ou pour chasser les mauvais esprits. Pendant la cérémonie, le chamane utilise des chants et des intermèdes musicaux, conçus à cet effet, rythmés avec des percussions ou d'autres instruments de musique, afin d'entrer en transe. Cette cérémonie en partie musicale est considérée comme thérapeutique dans tout le pays. Au 19ème siècle, alors que la Corée était encore dénommée royaume de Chosun, un érudit, JUNG Yak-Yong, souligne dans l'un de ses ouvrages qu'il considère la musique comme un principe d'harmonie universelle, un facteur indispensable pour préserver la dignité humaine et pour maintenir l'ordre social et les bonnes mœurs dans la société. Par la suite, tous ces éléments traditionnels ont contribué à ce que la musicothérapie soit aisément adoptée en Corée du Sud à partir des années 1960.

La première exploitation de la musique dans le but de soigner en Corée du Sud a trait à un atelier d'animation musicale dans un hôpital psychiatrique au début des années 1960. Depuis,

plusieurs études scientifiques sur les effets de la musique sur les soins ont été effectuées principalement par des médecins en psychiatrique. Dans les années 1980, un centre audio-linguistique, ayant embauché une musicothérapeute, a pratiqué la musicothérapie avec la méthode Orff-Schulwerk et Montessori, s'en servant comme un outil d'évaluation. Depuis, plusieurs associations de musicothérapie ont été créées par des musicothérapeutes qui se sont formés aux Etats-Unis ou en Corée du Sud. En 1996, pour la première fois en Corée du Sud, dans un hôpital, un poste de musicothérapeute a été créé au sein d'une équipe paramédicale. Depuis 1997, plusieurs universités proposent des formations en musicothérapie dans le cadre d'un diplôme de master.

b) Élargissement des champs d'application de la musicothérapie dans la société sud-coréenne.

La société sud-coréenne, depuis les années 1970, a investi énormément pour son développement économique. Ces efforts intensifs ont suscité de grands changements sur tous les plans sociaux. Le développement de l'économie a permis aux Sud-coréens de bénéficier d'un confort de vie, d'une certaine qualité de vie mais a également provoqué des problèmes psychologiques, comme le stress, la dépression. Dans cette société prônant la compétition permanente, les Coréens souffrent énormément de la pression sociale qui s'est substituée à la pauvreté passée. Les Coréens commencent donc à rechercher une certaine qualité de vie et à privilégier une vision de la santé associée au bien-être.

Depuis les années 1990, l'art-thérapie, quelque soit la technique employée, est considéré comme une sorte de soin polyvalent, adapté à tout public recherchant du bien-être ou un moyen original de se soigner. Les médias s'intéressent beaucoup à cette nouvelle discipline, répondant ainsi à la curiosité du public quant au rôle de cette discipline considérée comme une subsistance de la médecine traditionnelle.

Dans cette optique, dans le domaine de la santé, de l'éducation, des services d'aide sociale, des institutions privées, on peut signaler une pratique de l'art-thérapie à dominante musique. Depuis les années 2000, plus particulièrement, l'art-thérapie a investi le milieu éducatif en s'étendant aux institutions privées. Cela s'explique grâce aux médias, le public coréen s'intéressant de plus en plus aux bienfaits de l'art-thérapie pour solutionner certaines difficultés scolaires (troubles du comportement, de la concentration, etc.).

Dans ce cadre, de leur propre chef ou sur recommandation des enseignants, les parents sollicitent le recours à l'art-thérapie. Ces interventions se déroulent souvent sous forme de séances individuelles dans des institutions privées ou dans des centres d'art-thérapie privés aussi bien que dans des hôpitaux ou des centres d'aide sociale publics.
Dans la société coréenne, la musicothérapie, s'appuyant principalement sur l'idée des sciences comportementalistes, est pratiquée surtout pour occasionner un changement ou corriger le comportement des enfants connaissant des difficultés dans leur développement. Actuellement, c'est dans ce domaine que la musicothérapie se pratique le plus.

Récapitulons ici globalement les domaines où la musicothérapie intervient le plus.

Domaine éducatif
La musique est exploitée dans le cadre de l'apprentissage de techniques et pour faciliter l'adaptation sociale. Les enfants sont principalement concernés par ce domaine. Le thérapeute clarifie d'abord les difficultés de l'enfant et lui propose des activités structurées en lien avec la musique afin d'améliorer certaines aptitudes nécessaires à ses études. Plus concrètement, le thérapeute exploite les éléments de la musique pour stimuler les fonctions cognitives afin d'induire le plus possible des activités cognitives.
De plus, la musique peut être utilisée également pour rééduquer les fonctions linguistiques.

Domaine psychothérapeutique
Dans ce domaine, l'expérimentation de la musique est employée pour créer un lien (entre le patient et le thérapeute) et atteindre un objectif thérapeutique. L'expérimentation de la musique peut permettre la projection de soi dans l'écoute musicale jusqu'à la réalisation de soi ou une catharsis au moment de l'improvisation. Ces expériences permettent d'analyser l'état psychologique du patient et l'évolution de la relation entre le patient et le thérapeute.
Ainsi, dans le domaine psychothérapeutique, la musique est exploitée pour améliorer la santé mentale et l'état psychologique du patient. Dans ce domaine, la réflexion du thérapeute est essentielle pour définir les limites d'intervention du rôle de la musique.

Domaine médical et rééducatif
L'objectif et le mode d'intervention de la musique dans ce domaine change progressivement au fil du temps. Par exemple, lorsqu'on a commencé à considérer la musique comme un vecteur

thérapeutique, des études ont été effectuées surtout autour des facteurs biomédicaux. Mais, au fil du temps, avec l'apparition de la substitution médicale, plusieurs études ont été accomplies sur les effets de la musique en tant que vecteur de substitution. Cette intervention de la musicothérapie est pratiquée dans des établissements médicaux ou des centres de rééducation.

Dans les établissements médicaux, surtout en oncologie et néonatalogie, la musicothérapie proposée comme une substitution médicale prouve sans cesse son efficacité. En dehors de cela, pour un aspect préventif, des études ont prouvé l'efficacité de la musique pour apaiser la douleur et augmenter l'immunité. Dans les centres de rééducation, la musicothérapie est souvent proposée pour amplifier les effets thérapeutiques.

De plus, dans les établissements pour personnes âgées, la musique est exploitée dans le cadre de la musicothérapie pour améliorer la qualité de vie et maintenir les fonctions restantes plutôt que pour les améliorer.

