N° :
Note :

UNIVERSITE FRANÇOIS RABELAIS
UFR DE MEDECINE – TOURS
&
AFRATAPEM

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

L'ART-THERAPIE A DOMINANTE MUSICALE PEUT APAISER LES TROUBLES DU COMPORTEMENT DES PERSONNES DEMENTES ET LEUR PERMETTRE D'ETRE CONSIDEREES A NOUVEAU COMME DES ETRES HUMAINS DIGNES D'INTERET

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

De la Faculté de Médecine de TOURS

Présenté par **Bénédicte BIANCHIN**

Année 2013

Sous la direction de :

Docteur Benoit GIEN

Praticien Hospitalier en Gériatrie

Lieu de stage :

Centre Hospitalier Régional d'Orléans
Médecine Aiguë Gériatrique
Unité Aiguë Alzheimer

1 rue Porte Madeleine
45032 ORLEANS CEDEX

N° :
Note :

UNIVERSITE FRANÇOIS RABELAIS
UFR DE MEDECINE – TOURS
&
AFRATAPEM

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

L'ART-THERAPIE A DOMINANTE MUSICALE PEUT APAISER LES TROUBLES DU COMPORTEMENT DES PERSONNES DEMENTES ET LEUR PERMETTRE D'ETRE CONSIDEREES A NOUVEAU COMME DES ETRES HUMAINS DIGNES D'INTERET

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

De la Faculté de Médecine de TOURS

Présenté par **Bénédicte BIANCHIN**

Année 2013

Sous la direction de :

Docteur Benoit GIEN

Praticien Hospitalier en Gériatrie

Lieu de stage :

Centre Hospitalier Régional d'Orléans
Médecine Aiguë Gériatrique
Unité Aiguë Alzheimer

1 rue Porte Madeleine
45032 ORLEANS CEDEX

Remerciements

Nous exprimons notre gratitude aux patients de l'U2A qui ont bien voulu accepter notre présence et notre accompagnement.

A toute l'équipe de cette Unité pour l'accueil et la confiance qui nous ont été accordés et pour la disponibilité dont elle a fait preuve.

Nous tenons à remercier notre directeur de mémoire, M. le docteur Benoît Gien dont l'indéfectible soutien et la parfaite rigueur nous ont évité tout découragement.

A monsieur Richard Forestier pour sa pédagogie vivifiante.

A Christian Moffarts et Françoise Camus, au docteur Catherine Gondran à qui nous devons d'avoir entrepris ce travail.

A mon époux et mes filles.

Plan

Remerciements....4
Plan 5
Glossaire....9
Introduction....12
1. L'art-thérapie à dominante musicale peut apaiser les troubles du comportement des personnes démentes et leur permettre d'être à nouveau considérées comme des êtres humains dignes d'intérêt....14
1.1. La maladie démentielle est devenue un fléau sanitaire et social....14
1.1.1. La Maladie d'Alzheimer est une atteinte neurodégénérative évolutive et irréversible du cortex cérébral....14
1.1.1.1. L'être humain est soumis au vieillissement....14
1.1.1.2. En cas de vieillissement avec maladie neurodégénérative cérébrale, l'altération est progressive....15
1.1.1.3. Le diagnostic reste le plus souvent un diagnostic probabiliste....15
1.1.2. La maladie d'Alzheimer conduit à la démence....16
1.1.2.1. La démence est une détérioration intellectuelle globale qui altère la perception....16
1.1.2.2. La démence altère les fonctions expressives de la personne....16
1.1.3. La démence peut produire des troubles du comportement....17
1.1.3.1. Le comportement est perçu objectivement par l'entourage....17
1.1.3.2. Le comportement est perçu subjectivement par l'entourage....18
1.1.4. A un certain stade de l'évolution, la personne atteinte de démence n'est plus reconnue comme sujet autonome....18
1.1.4.1. Le patient dément perd les repères qui fondent son identité....18
1.1.4.2. Il est difficile de trouver la limite entre protection et mise à l'écart....19
1.1.4.3. Les difficultés de communication privent le patient dément de relations affectives et sociales....19
1.1.4.4. Néanmoins les manifestations de la démence peuvent être fluctuantes. 19
1.2. La musique répond à la définition de l'Art....19
1.2.1. La musique est une activité humaine qui a pour but d'organiser les sons en vue de gratification esthétique....19
1.2.1.1. La musique est attestée dans toutes les civilisations....19
1.2.1.2. Le son est une vibration de l'air dans l'espace que l'on peut entendre. 20
1.2.1.3. La musique a pour but la gratification esthétique....20
1.2.2. La musique se décline en plusieurs activités qui mobilisent le corps moteur....21
1.2.2.1. L'écoute musicale met en jeu la sensorialité et provoque une réaction corporelle....21
1.2.2.2. La pratique musicale engage le corps dans l'action et éventuellement dans la relation....22
1.2.2.3. Certaines activités musicales sont à la frontière d'autres dominantes artistiques....23
1.3. La musique peut procurer une gratification existentielle aux personnes atteintes de démence....23
1.3.1. La caresse sensorielle peut apaiser l'anxiété des personnes atteintes de démence : le ressenti....23
1.3.2. Le pouvoir émotionnel de la musique fait surgir parfois des souvenirs heureux : le représenté....24
1.3.3. La musique peut raviver le langage des personnes atteintes de démence:

l'expression....24
1.4. L'art-thérapie à dominante musique peut aider à la prise en charge des personnes atteintes de démence....25
1.4.1. Musique et soin sont liés depuis l'aube des temps....25
1.4.1.1. Les pratiques rituelles utilisent la voix et le rythme pour apaiser ou guérir....25
1.4.1.2. La musicothérapie a d'abord été entendue comme psychothérapie médiatisée....25
1.4.1.3. L'art-thérapie à dominante musicale est une discipline paramédicale. 25
1.4.2. L'art-thérapie à dominante musique repose sur des mécanismes fondamentaux de l'être humain....26
1.4.2.1. L'opération artistique est un séquençage de ces mécanismes....26
1.4.2.2. L'Art peut agir sur les fondements du bien-être : savoir ressentir, savoir faire et savoir être....27
1.4.3. L'art-thérapie peut réduire les troubles de la communication et de la relation..27
1.4.3.1. L'affirmation du goût est toujours possible....27
1.4.3.2. La musique permet de retrouver un comportement social élémentaire. 27
1.4.3.3. Le regard des soignants sur les patients change grâce à la pratique artistique....27
1.4.4. L'art-thérapie peut agir sur la qualité existentielle des personnes malades....28
1.4.4.1. L'art-thérapie à dominante musique peut permettre au patient dément de revenir au temps présent....28
1.4.4.2. L'art-thérapie peut permettre au patient dément d'affirmer sa qualité d'être humain digne d'intérêt....28
2. L'art-thérapie à dominante musique est proposée à l'U2A du CHRO....29
2.1. L'U2A (Unité Aiguë Alzheimer) a été ouverte le 16 janvier 2012....29
2.1.1. A l'origine cette unité naît sous l'impulsion du mélange difficile des patients déments et non déments dans un même service de gériatrie....29
2.1.2. L'U2A propose un espace non sanitaire, moins stressant....29
2.1.3. L'équipe est composée de personnel soignant volontaire exclusivement....30
2.1.4. L'unité accueille en règle générale ce qu'on appelle des déments perturbateurs. 30
2.1.5. L'U2A a deux objectifs thérapeutiques principaux....30
2.1.5.1. Il faut évaluer l'état du patient : l'hysto-thymogramme est créé dans cette unité....30
2.1.5.2. Le comportement des patients doit devenir compatible avec un hébergement où qu'il soit....31
2.2. La prise en charge art-thérapeutique s'adapte aux contraintes du service....31
2.2.1. La priorité est d'apaiser si possible les comportements perturbateurs....31
2.2.1.1. Il est important de nouer un premier contact....31
2.2.1.2. L'art-thérapeute propose une activité qui mobilise l'attention du patient....32
2.2.2. La prise en charge en art-thérapie peut se dérouler à tout moment et partout...32
2.2.2.1. L'art-thérapeute est intégrée à toutes les activités du service....32
2.2.2.2. L'impact de la pratique artistique est perçu immédiatement et change le regard sur le patient....33
2.2.2.3. Le protocole est une esquisse : ce que l'art-thérapeute a prévu n'arrivera pas....33
2.3. Deux études de cas témoignent de cette adaptation et de ses limites....33
2.3.1. Mme H. est hospitalisée du 31/01/13 au 13/02/13....33

2.3.1.1. Mme H. arrive dans le service avec une maladie qui évolue depuis 2005 33
2.3.1.2. Mme H. présente des troubles importants qui rendent impossible son maintien à domicile 34
2.3.1.3. L'indication donnée par l'équipe médicale est d'apaiser la déambulation et l'agressivité 34
2.3.1.4. Mme H. montre un goût important pour le chant et la danse 35
2.3.1.5. L'évaluation des séances repose sur l'observation de la détente corporelle, du langage et de l'implication relationnelle 36
2.3.1.6. L'impact de la pratique musicale est observée par l'équipe soignante. 38
2.3.2. Mme M. est hospitalisée du 11/02/13 au 28/02/13 39
2.3.2.1. Mme M. est atteinte d'une maladie d'Alzheimer diagnostiquée depuis 2008 39
2.3.2.2. Finalement, Mme M. arrive à l'U2A à la demande du médecin de l'EHPAD où elle se trouve 40
2.3.2.3. L'objectif thérapeutique est d'apaiser son anxiété et de restaurer la confiance en soi 40
2.3.2.4. La stratégie envisagée amène à changer de dominante 41
2.3.2.5. L'évaluation des séances montre une diminution sensible des stéréotypies 42
2.3.2.6. Mme M. révèle des capacités cognitives et artistiques que son entourage croyait perdues 45
3. L'art-thérapie dans une Unité de soins aigus Alzheimer (et apparentés) en urgence 47
3.1. L'art-thérapie n'est pas indiquée dans la prise en charge en urgence des personnes atteintes de démence sévère 48
3.1.1. L'arrivée dans une unité de soins aigus est le signe d'une aggravation 48
3.1.1.1. Le comportement aberrant est le symptôme d'une pathologie 48
3.1.1.2. La musique n'est pas une bonne chose en soi 49
3.1.2. Le temps objectif dévolu à la prise en charge est très court 50
3.1.2.1. Un cadre thérapeutique stable est garant d'une bonne pratique professionnelle 50
3.1.2.2. A un certain stade de sévérité de la maladie, la communication est impossible 51
3.1.3. Un positionnement éthique est nécessaire 51
3.1.3.1. Le patient atteint de démence est un objet de soins 51
3.1.3.2. L'engagement relationnel de l'art-thérapeute est discutable 52
3.2. L'art-thérapie est indiquée dans la prise en charge en urgence des personnes atteintes de démence sévère 53
3.2.1. L'arrivée dans une unité de soins aigus est une opportunité de changement 53
3.2.1.1. Le comportement aberrant est l'expression d'une mauvaise qualité de ressenti 54
3.2.1.2. La musique peut avoir un effet immédiat d'apaisement et elle doit être accompagnée 54
3.2.2. Le temps subjectif se moque de la durée 55
3.2.2.1. L'art-thérapeute devient avec son instrument de musique le cadre thérapeutique 55
3.2.2.2. L'être humain vivant peut toujours s'exprimer même de manière infime 56
3.2.3. Un positionnement éthique est nécessaire 56
3.2.3.1. Le patient atteint de démence reste un sujet 56
3.2.3.2. Les compétences relationnelles sont le préalable nécessaire à toute

entrée en contact avec des personnes démentes.....57
Conclusion..... 59
Bibliographie.....60

Glossaire

Les mots suivis d'un (*) figurent dans ce glossaire.

A

Agressivité[1] Tendance qui s'exprime par un comportement (réel, symbolique ou fantasmé) d'hostilité et d'attaque envers autrui et soi-même.

Anxiété[1] Emotion pénible d'attente, de peur d'un danger imprécis.

Aphasie[1] Trouble acquis du langage consécutif à une lésion cérébrale le plus souvent de l'hémisphère gauche qui perturbe l'utilisation des règles nécessaires pour la production et/ou la compréhension d'un message verbal.

Art[2] Activité d'expression orientée vers l'esthétique.

Art-thérapie[3] Exploitation du potentiel de l'Art à des fins humanitaires et thérapeutiques.

C

Caresse sensorielle[4] (De l'italien *carezza*, de *caro*, cher), attouchement tendre, affectueux ou sensuel. Au figuré, la caresse du vent, des flots, la chaude caresse du soleil : contact, effleurement qui affecte la perception sensorielle.

Coalescence[4] (Du latin *coalescere*, se souder). Adhésion de deux surfaces, de deux parties auparavant séparées.

Comportement[1] Manière d'être ou de réagir d'une personne pendant une période brève ou prolongée de sa vie, ou lorsqu'elle est confrontée à des circonstances particulières.

Cube Harmonique[5] Principe autoévaluatif (...) qui synthétise par une forme cohérente, connue, explicite et sensible, les trois composantes de la spécificité artistique soit le Beau, le Bien et le Bon.

Clown Relationnel®[6] Démarche de soins relationnels par la voie du clown avec des personnes psychiquement très dépendantes.

Clinophilie[7] (Du grec *klinê*, le lit, et *philia*, amitié). Tendance exagérée à garder le lit que l'on observe chez certains neurasthéniques.

---

1 QUEVAUVILLIERS, Jacques ; SOMOGYI Alexandre ; FINGERHUT Abe. Dictionnaire Médical 6ème édition. Issy-les-Moulineaux: éditions Elsevier Masson, 2009.

2 FORESTIER, Richard. *Tout savoir sur l'art-thérapie*. 6ème édition. Lausanne: éditions Favre, 2009. p. 172.

3 FORESTIER, Richard. Profession art-thérapeute, l'esprit, le savoir, l'application et les cadres de l'art-thérapie. In FORESTIER, Richard (sous la direction de) *Profession art-thérapeute*. Actes du congrès international d'art-thérapie 2010. Université François Rabelais. Issy-les-Moulineaux: éditions Elsevier Masson, 2010. p. 24 et 25.

4 ROBERT, Paul. *Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française.*Paris: Société du nouveau Littré Le Robert, 1976.

5 FORESTIER, Richard. *Tout savoir sur l'art-thérapie*. *Op. cit.*, p. 202-203.

6 MOFFARTS, Christian. MOFFARTS, Françoise. *Le clown relationnel® : présence contenante, empathie sensible et communication affective.* In La revue francophone de gériatrie et de gérontologie. Paris : éditions MF, octobre 2011. tome XVIII, n°178, p.411- 412.

7 GARNIER, Marcel ; DELAMARE, Louis. *Dictionnaire illustré des termes de médecine*. 28ème édition. Paris : éditions Maloine, 2004.

D

Démence[8] Détérioration intellectuelle par déficit global des fonctions supérieures. La démence est sous-tendue par une lésion cérébrale dégénérative vasculaire, infectieuse, inflammatoire. A corps de Lewy (inclusions situées en particulier dans les noyaux gris centraux et dans le cortex)

Doloplus (échelle)[9] Echelle d'évaluation de la douleur chez la personne âgée non communicante.