2) Une haute technicité artistique nécessaire à l'exercice de la profession de musicothérapeute.

L'intervention de la musique sollicitée par les soins en musicothérapie peut se résumer comme un vecteur thérapeutique, un moyen d'expression du patient et un moyen de créer une liaison entre le patient et le thérapeute. Ainsi, le soin par la musique ne constitue pas un but en soi mais un moyen ou une catalyse pour atteindre un objectif thérapeutique.

En revanche, la musicothérapie telle quelle elle est pratiquée en Corée du Sud, nécessite une bonne maîtrise des techniques de musique. Les techniques de musicothérapie utilisées sollicitent du thérapeute la maîtrise d'un ou plusieurs instruments, des capacités d'improvisation avec des instruments, etc. Cette technicité du thérapeute permet d'exploiter au mieux un potentiel artistique et de créer une dynamique engendrant un effet thérapeutique.

a) Formation universitaire en musicothérapie

En Corée du Sud, plusieurs universités proposent des formations pour devenir musicothérapeute relevant du cycle de licence ou de master. D'une manière générale, l'inscription à ces formations est acceptée après entretiens, y compris après une audition assurant de la bonne

maîtrise d'un instrument. Ceci explique pourquoi de nombreux musiciens diplômés sont acceptés. Ces formations obligent à suivre durant l'année scolaire entre 45 et 1100 heures de stage, selon les différentes universités, en sus des cours théoriques. Un mémoire est demandé à la fin de ces formations.

Exemple de formation universitaire en musicothérapie proposée par l'Université des femmes EWHA, à Séoul

La formation est constituée de 5 semestres :

- **Stage de musicothérapie** (au total 1060 heures) : matière obligatoire pour le 5ème semestre ayant pour objectif le développement des capacités d'adaptation des fondements théoriques sur le lieu de travail.
- **Stage pratique** : matière obligatoire pour les 2nd, 3ème et 4ème semestres, ayant pour but l'entrainement aux techniques de musicothérapie pour différents publics. Les étudiants choisissent eux-mêmes leur lieu de stage en accord avec leur professeur de pédagogie.
- **Groupe de musicothérapie** : matière obligatoire pour le 1er semestre, constituant pour les étudiants une occasion d'expérimentation de la musicothérapie, du dynamisme et du caractère thérapeutique des expériences et d'aborder et de résoudre des problèmes intra-personnels et interpersonnels.
- **Epreuves pratiques en musique** : l'épreuve de compétence de pré-pratique permet de vérifier les compétences en technique musicale. L'étudiant doit interpréter 3 chansons pour chacun des 4 publics potentiels (enfants, adolescents, adultes et personnes âgées) en s'accompagnant au piano ou à la guitare. L'épreuve de compétence de pré-stage permet de vérifier les compétences avant que ne commence le stage du 5ème semestre. L'étudiant doit interpréter 4 chansons pour chacun des 4 public et les chanter en les connaissant par cœur, en s'accompagnant au piano ou à la guitare, en prouvant ses capacités à moduler et à changer de style. Il faut également pouvoir argumenter oralement sur le choix des chansons permettant d'atteindre l'objectif thérapeutique.
- **Activités académiques** : les étudiants sont invités à participer à diverses activités académiques (séminaires, colloques, etc.). Les études en musicothérapie continuent de se développer dans des domaines spécialisés et dans l'adaptation thérapeutique. En y participant, les étudiants peuvent approfondir leurs connaissances en musicothérapie.

b) Formations non universitaires en musicothérapie

La plupart des formations en musicothérapie sont dispensées à l'université, toutefois, en dehors de ce cadre universitaire, existent d'autres moyens. Par exemple, des associations de musicothérapie distribuent des licences de musicothérapeute après obtention d'un concours organisé par celles-ci. Néanmoins, on dénombre différents niveaux de licences. Selon les associations, différents règlements définissent les degrés de ces licences. Ainsi, l'Association coréenne de musicothérapie (Korean Association Music Therapy) organise des concours destinés aux personnes ayant obtenu un diplôme de master en musicothérapie à l'université pour l'obtention d'une licence en musicothérapie de premier degré, ou destinés aux personnes ayant suivi une formation de l'association (y compris un stage pratique) pour l'obtention d'une licence de musicothérapeute de second degré. Les principales associations délivrant des licences de musicothérapie sont les suivantes :

Korean Association Music Therapy : http://www.kamt.com

Korean Music Therapy Association : http://www.musictherapy.or.kr

Korean Music Therapy Education Association : http://www.komtea.org

3) Différences de la pratique de la musicothérapie en Corée du Sud

Actuellement, le champ professionnel de la musicothérapie (avec d'autres techniques d'art-thérapie) est en pleine expansion. Ce champ combinant l'art et le soin attire un grand nombre de jeunes personnes à la recherche d'une orientation professionnelle. Malgré tout, il n'existe pas encore de licence d'Etat de musicothérapie, ce qui occasionne énormément de confusions et de dérives au sein de la profession de musicothérapeute. Le moyen le plus sûr de devenir musicothérapeute consiste à suivre une formation universitaire, comme nous l'avons précisé précédemment. Or, en Corée du Sud, un diplôme de master universitaire réclame un important investissement en temps et en argent. Comme solution alternative, les universités et les associations de musicothérapie proposent des formations qui s'achèvent par des concours permettant d'obtenir une licence. Cependant, la grande diversité des associations et leurs règlements différents portent atteinte à la cohérence du statut de musicothérapeute dans la société sud-coréenne. Les associations d'art-thérapie et de musicothérapie ont poussé comme des champignons ces dernières années. Cela peut expliquer un écart considérable entre les compétences professionnelles requises.

Le public sud-coréen ressent une grande curiosité pour la musicothérapie, mais souvent perdure une grande confusion quant à son rôle exact, même dans les institutions où la pratique de la musicothérapie est souvent considérée comme une activité relevant de l'animation ou d'un simple divertissement.

2. De multiples approches techniques pour la pratique de la musicothérapie en Corée du Sud.

1) Approche psychodynamique

Pour cette approche, est nécessaire une analyse du comportement humain. Cette approche théoriquement se base sur la psychologie intérieure et la théorie psychanalytique. Le processus thérapeutique est constitué par un cheminement menant à la libération des sentiments inhibés dans notre inconscient pour parvenir à modifier la structure du caractère du patient ou pour fortifier son moi afin qu'il arrive à agir avec rationalisme.