Dominante[10] Ce qui caractérise la nature de l'activité artistique.

DSM IV Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.

E

Echolalie[11] (du grec *lalein*, parler). Répétition machinale de mots ou de phrases prononcés par autrui dans certaines aphasies.

EHPAD Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.

Ethique[12] Science de la morale et des obligations de l'être humain; système de principes et de règles qui régissent la conduite.

Médicale : Ensemble de règles ou de principes qui régissent la conduite des médecins.

EVA Echelle Visuelle Analogique.

F

Fécalome[13] (du latin *faex*). Accumulation considérable de matières fécales, qui simule une tumeur intestinale.

I

Iatrogénie[14] (Du grec *iatros* médecin), qui est créé ou provoqué par le médecin.

Identité[15] (XIVème s. Bas latin *identitas*, racine latine *idem*, « le même ») caractère de ce qui est identique. Identité personnelle, dans la terminologie philosophique, caractère de ce qui demeure identique à soi-même.

8 QUEVAUVILLIERS, Jacques ; SOMOGYI Alexandre ; FINGERHUT Abe. Dictionnaire Médical 6ème édition. Issy-les-Moulineaux: éditions Elsevier Masson, 2009.

9 HUG réseau douleur [en ligne] disponible sur le world wide web : « http://reseaudouleur.hug-ge.ch/_library/pdf/echelle_DOLOPLUS_utilisation.pdf »

10 FORESTIER, Richard. *Tout savoir sur l'art-thérapie*. 6ème édition. Lausanne: éditions Favre, 2009. p. 191.

11 PETIT LAROUSSE ILLUSTRE. Paris: éditions Larousse, 1993.

12 QUEVAUVILLIERS, Jacques ; SOMOGYI Alexandre ; FINGERHUT Abe. *Op. cit*.

13 GARNIER, Marcel, DELAMARE, Louis. *Dictionnaire illustré des termes de médecine*. 28ème édition. Paris : éditions Maloine, 2004.

14 PETIT LAROUSSE ILLUSTRE. *Op. cit.*

15 ROBERT, Paul. *Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française.*Paris: Société du nouveau Littré Le Robert, 1976.

INSERM Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale.

IRM Imagerie à Résonance Magnétique

M

MMS Mini Mental Score Test d'évaluation des fonctions cognitives et de la mémoire d'une personne.

N

NPI Neuro Psychiatric Inventory, inventaire neuropsychiatrique.

P

Palilalie[16] (Du grec *palin*, de nouveau, et *lalein*, parler). Trouble de la parole qui se manifeste par la répétition involontaire du même mot ou de la même phrase.

Phénomènes Associés[17] Ce qui accompagne, ce qui est provoqué, ce qui influe sur la dominante.

Poésie[18] (1350 « art de la fiction littéraire » ; sens modifié en 1514 ; emprunté au latin *poesis*, du grec *poiêsis*, proprement « création ».) Art du langage, généralement associé à la versification, visant à exprimer ou à suggérer quelque chose au moyen de combinaisons verbales où le rythme, l'harmonie et l'image ont autant et parfois plus d'importance que le contenu intelligible lui-même.

S

SCPD Symptômes Comportementaux et Psychologiques de la Démence.

U

UHR Unité d'Hébergement Renforcé.

USLD Unité de soins de longue durée.

16 LE PETIT LAROUSSE ILLUSTRE. Paris : éditions Larousse, 1993.
17 FORESTIER, Richard. *Tout savoir sur l'art-thérapie*. 6ème édition. Lausanne: éditions Favre, 2009. p. 192.
18 ROBERT, Paul. *Op. cit*.

Introduction

Comédienne de profession et musicienne par plaisir, nous avons une expérience auprès de personnes âgées dépendantes depuis 2003 à l'hôpital local de Sully sur Loire. Nos interventions au sein de cet établissement ont évolué en fonction des besoins des personnes accueillies.

Pendant les quatre premières années, nous avons mis en place auprès des résidents des ateliers théâtre qui ont donné lieu à des représentations. Le but était (déjà) que ces résidents soient vus sous un jour neuf, que soient mises en lumière au sens strict du terme, toutes les capacités d'émerveillement, de joie, d'émotion et d'humour encore bien présentes et si rarement exprimées.

Peu à peu, l'atelier théâtre a été proposé au personnel de l'hôpital et le spectacle était commun. L'impact de ce travail qui mettait en valeur non seulement les acteurs mais tous ceux qui concourent à la réussite du projet, décorateurs, costumiers, maquilleurs, graphistes et accessoiristes parmi tous les résidents ou les membres du personnel a été très bénéfique.

Mais, les personnes accueillies étant de plus en plus dépendantes, il devenait difficile et peut-être même néfaste de proposer le travail théâtral comme spectacle car ce qui se passait dans l'atelier, dans la relation, n'était pas « spectaculaire ».

Nous avons alors proposé à la direction de l'établissement de venir avec notre violoncelle et d'aller vers les personnes que l'animation ne prenait pas en charge. L'instrument s'est révélé propice aux échanges, à l'apaisement, par sa nature même d'instrument mélodique et sa tessiture proche de la voix humaine.

Notre pratique a ainsi glissé du champ de l'animation à celui du « soin relationnel » dans la mesure où nos interventions étaient individuelles et dépendaient de l'état du résident, à la demande de l'équipe soignante.

De 2009 à 2011, la formation de Clown Relationnel®(*) à Liège auprès de Christian Moffarts et Françoise Camus, fondateurs de cette démarche de « soin relationnel par la voie du Clown » nous a donné des repères extrêmement importants, en particulier des repères corporels, pour entrer en contact avec des personnes qui ne communiquent plus que par des comportements(*).

Le D.U d'art-thérapie(*) de la faculté de médecine de Tours dont le présent mémoire constitue pour une part l'aboutissement, a permis d'accroître nos connaissances, de relier pratique artistique et soin, et de découvrir un métier qui nous rende capable de répondre aux exigences de toute prise en soin de personnes fragiles.

Dans la première partie, nous traiterons de la notion de démence qui est une des conséquences de certaines maladies neuro-dégénératives, et de la notion de « troubles du comportement(*) » qui en est la manifestation la plus problématique.

Nous verrons qu'il existe dans la littérature une grande variété de manières d'analyser ces troubles du comportement(*).

Les personnes atteintes de ces troubles ayant de grandes difficultés à communiquer parce que leur langage est altéré, se retrouvent très isolées socialement et affectivement, soit parce qu'elles se replient sur elles-même, soit parce qu'elles sont mises à l'écart.

Nous utilisons à dessein le terme de « dément » qui a une forte connotation dévalorisante plutôt que « malade atteint de démence(*) de type Alzheimer », plus neutre, parce que la notion

de valeur a une grande importance dans cette étude. Egalement parce que ce terme recouvre d'autres pathologies que la maladie d'Alzheimer. Nous tenterons de montrer que la musique sous toutes ses formes et prolongements permet à ceux qui l'écoutent ou la pratiquent de retrouver apaisement et lien social. Mais l'Art(*) n'est pas thérapeutique en soi.

L'art-thérapie(*) telle que définie dans cette étude, consiste à mettre en jeu des mécanismes humains concernés par la gratification esthétique.

En conséquence nous émettrons l'hypothèse que sous certaines conditions, l'art-thérapie(*) à dominante(*) musicale permet d'apaiser les troubles du comportement(*) des personnes démentes et leur permet d'affirmer leur goût et leur talent. Ils reviennent ainsi à une communauté humaine « aimable » et leur famille ou les soignants s'en trouvent soulagés.

La deuxième partie relate une expérience d'art-thérapie(*) au Centre Hospitalier Régional d'Orléans, lors du stage effectué au sein de l'Unité de Soins Aigus pour Malades Alzheimer et Apparentés. La particularité de cette unité est d'accueillir des personnes atteintes de maladies neurodégénératives dont le comportement(*) est très perturbateur et n'est plus supportable, que ce soit au domicile pour les aidants naturels ou dans une institution, pour les soignants et les autres résidents. Il s'agit donc d'une hospitalisation en urgence et de courte durée.

Deux études de cas seront présentées pour illustrer notre hypothèse de travail.

Pour chacune de ces personnes, seront exposés les objectifs thérapeutiques, la stratégie envisagée et les évaluations au regard de la réalité dans ce contexte. En effet, il faut improviser car il a été convenu avec l'équipe que notre rôle était d'intervenir pour apaiser autant que possible les personnes au comportement(*) perturbé. L'improvisation n'est en aucun cas synonyme d'impréparation. Le choix de la dominante(*) artistique dépend de ce qui est efficace dans l'instant.

La troisième partie discute de la pertinence de l'art-thérapie(*) pratiquée en urgence et des contraintes que cela impose, notamment en ce qui concerne la temporalité et le cadre thérapeutique.

Nous évoquerons également l'éventuelle « nocivité » de la musique, ainsi que les compétences relationnelles facilitant le contact avec les personnes psychiquement très dépendantes. Ainsi ce que nous appelons l'engagement relationnel de l'art-thérapeute sera mis en question.

1. L'art-thérapie à dominante musicale peut apaiser les troubles du comportement des personnes démentes et leur permettre d'être à nouveau considérées comme des êtres humains dignes d'intérêt.

1.1. La maladie démentielle est devenue un fléau sanitaire et social.

1.1.1. La Maladie d'Alzheimer est une atteinte neurodégénérative évolutive et irréversible du cortex cérébral.

Elle représente une des principales étiologies des syndromes démentiels, (60% des démences dégénératives après 65 ans). C'est en 1910 qu'Aloïs Alzheimer a décrit le cas d'Auguste D. décédée à 56 ans et dont l'autopsie a révélé la présence d'anomalies cérébrales spécifiques (plaques séniles et dégénérescence neuro-fibrillaires).

En 2013, d'après les estimations, la prévalence de la maladie d'Alzheimer est de 0,5 % avant 65 ans, 2 à 4 % après. Mais elle augmente fortement avec l'âge, pour atteindre 15 % à 80 ans. Appliquées à la population française, ces proportions donnent 860 000 personnes souffrant de démences de type Alzheimer. Le nombre de malades devrait atteindre deux millions en France en 2020. Cette maladie constitue bien un problème majeur de santé publique aujourd'hui, en termes de coûts tout autant qu'en termes de prise en charge en l'absence actuelle de médicaments curatifs. (Source INSERM(*)[19])

1.1.1.1. L'être humain est soumis au vieillissement.

Ce phénomène est appelé sénescence et affecte toutes les parties du corps. La peau se ride et se dessèche, l'homéostasie, le principe d'échanges entre les cellules, se ralentit, les muscles s'affaiblissent parce que les fibres musculaires diminuent avec l'âge. Entre 40 et 60 ans, les organes des sens perdent de leur acuité, le cristallin s'opacifie et s'aplatit. La perception de la profondeur, la sensibilité aux couleurs s'émoussent avec le temps. Les tests audiométriques révèlent que l'ouïe baisse progressivement vers 50 ans en moyenne. Le cerveau subit des transformations graduelles qui ralentissent le temps de réaction et rendent plus difficiles les tâches de mémorisation complexes. Ce processus s'amorce à la fin de la croissance globale. Il est expliqué par différentes théories, théorie de l'usure, théorie génétique du vieillissement ou théorie cellulaire « qui attribue le vieillissement à une succession d'accidents survenant pendant la division cellulaire »[20].

Si les facultés cognitives sont amoindries au cours du vieillissement normal, c'est parce que le cerveau a de plus en plus de mal à traiter plusieurs informations en même temps. On explique ces difficultés par le ralentissement de la transmission de l'influx nerveux, de la circulation sanguine et de la production de neurotransmetteurs, sans que cela retentisse sur les activités quotidiennes ou l'insertion socio-professionnelle des personnes. Chacun reste parfaitement conscient de ses difficultés et adopte des stratégies de contournement et de compensation.

Le vieillissement ne mène pas inéluctablement à l'institutionnalisation. Dans les pays développés 5% seulement des personnes âgées vivent en institution et la proportion ne dépasse nulle part 10%[21] dans le monde. En France 53,8% des plus de 90 ans vivent à domicile.

---

19 INSERM.fr [en ligne, consulté le 12/07/2013.] disponible sur le world wide web: « http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/alzheimer]

20 STASSEN BERGER, Kathleen. *Psychologie du développement. 2ème édition*. Bruxelles: éditions De Boeck Supérieur, 2012. p.390.

21 *Ibid* p. 381.

1.1.1.2. En cas de vieillissement avec maladie neurodégénérative cérébrale, l'altération est progressive.

Les maladies neurodégénératives sont dues à une mort neuronale qui affecte le fonctionnement du système nerveux de façon chronique et progressive. Les signes que ressentent les malades dépendent de la localisation des lésions. Ces maladies sont toutes des protéinopathies. Nous limiterons cette étude à la maladie d'Alzheimer, bien consciente des limites de cette appellation.

- Au départ c'est la plainte mnésique qui prédomine en cas de Maladie d'Alzheimer.

Les oublis interfèrent sur l'activité quotidienne. L'entourage se plaint de devoir sans cesse répéter les choses. « Le patient est imprécis dans les dates, cherche ses mots et se perd facilement. »[22] Il s'agit de la mémoire explicite et plus particulièrement de la mémoire épisodique, la mémoire des événements. L'efficience de l'administrateur central, le composant exécutif de la mémoire de travail, est altérée. La mémoire procédurale, implicite, mémoire des habitudes et des automatismes est la plus préservée.

- La maladie altère les capacités cognitives.

La diminution des capacités de planification, de prise d'initiative, d'adaptation à des évènements nouveaux entraînent de grandes difficultés dans la vie quotidienne, pour gérer le budget par exemple, ou pour faire des courses.

- La maladie altère le langage.

Au stade débutant, il s'agit d'un trouble lexico-sémantique, le manque du mot, que la personne compense avec des paraphrases ou circonlocutions, avec l'impression d'avoir le mot sur le bout de la langue. Les troubles sont très hétérogènes mais se manifestent principalement au niveau de la production de paroles alors que l'écrit et la compréhension sont altérés plus tardivement.

- La maladie altère les praxies.

Ces difficultés gestuelles apparaissent plus tardivement mais gênent considérablement la vie quotidienne. La personne ne parvient plus à utiliser les objets (téléphone, électro-ménager) ou bien ne sait plus à quoi ils servent.

1.1.1.3. Le diagnostic reste le plus souvent un diagnostic probabiliste.

Au plan cérébral la maladie se reconnaît à deux lésions caractéristiques que l'on ne peut voir qu'à l'autopsie : les plaques séniles (des dépôts extra-cellulaires, résultant de l'agrégation d'un peptide nommé bêta-amyloïde) et les dégénérescences neurofibrillaires (un enchevêtrement de fibrilles intraneuronales résultant de l'hyperphosphorylation d'une protéine nommée tau.) Au contact de la plaque, il se produit un stress oxydatif et une inflammation qui conduit à l'apoptose.

- L'anamnèse et l'évaluation neuropsychologique (avec confirmation des aidants) sont prépondérants.

Le DSM IV-R (American Psychiatric Association, 2000) a proposé une série de critères permettant de poser le diagnostic: troubles de la mémoire et perturbation d'au moins une autre fonction cognitive (langage, praxie, gnosie, fonctions exécutives.)