L'hypothèse de cette théorie employée en musicothérapie se base : premièrement, sur l'idée que la conscience de l'être humain ne gère qu'une petite partie des activités spirituelles et que l'inconscient influence principalement la pensée et le comportement de l'être humain ; deuxièmement, l'inconscient a toujours tendance à émerger ; dernièrement, l'origine des activités humaines résulte de l'inconscient. L'approche psychodynamique relève de l'effet thérapeutique de la musique qui apporte une amélioration de la clairvoyance de la vie intérieure et une prise de conscience de soi qui active les expressions non verbales et aide à établir l'identité de soi.

Le thérapeute utilise la musique pour obtenir des changements de comportement, des capacités émotionnelles, des capacités intellectuelles, etc. Pour ce faire, le dynamisme réciproque s'établissant entre le thérapeute et le patient permet au thérapeute d'analyser le dynamisme relationnel et d'établir une stratégie en créant une relation privilégiée avec le patient. Au début de la prise en charge, le rôle du thérapeute est plutôt celui d'un analyste approfondissant la compréhension du problème du patient. Ensuite, le thérapeute adopte le rôle de supporteur du patient afin d'induire le développement et la maturité des capacités émotionnelles du patient. Le thérapeute doit être capable d'offrir au patient un moyen de formuler ce que son être profond veut

exprimer. Tout cela peut avoir un résultat satisfaisant sous condition que s'établisse une relation de confiance entre le thérapeute et le patient. Sans cela, le patient n'est pas capable d'exprimer ses sentiments profonds et par conséquent, il est délicat d'attendre un changement thérapeutique. Dans cette approche, une relation de confiance avec le patient est indispensable pour l'obtention d'un résultat thérapeutique.

2) Approche comportementale

L'approche comportementale en musicothérapie implique plutôt une adaptation de la théorie comportementaliste à la musicothérapie qu'une méthodologie ou une technique particulière.
L'hypothèse de base de la théorie comportementaliste est que tous les comportements de l'être humain résultent de l'influence du monde extérieur, qu'il s'agisse de comportements normaux aussi bien que de comportements problématiques. Selon cette approche, tous les comportements de l'être humain sont mesurables objectivement et scientifiquement.
Les activités mentales (relatives à la conscience, au caractère, à la réflexion, etc.) considérées comme immensurables, sont aussi étudiées comme des comportements. Dans cette approche, l'analyse des rapports entre les différentes stimulations extérieures et les changements de comportement révèle une possibilité de correction des comportements.

Cette approche en musicothérapie dévoile objectivement l'efficacité de la musique pour la correction de comportements problématiques grâce à une comparaison des comportements avant et après la prise en charge.

L'intérêt de cette approche réside dans le fait qu'on peut obtenir des résultats objectifs sur les effets thérapeutiques de la musique. En revanche, cette approche est critiquée de nos jours car elle se focalise trop sur le soin des comportements eux-mêmes, ce qui peut avoir pour conséquence d'ignorer le rôle de l'inconscient. De plus, l'une des limites de cette approche est cette analyse se focalisant sur des éléments extérieurs faciles à mesurer plutôt que sur des particularités individuelles.
Malgré ces limites, la musicothérapie à travers cette approche contribue à ce que la musique soit considérée objectivement comme un vecteur thérapeutique.

3) Approche humaniste

Selon cette approche, l'être humain est malheureux s'il n'assume pas ses responsabilités envers lui-même et autrui et s'il ne s'épanouit pas. L'approche humaniste définit et vérifie les besoins indispensables au bon développement de l'être humain. Comme nous l'avons observé précédemment, A. Maslow explique les besoins de l'être humain (des besoins physiologiques jusqu'à la réalisation de soi) en sa célèbre pyramide. Surtout, dans ces réflexions, A. Maslow insiste sur l'importance de l'art pour le développement de l'être humain, son approche de la psychologie étant étroitement liée à la musicothérapie.

Par exemple, la théorie de l'expérience paroxystique de A. Maslow explique l'importance de la satisfaction qualitative que l'être humain recherche au cours de sa vie, cette expérience ayant pour but de confirmer la valeur intérieure existentielle de l'être humain. Concrètement, une expérience paroxystique permet à l'être humain l'acceptation de soi, la réalisation de soi, la libération de ses angoisses et l'exploitation de son énergie biologique. A ce stade, se mettent en place les capacités intellectuelles, un tempérament actif et la créativité, de plus, l'homme peut être récompensé de son activité par une amélioration de son estime de soi. Selon A. Maslow, l'être humain recherche, par nature, la réalisation de soi pour son épanouissement. Ensuite, A. Maslow aborde l'importance de la réactivité pour atteindre la réalisation de soi. Or, la musique est une activité artistique qui repose sur la créativité de l'être humain.

Dans cette approche, la musicothérapie, par des activités musicales (notamment l'improvisation) permet au patient, en s'affirmant, de devenir plus autonome, plus expressif et d'avoir un comportement plus cohérent.

Le rôle du thérapeute est d'aider le patient par le biais de la musique pour qu'il ressente certaines impressions, émette des réflexions et des observations sur sa vie intérieure, de sa propre initiative. L'évaluation thérapeutique de cette approche peut être effectuée par l'acquisition de l'intégration et l'indépendance de la personnalité du patient.

4) Approche cognitiviste

Selon cette approche, les pensées irrationnelles de l'être humain vis-à-vis de soi et de son environnement suscitent certains problèmes. Les comportements problématiques sont produits par le processus cognitif et des pensées irrationnelles induisant des sentiments inadaptés et des stress.

Le rôle du thérapeute est alors d'aider le patient à clarifier, à analyser ses pensées irrationnelles ou compulsives pour arriver à résoudre ses conflits intérieurs. De plus, le thérapeute peut aider le patient à évacuer des sentiments négatifs, à s'accepter soi-même et à faire face à la réalité.

Pour cela, avec la musicothérapie, le thérapeute propose parallèlement des activités musicales structurées individuelles et collectives. Dans ce cadre, la musique est exploitée pour comprendre et corriger des pensées irrationnelles. Le chant est un moyen souvent utilisé pour cet effet. En exploitant les paroles des chansons (ayant trait aux sentiments, aux expériences de la vie, etc.), le thérapeute peut aider le patient à devenir clairvoyant, à avoir une capacité de réflexion pour trouver des moyens de résoudre ses conflits intérieurs. Cette approche est adaptée à un atelier thérapeutique en groupe. Par exemple, le thérapeute choisit des chansons relevant d'un thème pour stimuler la mémoire et faire partager aux patients leurs expériences. Cette activité permet de créer des interactions liées au sujet dans la dynamique du groupe.