22 CROISILE, Bernard. *Maladie d'Alzheimer : comprendre et prendre en charge*. Expression santé. Lundbeck éditions, 2012. p. 18.

- L'imagerie médicale aide à préciser le diagnostic.

Les examens peuvent montrer une atrophie des régions cérébrales. Le développement de l'IRM(*) permet d'étudier la connectivité fonctionnelle de différentes régions cérébrales. La maladie d'Alzheimer entraîne une démyélinisation et une perte axonale. La scintigraphie cérébrale, imagerie qui met en évidence les zones bien fonctionnelles permet d'affiner le diagnostic en fonction de l'atrophie et de la localisation des lésions.

- Les tests biologiques aident à confirmer le diagnostic.

Il s'agit de doser les biomarqueurs ABêta 42 et P-Tau dans le liquide céphalo-rachidien prélevé par ponction lombaire.

1.1.2. La maladie d'Alzheimer conduit à la démence.

1.1.2.1. La démence est une détérioration intellectuelle globale qui altère la perception.

Elle peut se définir comme une perte d'autonomie du sujet et de son indépendance dans la vie quotidienne consécutive à ces lésions cérébrales. Elle se traduit par la réduction progressive des capacités acquises. Elle provoque des troubles de la reconnaissance (prosopagnosie).

- Le malade est désorienté dans l'espace.

La personne ne reconnaît plus les lieux familiers avec une impression de déjà vu sans certitude. D'où leur grande difficulté des patients à trouver leur chemin, leur chambre, les toilettes... source d'anxiété(*) et de tension avec l'entourage.

- Le malade est désorienté dans le temps.

Le temps est assimilable pour nous à une durée: le temps qui passe. Nous l'avons segmenté en moments égaux, basés sur le phénomène observable de ce qui revient, retour des saisons, alternance du jour et de la nuit. Puis nous avons mesuré le temps, les heures et les minutes, et nous avons imaginé les emplois du temps. Dans nos sociétés occidentales issues du monde grec et de la pensée chrétienne, l'être humain, individu responsable et doté d'un libre-arbitre, n'a que la durée de sa vie pour l'accomplir et nous avons conscience de ce continuum fini. Quand la mémoire est altérée, la perception du temps devient une ligne discontinue, avec des irruptions de souvenirs passés dans le moment présent, avec tant de force que la personne a l'intime conviction qu'elle est dans ce passé. L'oubli à mesure oblige à reposer sans cesse la même question et l'apaisement provoqué par la réponse ne durera qu'un moment, le temps d'efficience de la mémoire de travail, seule disponible à partir d'un certain stade de la maladie.

- Le malade a des troubles du jugement.

Le raisonnement et la compréhension sont altérés, l'anosognosie c'est à dire l'absence de conscience des troubles est une des caractéristiques de la maladie d'Alzheimer. C'est une source de tension très importante avec l'entourage car rappeler au patient sa difficile réalité est déstabilisant Et l'ignorer est impossible. La conduite recommandée est de minimiser et d'apaiser sans chercher à convaincre. Ainsi s'instaurent de grandes difficultés de communication.

1.1.2.2. La démence altère les fonctions expressives de la personne.

Elle provoque des troubles de la communication globale qui impliquent le corps moteur :

- Le langage de la personne démente finit par devenir incompréhensible ou absent.

Aux stades évolués de la maladie, la compréhension ainsi que la production du langage sont très atteintes: l'incohérence narrative fait place à un appauvrissement du discours. Le patient a de plus en plus de mal à exprimer ses besoins et ses ressentis. Les phrases sont désorganisées jusqu'au jargon.

François Perea[23] parle d'expressions vocales et verbales somatiques car elles ont pour origine le corps en tension du sujet, soumis à une pulsion irrépressible, au delà de tout code de conduite. Il s'agit d'un mode d'expression archaïque, préexistant au langage et qui accompagne la perte de contact avec la réalité.

- L'activité motrice de la personne démente est elle aussi incompréhensible.

Elle est marquée par des répétitions gestuelles, une instabilité, une incapacité à rester assis (akathisie) ou la tendance à suivre l'aidant dans tous ses déplacements (syndrome de Godot).[24]

1.1.3. La démence peut produire des troubles du comportement.

Il s'agit d'une notion sociale qui devient médicale : « L'expression « Troubles ou modification du comportement(*) » désigne les conséquences des troubles psychiques observables de l'extérieur. »[25] Actuellement on parle de SCPD(*). Ces troubles tirent leur origine dans l'atteinte neuronale mais leur manifestation dépend largement de l'histoire de la personne et de son environnement.

1.1.3.1. Le comportement est perçu objectivement par l'entourage.

Pierre Charazac[26] dit « qu'il désigne la manière dont le sujet traite les excitations qui l'atteignent (...) en utilisant des fonctions corporelles et sa motricité. »

- L'environnement n'est plus adapté au comportement(*).

Lorsque les troubles sont trop prégnants, le maintien à domicile devient problématique par manque de place par exemple pour ceux qui ressentent un besoin irrépressible de déambuler. Les conduites deviennent inadaptées par perte de la capacité d'utiliser les objets courants. C'est également le cas en milieu institutionnel. Il est difficile de concilier liberté de circulation et protection des patients.

- Le trouble du comportement(*) peut mettre en jeu la sécurité des personnes.

C'est le cas par exemple au domicile avec les risques de chute, de mauvaise manipulation du gaz ou d'errance nocturne. L'incapacité à gérer les actions de la vie courante, clés, budget, téléphone, place l'entourage devant l'obligation d'une surveillance constante.

- La personne démente présente souvent un trouble anxieux.

Elle est inquiète et tendue avec une expression sur le visage qui peut confiner à la terreur.

23 PEREA, François. *Note sur les symptômes vocaux et verbaux corporels. De la rupture pathologique aux comportements ordinaires.* In L'Information Psychiatrique Vol 86, N°5 – mai 2010. p. 431.

24 JOUANNY, Pierre. *Troubles du comportement dans la démence.*[en ligne] Pôle de gérontologie CHU d'Amiens. p.43 .[Consulté le 07/09/13.] disponible sur le world wide web: «http://www.u-picardie.fr/servlet/com.univ.utils.LectureFichierJoint?CODE=1270047269366&LANGUE=0»

25 SELMES, Jacques. *Comment faire face aux conduites incohérentes et à l'agitation nocturne d'un résident atteint de maladie d'Alzheimer ?* Guide pratique du soignant. Montrouge : éditions John Libbey Eurotext, 2011. p.5.

26 CHARAZAC, Pierre. *Soigner la maladie d'Alzheimer*. Paris : Dunod, 2009. p. 44.

La sensibilité au bruit est exacerbée. La disparition progressive des repères spatio-temporels altère profondément le sentiment de sécurité.

- La personne démente peut être agressive et/ou agitée.

Elle s'agace facilement, s'emporte contre son entourage, profère des menaces ou peut donner des coups. L'opposition aux soins est fréquente: elle provient de l'altération des facultés de compréhension et du manque de maîtrise émotionnelle face à une aide vécue comme intrusive ou menaçante. C'est ce que le neurologue Kurt Goldstein appela dans les années 30 « les réactions de catastrophe ».

1.1.3.2. Le comportement est perçu subjectivement par l'entourage.

- La maladie rend le patient méconnaissable pour ses proches.

Devant la modification de ses agissements, les répétitions, les attitudes qui semblent incohérentes ou inadaptées, le patient devient étranger à son entourage. Il semble avoir changé de caractère, se désintéresse de ce qu'il aimait si fort. Ce qui fondait l'estime, l'amour qu'on a pour lui semble estompé, faussé, insaisissable.