II. Une expérience de musicothérapie dans une clinique neurologique en Corée de Sud.

1. Accueil des personnes âgées atteintes de pathologies neurologiques par l'hôpital Heavenly en Corée de sud.

1) Présentation de la structure

Située dans la ville d'Il-San (à proximité de Séoul, la capitale de Corée du Sud), l'hôpital Heavenly est une clinique privée qui accueille des personnes âgées atteintes de pathologies neurologiques, notamment de démence, de la maladie d'Alzheimer, de la maladie de Parkinson, etc.

L'hôpital Heavenly occupe 4 étages d'un bâtiment spacieux et moderne, chaque étage comprenant un grand espace de rencontre et d'activité dédié à l'art-thérapie et à l'animation :

- Le premier étage accueille 35 lits destinés aux soins palliatifs et soins gérontologiques. Un salon et 4 chambres individuelles ont été aménagés pour favoriser un confort individualisé et une ambiance familiale.
- Les deuxième et troisième étages se composent d'un long foyer de 68 lits. Les chambres comportent entre 1 et 4 lits. Un grand salon dédié aux activités de groupe (animations, ateliers d'art-thérapie, spectacles, films) peut recevoir environ 100 personnes. En l'absence d'activités de groupe, les patients et leur famille l'utilisent comme lieu de rencontre et salle de télévision. 3 salles d'art-thérapie complètent cet agencement.
- Au troisième étage, un grand salon d'environ 80 places est consacré aux activités de groupe.
- Sur le toit terrasse, un jardin est aménagé pour favoriser le repos du personnel, des patients et permettre une thérapie horticole.

a) Originalité de l'hôpital Heavenly

Une exigence de qualité sur l'eau quotidienne

En Corée, depuis fort longtemps, les sources thermales sont considérées comme ayant des effets thérapeutiques. Nombre de Coréens s'y rendent pour améliorer leur circulation sanguine, leurs problèmes d'articulation ou liés à la vieillesse. Les patients de l'hôpital Heavenly bénéficient de cette eau bienfaisante pour leur toilette quotidienne. De plus pour assurer une bonne qualité de vie en institution, l'hôpital Heavenly est équipé d'un système permettant de distribuer une eau minérale d'une qualité exceptionnelle (SY-1000) dans toute l'institution. L'hôpital Heavenly espère obtenir des résultats quant à l'amélioration de la qualité de la vie quotidienne des patients grâce à ce système qui est reconnu pour son efficacité désintoxifiante et ses propriétés spécifiquement adaptées aux personnes du troisième âge.

Une équipe formée à la thérapie cognitive

L'art-thérapie et la thérapie horticole, considérées comme des thérapies cognitives, occupent une place importante dans les soins et les activités des patients, constituant une spécialité de soins paramédicaux de cet hôpital.

2) Présentation du projet de vie de l'hôpital Heavenly

Le nom *heavenly*, associant un terme anglais et coréen, signifiant « le village des cieux », décrit parfaitement la volonté de la direction d'offrir des soins idéaux à chaque patient et d'accueillir de manière agréable leur entourage.L'hôpital Heavenly, créé en 2008, offre des consultations et des soins portant spécifiquement sur les troubles de la mémoire et de la concentration, leur prévention et leur évaluation, les traitements liés à la démence, les encéphalopathies, la maladie de Parkinson, les douleurs et autres maladies neurologiques des personnes âgées.

Voici les principaux aspects du projet de vie de l'hôpital Heavenly :

Une qualité de vie préservée

L'hôpital Heavenly souhaite offrir des soins et un lieu de vie adaptés, destinés à maintenir le plus longtemps possible les capacités motrices et intellectuelles des personnes âgées. Sa conception architecturale vise à favoriser leur autonomie et à créer un espace sécurisant tout en préservant un maximum de liberté.

Des engagements: une qualité d'accueil et des soins pour la plus grande satisfaction des patients et de leur entourage

Tous les services sont engagés dans un processus de médicalisation. La qualité et la permanence des soins sont garanties par la présence d'un médecin coordinateur et d'un personnel soignant qualifié.

Le médecin coordinateur et l'infirmière référente définissent un projet de soins individualisé pour chaque patient avec le support de toute l'équipe paramédicale (infirmières diplômées d'État, aides-soignants, aides médico-psychologiques, psychologues, ergothérapeutes, etc.) et l'équipe d'art-thérapie (musicothérapeute, art-thérapeute et thérapeute horticole).

Le personnel, attentif et formé aux exigences de ce métier, accompagne les résidents et répond de façon personnalisée à leur besoins. Cette attention s'applique à tous les actes de la vie quotidienne, au-delà des soins.

2. Mise en place de différents ateliers thérapeutiques.

1) Des ateliers différents pour chaque thérapeute.

Nous avons vu plus haut que l'art-thérapie est considérée comme délivrant des soins spéciaux, voire exclusifs, en institution. Cette idée est fortifiée par la conviction personnelle de la directrice de l'hôpital, le Dr LEE Yun-A, gérontologue. L'art-thérapie est donc particulièrement soutenue par la direction sous l'appellation de thérapie cognitive. Dans la pratique, 3 thérapeutes travaillent à temps complet dans leur propre local parfaitement équipé. L'équipe de thérapie cognitive est composée d'une musicothérapeute, d'une art-thérapeute (en arts plastiques) et d'une hortithérapeute. Ainsi, chaque thérapeute possède sa propre technicité et son propre champ de travail. Tout en respectant le champ spécialisé de chacun, il est fréquent que se produisent des échanges d'informations sur la prise en charge des patients afin de découvrir la technique la mieux adaptée à chaque patient.

a) Musicothérapie

La musicothérapie correspond globalement à l'art-thérapie à dominante musique.
La musicothérapie utilise des techniques musicales pour soigner les personnes. Le thérapeute accueille ses patients dans un local équipé d'instruments de musique (piano numérique, guitare, instruments de percussion, chaine hifi, pupitre, etc.) et leur propose de chanter, de jouer des instruments seul ou en groupe.

b) Art-thérapie (à dominante arts-plastiques)

Le terme art-thérapie en Corée du Sud fait généralement référence à l'art-thérapie à dominante arts-plastiques.
L'art-thérapeute utilise les techniques de l'art plastique pour ces séances qui se déroulent dans son local avec des matériaux spécifique à l'art plastique. En dehors de ces séances, pour les patients qui le désirent, le local d'art-thérapie reste ouvert, le thérapeute demeurant présent.

c) Hortithérapie (thérapie horticole)

L'hortithérapie repose sur les rapports de la nature et de l'homme en vue d'améliorer les capacités d'adaptation sociale, psychologiques et corporelles par le biais de la culture des plantes. En Corée du sud, cette thérapie est adaptée à différents domaines socio-éducatifs et médicaux. Surtout, son approche de la nature, ne requérant aucune technicité, facilite l'approche de toutes les personnes âgées.
Les séances d'hortithérapie se déroulent en grands ou en petits groupes. Aidées par les thérapeutes, les personnes âgées peuvent cultiver des plantes qu'elles ont la possibilité de garder, avec lesquelles les patients décorent leur chambre ou continuent à les cultiver à leur gré dans un coin de la terrasse située sur le toit de l'hôpital.

L'art-thérapie étant une forme de thérapie permettant d'améliorer les fonctions cognitives, lors de chaque séance, quelle que soit la technique choisie, les art-thérapeutes de cette institution proposent de simples exercices portant, par exemple, sur la date, le temps, etc.

2) Participer à différents ateliers thérapeutiques.

En institution, les séances des ateliers de thérapie cognitive sont conçues soit pour de petits groupes ou de grands groupes, selon les prescriptions, il existe aussi des prises en charge individuelles. Les séances de chaque atelier en grands groupes sont proposées 2 fois par semaine dans les espaces situés à chaque étage.
Les séances des grands groupes sont ouvertes à tous les patients de l'institution. Les patients peuvent participer à tous les ateliers thérapeutiques. Par contre, la prise en charge en petits groupes ou individuelle est conçue par chaque thérapeute selon les indications des médecins.

D'une manière générale, une fois la prise en charge accordée, le choix de l'atelier dépend des préférences du patient ou de son entourage. Si le patient et son entourage le souhaitent, selon les modalités de l'emploi du temps, il peut participer à tous les ateliers proposés.

3. Expérimentation de l'atelier de musicothérapie de l'hôpital Heavenly.

1) Mon statut de stagiaire à l'hôpital Heavenly

La durée de mon stage dans cet hôpital était d'un mois. Grâce à une amie qui m'a présentée à la musicothérapeute, M^{me} LEE Eun-Ju, elle m'a acceptée comme stagiaire selon ma disponibilité d'un mois.
Tenant compte de la courte durée de mon stage, mon rôle de stagiaire correspondait, dans un premier temps, à celui d'assistante de la musicothérapeute. Mais une fois la période d'observation terminée, j'ai eu l'opportunité de remplacer la thérapeute à diverses reprises pendant des séances de groupe.

D'une manière générale, les séances de musicothérapie commencent normalement à 9h30, la dernière séance s'achevant vers 17h. Les thérapeutes (en thérapie cognitive) de cette institution travaillent entre 9 heures du matin jusqu'à 18 heures. J'ai participé à la préparation des séances ainsi qu'aux séances. De plus, j'ai assisté à toutes les séances en petits groupes et à certaines séances individuelles en accompagnant la thérapeute au piano et j'ai accompagné la musicothérapeute lors de séances destinées aux grands groupes.

2) Déroulement des différents ateliers

a) En petits groupes

La prise en charge en petits groupes concerne 3 ou 4 patients, 2 fois par semaine, pour une durée de 40 minutes. Les participants sont choisis par la thérapeute selon les indications des médecins en tenant compte de leur pathologie, leur niveau culturel, leur sexe et leurs capacités relationnelles.

Ces séances se déroulent dans le local de musicothérapie. Dans cette pièce, se trouvent des instruments de musique ainsi que le bureau de la thérapeute. Les séances commencent toujours par des exercices de mouvement (doigts, cou, etc.). Ensuite, intervient un chant collectif. Grâce aux textes disposés sur un grand pupitre, les participants peuvent retrouver les paroles des chansons. Ce pupitre est également utilisé pour donner des indications de rythme. Pour terminer, des jeux

rythmiques sont proposés.

Atouts

Ces petits groupes sont donc composés de 3 ou 4 patients de milieux culturels similaires, souvent de même tranche d'âge et de même sexe. Cela contribue à la bonne ambiance de la séance. Partageant des goûts similaires en musique, les patients entrent tout naturellement en relation les uns avec les autres.

b) En grands groupes

Une séance en grand groupe est proposée 1 fois par semaine. Les participants sont au maximum au nombre de 30. Pour favoriser la concentration et la motivation, des chants populaires et traditionnels sont interprétés avec un accompagnement au piano. Au milieu de la séance, la thérapeute distribue des instruments à percussion traditionnels à chaque participant en proposant des jeux rythmiques basés sur des chants traditionnels. C'est le moment le plus animé et le plus bruyant de la séance.

Atouts

Quasiment ouvertes à tout le monde, pour une durée de 40 minutes, pour un public d'environ 30 personnes, le caractère des séances en grand groupe est proche de celui des activités d'animation. En évaluer l'effet thérapeutique est presque impossible. La plupart du temps, les patients en fauteuil roulant sont accompagnés par une dame de compagnie.
Malgré tout, ces séances peuvent être efficaces pour expérimenter la musicothérapie qui stimule les fonctions cognitives grâce à un programme adapté à un large public, notamment au moment des jeux rythmiques opérés avec des instruments à percussion.

c) Séances individuelles

D'une manière générale, une prise en charge individuelle est proposée par la thérapeute d'après les indications des médecins ou suite à une demande du patient ou de son entourage qui apprécient la musique ou connaissent l'intérêt de la musicothérapie. Les patients très affectés peuvent bénéficier de séances de musicothérapie dans leur chambre.

Atouts

Dans ce cadre, les patients peuvent avoir des séances individualisées, adaptées exclusivement à leur pathologie et leurs goûts artistiques. Cela facilite également l'évaluation et la conception des séances par le thérapeute.

3) Approches techniques exploitées par l'hôpital Heavenly

L'approche technique la plus exploitée par l'hôpital Heavenly est l'approche cognitiviste. La musicothérapie étant une thérapie cognitive pratiquée dans cette institution, selon la politique de la direction, elle est recommandée aux personnes âgées et à leur entourage pour améliorer et maintenir leurs fonctions cognitives. Si aucun élément particulier ne pousse le thérapeute à entreprendre d'autres recherches thérapeutiques, les séances en petits ou en grands groupes sont donc conçues selon cette approche technique.