- Le trouble du comportement(*) peut conduire à des réactions inadaptées ou à la maltraitance…

La famille dans un premier temps, puis les soignants sont confrontés de manière continue à « ces troubles qui nous troublent »[27] titre de l'ouvrage de Jérôme Pellissier et qui nous exaspèrent.

- Le patient est perçu comme perturbateur.

Ce qui est perturbant, c'est la répétition du comportement(*) qui devient symptôme. Pierre Jouanny[28] résume ainsi les quatre registres de la perturbation: « Il n'arrête pas... Il ne fait rien... Il est agressif... Il ne sait plus se tenir... » le comportement(*) est excessif, régressif, agressif ou socialement inapproprié. La disproportion des sentiments et des attitudes dérange et épuise.

- Les troubles retentissent sur la qualité de vie et la santé des aidants.

De quelle marge d'ajustement peuvent-ils disposer? Au domicile, les proches sont confrontés aux difficultés quotidiennes d'une veille constante. Ils sont également aux prises avec une conduite infantilisée de leur malade, d'où l'inversion des rôles: le conjoint ou l'enfant prend contre son gré un statut de parent.

1.1.4. <u>A un certain stade de l'évolution, la personne atteinte de démence n'est plus reconnue comme sujet autonome.</u>

1.1.4.1. Le patient dément perd les repères qui fondent son identité.

La perte de repère dans le temps et l'espace place la personne dans un sentiment d'étrangeté inquiétante. Ne sachant plus où elle est ni quand elle est, les bribes des évènements passés viennent télescoper le réel et accroître sa confusion. La personne est souvent inconsciente de ses troubles et reste sidérée devant la réaction de l'entourage qui tente de la ramener au réel. Or ce réel n'existe plus pour lui, puisqu'il n'a plus accès à la récupération de l'information.

27 PELLISSIER, Jérôme. *Ces troubles qui nous troublent.* Toulouse : éditions Erès, 2010.
28 JOUANNY, Pierre. *Op. cit.,* p. 43.

1.1.4.2. Il est difficile de trouver la limite entre protection et mise à l'écart.

Dans nos sociétés occidentales urbaines et industrialisées, le « fou », le « dément », n'étant plus productif, n'a plus sa place. Jamais il n'y a eu autant de moyens mis en place pour protéger et prendre soin des personnes fragiles et dans le même temps, ces personnes sont reléguées et déconsidérées. La maladie d'Alzheimer est devenue ces dernières années l'ennemi commun, qui cristallise toutes nos peurs face à l'extrême faiblesse et à la mort. Les grands infirmes du 20ème siècle, issus de la guerre, pouvaient se prévaloir d'avoir été des héros, les personnes atteintes de démence(*), bien qu'ayant acquis un statut de malades, sont le repoussoir d'une société qui valorise à l'extrême la performance, la jeunesse, y compris dans son immaturité, et les capacités cognitives. Les actes les plus courants de notre vie quotidienne requièrent à présent une technicité, une habileté que même les personnes simplement très âgées ne peuvent accomplir et nous les regardons avec commisération.

1.1.4.3. Les difficultés de communication privent le patient dément de relations affectives et sociales.

Empêchée de communiquer par des difficultés langagières qui le font redire, persévérer, oublier le fil de ses idées, la personne âgée démente est dans un temps discontinu que les aidants et les soignants n'ont plus le temps d'accompagner. L'urgence semble être dans les actes : nourrir, laver, assurer un environnement sécurisé et, en milieu hospitalier, assurer les soins techniques. Il est devenu impossible de prendre le temps de rester à côté de la personne, le temps du silence, le temps de la rencontre, de la sollicitude. Le risque majeur est que la personne se retire dans un repli quasi autistique. Là se trouve la souffrance.

1.1.4.4. Néanmoins les manifestations de la démence peuvent être fluctuantes.

Esquirol qui a individualisé au XVIII ème siècle la démence(*) et son incurabilité définit le dément comme « un riche devenu pauvre alors que l'idiot a toujours été dans l'infortune et la misère...» Mais les patients peuvent parfois avoir conscience de leur état et de l'importance de leurs pertes et du regard posé sur eux. Là se trouve la souffrance. Une des caractéristiques des maladies neuro-dégénératives surtout en début d'évolution, c'est que des moments de lucidité alternent avec des périodes de désorientation massive sans qu'il y ait toujours de facteur précipitant identifié.

1.2. La musique répond à la définition de l'Art.

1.2.1. <u>La musique est une activité humaine qui a pour but d'organiser les sons en vue de gratification esthétique.</u>

1.2.1.1. La musique est attestée dans toutes les civilisations.

« Mousikê » en grec, c'est d'abord toute activité qui relève des muses, ensuite, le chant et la musique instrumentale, domaine d'Euterpe.

Elle appartient à de nombreuses cosmogonies, en Chine ou en Grèce où le mouvement des astres produit la musique des sphères.

Comme le dit Jacques Chailley, « Aux sources de la musique, on pourrait déceler trois destinataires principaux : *les dieux, le prince, soi-même*.[29] »

- La musique a d'abord une fonction rituelle et magique.

On retrouve dans plusieurs civilisations la croyance au pouvoir magique du son. L'incantation magique est d'un usage universel. La musique non européenne tend à imiter

29 CHAILLEY, Jacques. *40 000 ans de musique*. Paris : éditions de l'Harmattan, 2000. p. 76.

par le timbre tout autre chose que la voix humaine mais bien plutôt les bruits du monde inhumain. Tantôt la musique aide le croyant à s'élever vers son dieu par la prière (contemplation), tantôt elle permet au dieu de visiter le croyant par la transe (action). Elle est alors reliée à la danse.

- Elle a une fonction éducative.

Pour Platon[30] elle concourt à la formation de l'esprit de la jeunesse aux vertus civiques par l'apprentissage de la mesure. Aristote définit deux modes musicaux, le phrygien qui détend mais ne nourrit pas, et le dorien, plus difficile mais d'un riche contenu substantiel qui récompense le mélomane.[31]

- Elle a une fonction sociale.

Elle accompagne l'homme dans toutes les étapes de sa vie, de la berceuse enfantine qui lui procure une enveloppe sonore par la voix de sa mère aux musiques traditionnelles qui rythment l'activité humaine:

- chants de marins et work songs des esclaves noirs qui exaltent tantôt l'effort, tantôt l'espoir du repos.
- chants guerriers et chants de fête qui glorifient le sentiment d'appartenance à une nation, à une célébration.
- chansons traditionnelles dont la mélodie et les paroles sont propres à provoquer les émotions.

1.2.1.2. Le son est une vibration de l'air dans l'espace que l'on peut entendre.

Mais c'est sa richesse en éléments sonores qui le différencie du bruit et le caractère intentionnel et volontaire de sa production.

La mise en ordre des sons se fait selon leur hauteur, selon leur interaction, selon leur placement dans le temps et selon leur timbre.

Comme l'explique André Brousselle[32] l'histoire de notre musique occidentale est marquée par une complexité croissante et une augmentation des dissonances. Tout le jeu dissonances/consonances est un jeu tension/détente, avec une envie de perfection qui pousse vers un développement plus élevé.

1.2.1.3. La musique a pour but la gratification esthétique.

- L'être humain cherche à être heureux.