Dans le cas de séances individuelles, le thérapeute ayant la disponibilité indispensable pour analyser de manière plus approfondie l'état de la personne âgée, si cela s'avère nécessaire, il peut concevoir une stratégie thérapeutique avec d'autres approches techniques. Par exemple, pendant mon stage, la musicothérapeute a pris en charge une patiente souffrant principalement d'une dépression due à des évènements familiaux douloureux. Depuis, cette personne présentait une attitude de repli sur soi et défensive non suscitée par un problème physique. Volontairement, elle évitait d'entrer en relation avec autrui.

Pour la prise en charge de cette patiente, l'approche psychodynamique a permis à la thérapeute d'entrer en relation avec la patiente repliée derrière une barrière psychologique. La musique a été utilisée comme un objet transitionnel. Dans ce cas, les chansons de la jeunesse de la patiente et des improvisations chantées sur des accords ont été proposées par la thérapeute. Dans un premier temps, les chansons de sa jeunesse interprétées avec la thérapeute ont facilité la création de bonnes conditions pour entrer en relation avec la patiente. Dans un second temps, les improvisations chantées sur des accords proposés par la thérapeute ont permis à la patiente de libérer ses sentiments grâce à la musique. La patiente, qui se montrait guère motivée au début, après la première partie de la séance consacrée au chant, a commencé à raconter des anecdotes personnelles liées à ces chansons. Au moment de l'improvisation sur les accords de musique,

progressivement, elle est entrée dans ce jeu d'interaction avec la thérapeute. A la fin, elle était particulièrement satisfaite de la séance, promettant d’y revenir.

III. Autour de deux différentes pratiques entre la Corée du sud et l'école d'art-thérapie de Tours en art-thérapie à dominante musique.

1. Différentes conceptions de l'art-thérapie à dominante musique

Nous avons précédemment vu dans ce mémoire des cas de prises en charge en art-thérapie à dominante musique en Corée du sud et en France. Nous avons pu, suite à ces expériences, comparer en restant global la pratique d'art-thérapie à dominante musique dans les deux pays. Les tableaux qui suivent exposent de manière plus détaillée par thème les différences et similitudes existantes.

1) cadre de travail

< Public >

<table>
<tr><th colspan="2">Différences</th><th>Similitudes</th></tr>
<tr><th>Corée du Sud</th><th>École de Tours</th><td rowspan="2">Les personnes ayant des troubles psychiques, physiques. (les personnes handicapées,les toxicomanes,les patients en soins palliatifs, les personnes âgées, etc)</td></tr>
<tr><td>Considéré théoriquement comme un service de santé polyvalente, ouvert à toutes les personnes qui s'intéressent à entretenir leur santé. Mais en pratique le public principal est constitué des enfants et des adultes handicapés mentaux et/ou physiques.</td><td>Principalement les personnes ayant des difficultés dans la communication, l'expression et le relationnel.</td></tr>
</table>

< Lieu de pratique >

Différences		Similitudes
Corée du Sud	**École de Tours**	
Principalement dans l'ordre les cliniques privées, les établissements de santé, d'aide-social public, les établissements d'éducation spécialisés (soutien scolaire), les centre de la recherche en musicothérapie (privés).	Principalement dans l'ordre les établissements de soin (hôpitaux de jour, unités d'hospitalisation complète) et les établissements sociaux-éducatifs (foyer de vie, maison de retraite, centre médico psychologique, etc) ou en exercice libéral, dans un l'atelier d'un art-thérapeute.	Les établissements éducatifs sociaux ou sanitaires.

< Fondements théoriques >

Différences		Similitudes
Corée du Sud	**École de Tours**	
Repose sur la théorie de psychologie et d'émotion liée aux principes thérapeutiques qui expliquent les activités de la musique de l'être-humain ou sur la théorie biomédicale.	Repose sur l'art-opératoire, la théorie d'esthétique des *3B - le beau, le bien, le bon*.	L'effet psychologique de l'art sur l'être humain.

2) Le statut professionnel d'art-thérapeute

< Reconnaissance de la profession >

Différences		Similitudes
Corée du Sud	**École de Tours**	
Le titre de la musicothérapeute est normalement validé par le diplôme de master ou par les licences des associations de la musicothérapie ou art-thérapie.	Le titre de l'art-thérapeute est normalement validé par le diplôme universitaire .	Pas encore reconnu par le gouvernement.

< Le statut professionnel >

Différences		Similitudes
Corée du Sud	**École de Tours**	
Est considéré plutôt une substitution médicale, est indépendant d'autres professions médicales ou paramédicales en institution, travaillent sur les indications des médecins en collaboration de l'équipe médicale ou paramédicale (à l'hôpital *Heavely*, la musicothérapie fait partie de l'équipe cognitive.)	Complémentaire aux autres professions médicales et paramédicales, travaille sous l'égide de l'indication du médecin.	En collaboration avec l'équipe médicale. Travaillent sous l'égide du médecin.

2. Différentes prises en charge entre deux pays

1) L'objectif thérapeutique

Différences		Similitudes
Corée du Sud	**École de Tours**	
L'objectif global est instauré autour des techniques du domaine du développement global. L'objectif intermédiaire est de proposer les éléments à observer et de proposer des moyens concrets pour atteindre l'objectif global. il faut inclure des conditions (circonstanciel, qualificatif, quantitatif, etc) pour définir des items.	L'objectif global est instauré autour de l'amélioration des capacités d'expression, relation et la communication et de restauration de l'autonomie et de l'estime de soi, l'affirmation de soi et confiance en soi sur la théorie de l'art opératoire. L'objectif intermédiaire est concevable dans les sites d'actions.	L'objectif global inclut la capacité d'expression, le relationnel, de la communication. L'objectif intermédiaire est instauré après l'observation des items.

2) Moyens, techniques

Différences		Similitudes
Corée du Sud	**École de Tours**	
Exploite plusieurs techniques de la musique: principalement,	Les moyens techniques sont choisis par la thérapeute selon	Les activités de la musique

le chant accompagné au piano ou guitare, jeux rythmiques avec des instruments, improvisation. Les expériences dans l'activité de la musique pour la communication verbale avec la thérapeute.	sa dominante technique artistique et ses maitrises d'autres techniques artistiques. Par ses stratégies, la thérapeute peut combiner plusieurs techniques artistiques. Auto-évaluation.	Fiche d'observation Relation avec la thérapeute

3) Indication de la prise en charge

Différences		**Similitudes**
Corée du Sud	**École de Tours**	
Troubles cognitifs, troubles affectifs, difficultés de mobilité	Troubles de l'expression	Trouble de la communication Trouble de la relation

3. Différentes évaluations dans les deux pays

a) La musicothérapie en Corée

En musicothérapie en Corée, pour évaluer la prise en charge, il existe principalement deux méthodes: compte tenu de sa particularité comme outil thérapeutique, la méthode d'évaluation qualitative est recommandée pour son approche individualisée et la méthode d'évaluation quantitative est recommandée pour son objectivité scientifique.

Au milieu des années 1940 jusqu'au début des années 1980, la plupart des recherches en musicothérapie reposait sur la méthode d'évaluation quantitative. De nos jours, avec le courant philosophique naturaliste, la méthode d'évaluation qualitative présente plus d'intérêts. La différence

entre les deux méthodes est fondée sur deux différentes philosophies: la méthode d'évaluation qualitative traite des informations immensurables et la méthode d'évaluation quantitative traite des informations mesurables. Le choix du thérapeute entre pour l'une ou l'autre des méthodes est lié à sa philosophie.

Dans le cas de la méthode quantitative, le thérapeute limite au maximum les facteurs subjectifs et le regard personnel dans la relation avec le patient, les résultats sont analysés statistiquement pour permettre une projection sur l'avenir.

Dans le cas de la méthode qualitative, le thérapeute continue de concevoir et corriger son approche musicale selon une nécessité personnalisée. Dans cette méthode, la subjectivité du thérapeute est considérée indispensable, le thérapeute est libre de ses opinions personnelles. De plus, la relation entre le patient et le thérapeute permet d'avoir un nouveau regard et une nouvelle approche pour comprendre le patient. La relation entre le patient et le thérapeute et l'effet thérapeutique de cette relation sont complémentaires. Par conséquent, dans cette méthode, il est moins évident de se projeter dans l'avenir qu'avec l'autre.

	intérêts	limites
Évaluation quantitative	Polyvalent, scientifique, objective. Facilité de la collaboration avec d'autres matière scientifique ou médicale.	En cas de difficulté à définir les facteurs imprécis ou l'effet de ces facteurs reste dans les hypothèses.
Évaluation qualitative	Possibilité d'adaptation au patient et à son évolution.	La qualité d'évaluation dépend principalement de la capacité et de la technique du thérapeute. Difficile de prouver les résultats scientifiquement.

Les deux évaluations ont une similitude de processus: définir des questions, trouver des informations, les analyser, faire un bilan. Ces différentes méthodes montrant deux points de vue différents peuvent être exploitées en même temps.

b) l'école d'art-thérapie de Tours

Dans la recherche d'une modalité évaluative spécifique en Art-thérapie, le cube harmonique est proposé comme une modalité auto-évaluative spécifique. Il présente l'égalité qui existe dans la manifestation artistique réussie. Ainsi, une œuvre qui vous gratifie sensoriellement (le Beau) est bien faite (le Bien) et vous engage autant dans vos impressions que dans votre expression (le Bon). Il est un outil original et spécifique en art-thérapie, qui permet l'auto-évaluation.
L'harmonie se caractérise ainsi par la similitude des parties, symétrie et forme générale invariable. Le cube grossit par lui-même et en lui-même. Le cube étant une forme géométrique parfaite, il est un moyen simple qui permet d'analyser facilement l'auto-évaluation, de visualiser la réponse de la personne qui va s'auto-évaluer.

- Le Beau :sentiment esthétique, plaisir esthétique dans une impression provoquée par une chose esthétique (œuvre d'art) concerne le goût esthétique, le fond

- Le Bon : l'implication de la personne, la volonté, l'envie de continuer à s'impliquer dans l'activité artistique ou dans la contemplation
- Le Bien : la qualité technique et savoir-faire de la production, il concerne l'aspect formel (la forme)

Cette modalité auto-évaluative permet au patient de savoir la qualité de sa réaction lorsqu'il est impliqué dans l'activité artistique. Conjointement à l'auto-évaluation par le patient, une évaluation de l'auto-évaluation par la thérapeute doit être réalisée pour évaluer les résultats thérapeutiques obtenus par rapport aux objectifs. Donc, le Bilan d'art-thérapie est constitué de 3 fiches évaluatives. Il s'agit de BAT1, BAT2 et BAT3, complétant les fiches d'observations.

Le BAT1 (rempli par le patient) est une auto-évaluation du patient sur le Beau, le Bien et le Bon.
En complément, la conclusion pose la question de la qualité du moment artistique. Cela est libellé: j'ai passé un moment : cotation de 1 à 5 (de désagréable à très agréable).

Le BAT2 (rempli par l'art-thérapeute) analyse les cotations de BAT1 dans la fiche de BAT2. Cela permet d'analyser des incohérences de cotations et d'orienter la prise en charge de l'art-thérapie.

Le BAT3 (rempli par l'art-thérapeute) est une synthèse de l'ensemble des BAT par des comparaisons des cotations analysées. Cela permet de valider ses résultats ou affiner des objectifs, sites d'actions thérapeutiques.

Il faut souligner que ces BAT sont réalisables à la condition d'être adaptés aux capacités des patients. En cas des difficultés, les patients peuvent être déconcertés par l'impossibilité de réaliser cette estimation.

IV. Conclusion :comparaison de la pratique d'art-thérapie à dominante musique dans deux pays

En Corée du Sud, aussi bien qu'en France, l'art-thérapie attire la grande curiosité du public, mais il existe toujours des confusions sur sa définition, ses domaines et ses méthodologies. C'est parce que c'est une nouvelle discipline par rapport aux autres disciplines médicales et on peut facilement trouver des dérives d'art-thérapie facilement. Dans les deux pays, l'art-thérapie comprend toutes les

pratiques cliniques, éducatives et sociales, qui s'appuient sur des pratiques artistiques.

En France, d'une manière générale, l'art-thérapie à dominante musique trouve sa place dans l'équipe paramédicale, malgré la confusion existante (avec l'activité artistique d'animation et la psychothérapie à support artistique). Dans cette complémentarité, l'équipe médicale et paramédicale peuvent créer la meilleure condition thérapeutique en collaboration.