Le principe de la vie est basé sur un système d'échange entre le monde intérieur et le monde extérieur. C'est vrai au niveau de la cellule avec l'homéostasie, et c'est vrai au niveau de l'individu en relation avec son milieu. Du bon équilibre, de la juste distance des éléments entre eux résulte l'état de bien être dont nous savons qu'il caractérise la bonne santé : « état de complet bien-être physique, mental et social », selon l'OMS. Pourtant la bonne santé ne suffit pas à rendre heureux. La musique peut permettre l'épanouissement de la personne au regard de sa nature: elle peut établir un bon rapport entre la saveur (le goût

30 PLATON. *L'Etat ou la République.* Traduit par BASTIEN, Augustin. Paris : éditions Garnier frères, 1879. Livre III 398c – 401d. p. 111.

31 NEMO, Philippe. *Les philosophes et la musique*. In Le Monde de la Musique, n°288: juin 2004. p. 36-46

32 BROUSSELLE, André. *Dissonances*. Bulletin de psychologie tome XLVI, n° 411, p. 410.

de l'existence) et le savoir (le déroulement du programme de l'existence).

Il y a chez l'être humain un désir de croissance, d'augmentation de connaissances et de gratifications sensorielles: le Bon.

- La musique est une forme sonore expressive.

« La musique exprime sans effort ce sentiment intérieur qui, même au sein du langage ne s'exprima jamais que grâce à elle »[33]Elle correspond bien à la définition d'une œuvre d'Art qui est l'expression d'une certaine qualité de ressenti qu'on appelle le fond.

Jacques Chailley[34] nous rappelle que la musique populaire n'était au début faite que pour ceux qui la jouaient ou qui, en l'écoutant, se disaient qu'ils pouvaient aussi la jouer ou la chanter. Le concert est apparu peu à peu, en vue de séduire un public, selon le goût du jour. Le goût du jour, c'est ce que nous appellerons esthétique, ce qui plaît simplement et plus précisément pour la distinguer de l'esthétique naturelle, la mise en forme de ce qui plaît, selon un savoir faire: le Bien.

- Les impressions agréables produites par la musique nous la font trouver belle.

Qu'elle soit religieuse ou festive, savante ou illustrative, son impact est en chacun de nous différent selon notre sensibilité. A titre d'exemples, les compositions de Lulli pour les grandes eaux de Versailles nous invitent à la danse. Mais les œuvres swing des années 40 ne sont pas en reste et nous mettent des fourmis dans les pieds. La musique sert admirablement le cinéma : des Feuilles Mortes interprétées par Montand dans « les Portes de la Nuit », à la voix bouleversante de Romy Schneider qui chante « les Choses de la Vie ». Et la « Mort à Venise » de Visconti serait-elle la même sans la symphonie de Mahler ?

Ainsi la musique, œuvre d'Art contemplée ou production artistique réalisée, inclut le Beau, le Bien et le Bon, le fond, la forme et l'alliance des deux, selon la théorie de l'Art[(*)] opératoire développée à l'école de Tours[35].

1.2.2. La musique se décline en plusieurs activités qui mobilisent le corps moteur.

1.2.2.1. L'écoute musicale met en jeu la sensorialité et provoque une réaction corporelle.

La musique s'entend, se joue et se danse. Le fondement de la musique, c'est l'oreille et le corps. Elle met en œuvre de mécanismes humains corporels (capteurs sensoriels, motricité) et mentaux (mémoire, connaissances, imagination).

Dans un premier temps, elle agit sur le système nerveux sympathique et sur l'amygdale pour susciter une tension archaïque. Dans un deuxième temps, l'information perçue est passée au crible d'un traitement plus sophistiqué. Le plaisir et le bien être peuvent exister dans les deux modalités.

- L'écoute focalise l'attention.

La contemplation d'une œuvre d'Art qui plaît et gratifie place le corps dans une tension qui vise à maintenir le bien-être ressenti. Du désir naît l'attention, d'où découlent l'envie et la motivation. Marcel Proust qui, dans *A la Recherche du Temps Perdu* livre une vaste fresque sur la vocation littéraire, décrit instant après instant, les fluctuations de l'attention à l'écoute

33 HONNEGGER, Marc. *Science de la musique.* Paris: Bordas, 1976. p. 644
34 CHAILLEY, Jacques. *Op. cit.*, p.119
35 FORESTIER, Richard. *Tout savoir sur l'art-thérapie*. 6ème édition. Lausanne: éditions Favre, 2009. p. 47 et sq.

d'un septuor en fonction du plaisir ressenti[36].

- L'écoute fait appel à la mémoire et facilite les associations d'idées.

Puis, la chose « sine materia[37] », sensation ineffable, grâce à la mémoire, devient architecture et pensée. Elle s'accompagne instantanément d'un effort de reconnaissance, de comparaison avec tout ce qui a été entendu jusque là. Cet effort conduit à une appréciation, un jugement mais ouvre aussi la porte à l'imagination et permet l'évasion.

D'autre part, la musique est construite à partir de systèmes de relation sonore, selon des lois qui soutiennent le pouvoir expressif. Et quelle que soit l'époque ou le lieu, on aboutit à un ordre commun au musicien et à ses auditeurs, ce qui rend possible la signification et la communication.[38]

- L'écoute peut susciter une détente du corps ou son mouvement.

L'effet apaisant de la musique est bien connu des thérapeutes (musique de relaxation) et des responsables marketing (musique d'ambiance). Mais l'intensité des images et émotions qu'elle provoque se concrétise parfois en gestes : un simple battement de pied inconscient pour marquer le rythme, ou la gestuelle d'une danse impromptue.

1.2.2.2. La pratique musicale engage le corps dans l'action et éventuellement dans la relation.

- Le chant fait appel à la respiration, à la voix et au langage.

C'est le corps qui produit des sons. L'appareil respiratoire fournit l'énergie nécessaire sous forme de courant aérien, les cordes vocales, la langue, les lèvres et les dents le transforment en énergie sonore et les résonateurs amplifient le son. La voix est un son qui sort d'une bouche pour être (éventuellement) reçu dans une oreille[39]

- La pratique d'un instrument nécessite une posture et un savoir-faire.

Pour les musiciens, lire la musique, c'est la transposer immédiatement en sensation auditive, qu'elle soit donnée par le chant ou par la pratique instrumentale. Chaque instrument a sa spécificité: cordes, vents, bois... Dans tous les cas et particulièrement dans les instruments à cordes, l'instrumentiste ajuste le son en fonction de la note qu'il souhaite produire. Pour cela, il doit mettre en balance le son qu'il entend et celui qu'il conçoit intérieurement. Le musicien interprète se trouve dans un perpétuel va-et-vient entre sa production effective et le désir qu'il en a. D'un côté, l'œuvre écrite, connue, codifiée par l'auteur (La notation est arrivée très tard et plus particulièrement dans la civilisation occidentale) et de l'autre la recherche qualitative du musicien, son idéal esthétique. Il s'ajuste d'instant en instant, autant qu'il en est capable, à cet idéal. Et s'il improvise, c'est dans la propre richesse intérieure de son imagination qu'il va puiser.

Pour cela, il est bien sûr nécessaire d'avoir acquis une technique qui permet de maîtriser l'instrument, au moins un minimum. Contrairement à une idée reçue, la musique n'a rien d'abstrait : elle oblige le corps entier à des contraintes. L'apprentissage se fait par imitation et répétition.

Le violoncelliste lui, assis sur ses ischions, en équilibre dans son bassin, doit avoir le corps

36 PROUST, Marcel. *A la recherche du temps perdu*. La prisonnière. Paris: Gallimard, 2008. p. 1790 et sq.
37 PROUST, Marcel. *Op. cit*. p. 173.
38 HONNEGGER, Marc. *Op. cit*., p. 646.
39 RONDELEUX, Louis-Jacques. *Trouver sa voix*. Paris : éditions du Seuil, 1977. p. 158.

entier détendu, les épaules ouvertes, de manière à engager tout le poids du bras droit sur l'archet. La pique qui permet à l'instrument de reposer sur le sol, évite depuis le 18ème siècle d'avoir à le maintenir entre ses genoux. La main gauche glisse sur le manche en fonction du doigté, le coude en position basse, le bras légèrement écarté. Les tensions maximales se produisent au niveau des épaules, alors que le bas du corps, lui est au repos, sauf à accompagner le rythme par un léger balancement des hanches. Cette posture, relativement naturelle, permet d'avoir un bon contrôle de la respiration, de jouer avec le regard face public et de garder le visage détendu.