La musicothérapie en Corée du Sud est considérée une discipline indépendante parmi d'autres techniques d'art-thérapie. La musique est exploitée comme une technique d'art-thérapie, mais les théories, les approches spécifiques développées aux États-unis sont ajoutées et modifie légèrement le caractère de la pratique d'art-thérapie. Cette indépendance est souvent gardée dans la pratique en institution, c'est à dire que c'est souvent considéré comme un soin indépendant en institution ayant des échanges avec l'équipe médicale.

Une raison de ces différentes pratiques tient de la différence culturelle des deux pays. L'art-thérapie à dominante musique s'adapte aux différentes exigences du public. Mais définir et clarifier cette discipline auprès du public des deux pays me semble un devoir en premier lieu.

CONCLUSION

Les expériences d'art-thérapie à dominante musique dans les deux pays m'ont permis de m'interroger sur les intérêts et les limites de cette pratique actuelle pour les personnes âgées atteintes de pathologies du vieillissement vivant en institution. En Corée du Sud et En France, on constate que l'accroissement de la population de personnes âgées est un phénomène social. Malgré cette réalité, on peut également constater que les personnes âgées sont mises à l'écart et perdent leur rôle dans la société industrielle. De plus, les pathologies du vieillissement et la perte d'autonomie renforcent l'isolement des personnes âgées.

En vivant en institution, les personnes âgées peuvent bénéficier de services médicaux au quotidien et adaptés à leur dépendance. En dehors de ces services nécessaires pour vivre, les personnes âgées, par la nature de l'être humain, ont besoin d'interactions sociales et culturelles pour leur épanouissement. Pour cela, les institutions proposent des activités artistiques dans le cadre d'animation et organisent des spectacles, etc. L'art-thérapie à dominante musique trouve sa place en institution en reposant sur l'effet de l'activité artistique pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées dans leur état actuel de dépendance en se différenciant par son processus thérapeutique.

La musique étant exploitée en art-thérapie, permet de restituer au sujet un droit à l'émotion afin qu'il puisse se retrouver et accéder ainsi, petit à petit, à son identité. La musique lui permet d'approcher sa propre histoire, celle qui est inscrite dans son corps et dans son esprit. Ses mots retrouvent alors un sens le temps d'une chanson et son geste redevient adapté. Ainsi, la personne âgée préserve sa propre identité en impliquant son goût, son engagement et son physique dans l'activité de musique.

Cet effet de la musique permet aux personnes âgées dépendantes d'entrer en relation privilégiées avec l'art-thérapeute qui peut être une nouvelle ouverture vers le monde extérieur. L'activité de la musique est certainement favorable aux personnes âgées sur beaucoup de plans comme on a vu dans l'ensemble de ce mémoire. Dans le cadre de l'art-thérapie, ces effets sont exploités pour atteindre des objectifs thérapeutiques pour chaque personne âgée, tout particulièrement, les personnes âgée isolées en institution : la musique en art-thérapie devient un moyen de la sortir de son isolement en privilégiant son goût.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

ALAPHILIPPE Daniel, FONTAINE Roger, PERSONNE Michel,
Difficultés et réussites de la vie en établissements pour personnes âgées, Édition ERES, Ramonville Saint-Agne, 2007.

BOUISSON Jean,
Psychologie du vieillissement et vie quotidienne, Édition Solal, Marseille, 2005.

FORESTIER Richard,
Tout savoir sur L'art Occidental, Édition Favre, Lausanne,2004.

FORESTIER Richard,
Tout savoir sur l'art-thérapie, Édition Favre, Lausanne,2001.

FORESTIER Richard,
L'évaluation en art-thérapie, Édition ELSEVIER, Région parisienne, 2007.

LECOURT Édith,
Découvrir la musicothérapie, Édition EYROLLES, Paris, 2005.

LÔO Henri, GALLARDA Thierry,
Troubles dépressifs et personnes âgées, Édition Jhon Libbey Eurotext, Paris, 2000.

JUNG Hyun-Ju
Music Therapy: Understanding and Application, Édition Université IHWA, Séoul, 2005

JUNG Hyun-Ju
Music Therapy : Techniques and Models, Edition Haksisa, Séoul, 2006

Mémoire

JUNG Yung-Ju

L'état actuel de la musicothérapie en Corée, Université pour femme IHWA, 2000

JUNG Yung-Ju
L'histoire de la musicothérapie en Corée, Université pour femme IHWA, 2000

Site web

www.insee.fr
www.riss.kr
www.musictherapy.or.kr
www.kamt.com
ewhamtclinic.com/nordoff/act_nr.html

UNIVERSITÉ FRANÇOIS RABELAIS

UFR DE MÉDECINE - TOURS

&

AFRATAPEM

Association Française de Recherche & Applications des Techniques Artistiques en Pédagogie et Médecine

Soutenu le : 2011

Par : YOU-GOSSELIN Jung-Yeon

Titre : Une expérience d'art-thérapie à dominante musique auprès de personnes âgées atteintes de pathologies du vieillissement vivant en institution

Résumé : Les personnes âgées atteintes de pathologies du vieillissement, vivant en institution, ayant une dépendance et une attitude de repli sur soi deviennent progressivement isolées. Elles restent une grande partie du temps seules dans leur chambre avec très peu d'interactions sociales. Cette situation des personnes âgées aggrave leur trouble de la communication, leur relation avec autrui aussi bien que leurs troubles cognitifs.

Ce mémoire relate des pathologies du vieillissement et leurs conséquences pour l'épanouissement de la personne âgée et le rôle de l'art-thérapie dans ce contexte, ainsi que les expériences de l'art-thérapie à dominante musique auprès des personnes âgées atteintes de pathologies du vieillissement en France et en Corée du Sud. Nous allons voir comment l'art-thérapie à dominante musique s'adapte aux deux différentes sociétés, ses fondements théoriques et ses techniques auprès des personnes âgées vivant en institution.

Mots-clefs : Personnes âgées - pathologies du vieillissement – isolement - art-thérapie musique – musicothérapie

Summary : Elderly people suffering from pathologies of aging and living in institutions, who are dependent and have a withdrawal into oneself become increasingly isolated. They stay most of their time alone in their private room with very little social interaction. This situation of the Elderly worsens their communication disorder, relationship with others as well as their cognitive disorder.

This dissertation talks about the pathologies of aging and their impact on the vitality of the elderly, the role of art therapy in this context, and the experiences of art therapy, mainly music, with the elderly suffering from pathologies of aging in both France and South Korea. We discuss how art-therapy, mainly music, adapts to different societies, its theoretical foundations and techniques used with the elderly living in institutions.

Keywords : aging people - pathologies of aging – isolation – music art-therapy – music therapy