- La musique d'ensemble peut permettre la coalescence(*).

Pratiquer la musique ensemble, c'est entrer en contact, en communication puis en relation avec les autres instrumentistes et leur production. Dans un même temps, chacun compare sa sonorité et celle du tout, avec l'idéal musical envisagé. Se laisser entraîner par la musique, c'est risquer de perdre la ligne, la conscience de ce que l'on fait, jusqu'à la rupture alors que dans la musique orchestrale, chaque instrument est le garant de la réussite de l'ensemble. Cela procure une gratification supplémentaire, aussi parce que l'idéal est plus élevé, avec un impératif de responsabilité. Ainsi l'ensemble des parties séparées forme un tout.

1.2.2.3. Certaines activités musicales sont à la frontière d'autres dominantes artistiques.

Il existe sans doute une concordance entre la poésie(*) et la musique. Comme le dit Paul Valéry[40], l'émotion poétique transforme les objets et les êtres, et les *musicalise*, les rendant résonnants l'un par l'autre. La forme poétique est aussi basée sur des alternances de rythme, une pulsation et des sonorités. Dire à haute voix une poésie(*) c'est presque chanter. Et notre slam actuel, sorte de poésie(*) déclamée sur un fond musical frôle les deux domaines.

D'autre part, le langage n'est pas fait seulement de mots. Ce qui parachève son sens et lui donne vie, c'est le ton, proprement musical car il ne peut s'analyser qu'en hauteur, rythme et timbre, et qu'il en est l'élément le plus chargé d'affectivité. Chaque voix humaine est unique. La voix, c'est ce qu'il y a derrière les mots.

Nous pouvons également souligner l'étroite relation qui existe entre la musique et la danse, la poésie(*) et l'écriture, l'écriture et l'Art(*) plastique (calligraphie, calligrammes).

1.3. La musique peut procurer une gratification existentielle aux personnes atteintes de démence.

1.3.1. La caresse sensorielle peut apaiser l'anxiété des personnes atteintes de démence : le ressenti.

Quand une information est captée et traitée, cela détermine une sensation, l'esthésie. Cette sensation peut créer des connexions par exemple avec la mémoire émotionnelle dont on sait qu'elle est préservée longtemps chez les personnes dont les capacités cognitives sont altérées.

« Attention ! Soyez bien sur vos gardes car seule parmi tous les arts, la musique vous tourne autour. » dit Jean Cocteau [41] Précisément, la musique remplit l'espace et passe les murs : que ce soit par la mélodie ou le rythme, elle peut être captée facilement même par des personnes qui ont de graves déficits de perception.

La sensation est pleine et immédiate. Elle se déploie dans tout le corps, par des mécanismes dont les neurosciences mettent en évidence le fonctionnement. La connexion se fait de manière

40 VALERY, Paul. *Propos sur la poésie*. Oeuvres complètes. Paris : La Pleiade, 1957. t. I, p. 1363.
41 COCTEAU, Jean. 1918. *Le coq et l'Arlequin*. [Version numérique : emplacement 395]. Paris : Stock, 1979.

instantanée avec l'intériorité de la personne. Edith Lecourt rappelle que l'ouïe, à l'opposé de la vue, s'entend aussi dans les champs postérieurs et internes. « Cette perception est liée aux notions d'attente et de danger, concernant plus particulièrement les parties non visibles du corps. »[42] La mise en jeu n'est pas intellectuelle, elle est corporelle et affective et elle provoque une réaction spontanée, de plaisir ou de déplaisir. Accord ou désaccord avant tout raisonnement.

Quand la musique plait, quand elle est ajustée, elle procure une sensation de bien-être visible: le corps se détend, les gestes parasites ou l'agitation désordonnée s'atténuent, tel Orphée apaisant la colère des Erinyes aux enfers.

Ce que présente et contient l'œuvre d'Art, le fond, induit une certaine qualité et intensité de d'impression ressentie à son contact que Proust décrit ainsi « Comme le spectre extériorise pour nous la composition de la lumière, l'harmonie d'un Wagner, la couleur d'un Elstir nous permettent de connaître cette essence qualitative des sensations d'un autre où l'amour pour un autre être ne nous fait pas pénétrer. »[43] C'est le fondement du Beau.

1.3.2. Le pouvoir émotionnel de la musique fait surgir parfois des souvenirs heureux : le représenté.

Dans notre culture occidentale la musique, nous l'avons vu, occupe une place importante dans tous les âges de la vie. Pour les personnes nées au début du 20ème siècle elle était particulièrement accessible sous la forme de chansons populaires, diffusées par les partitions au début puis par la radio à partir des années 30. Des rengaines à la mode aux poèmes mis en musique, le répertoire musical mémorisé tout au long de leur vie est varié. Certaines chansons ont un pouvoir d'évocation réellement surprenant. Certaines œuvres font même l'unanimité et ressurgissent violemment à la mémoire. C'est le cas par exemple de « la Vie en Rose » (Scotto, Piaf, 1945) et des « Feuilles Mortes » (Prévert, Kosma, 1946) qui immanquablement provoquent une réaction et suscitent puissamment des réminiscences. Ces réminiscences peuvent donner une forme à la pensée : des images du passé.

1.3.3. La musique peut raviver le langage des personnes atteintes de démence: l'expression.

Elle permet alors le passage du fond à la forme, dans le temps et l'espace: la musique est le déploiement du son dans le temps, c'est l'avenir, l'attente de la résolution. Elle définit aussi un espace sonore, le lieu et l'environnement où se perçoivent la sensation. Or, comme nous l'avons vu, à partir d'un certain degré de stimulation, le corps peut se mettre en mouvement. Le mouvement, c'est la vie, c'est habiter l'espace.

Le langage est une modalité d'expression. Parfois la musique fait parler. Sous l'impact de la sensation et des images qui y sont liées, elle incite à la conversation, dire que c'est beau, dire que l'on aime ou que l'on n'aime pas tel ou tel artiste. Discuter de telle ou telle interprétation, raconter des souvenirs.

D'autre part chez certaines personnes atteintes d'aphasie[(*)], on constate que le langage chanté est compréhensible alors que le langage parlé est impossible. Plusieurs hypothèses sont avancées pour expliquer ce phénomène, notamment le fait que le traitement du langage se produit dans l'hémisphère du cerveau dominant (en général le gauche) alors que le traitement de la musique serait associé à l'hémisphère droit. Des méthodes de rééducation orthophoniques s'inspirent de ce principe[44].

---

42 LECOURT, Edith. *Ouverture sur une approche métapsychologique de la musique*. In Bulletin de psychologie Tome XLVI – n° 411, p.427

43 PROUST, Marcel. *A la recherche du temps perdu*. La Prisonnière. Paris : Gallimard, 2008. p. 1722.

Mais l'expression n'est pas forcément verbale. La musique manifeste aussi le non verbal, les gestes expressifs qui accompagnent une mélodie, les hochements de tête, le regard qui s'éclaire, le sourire qui s'esquisse, ce qui appuie le discours ou le remplace.

Le hors verbal quant à lui pourrait être défini comme ce qui affleure de la personnalité de la personne, l'expression muette de ce qu'elle ressent. Dans *la Flûte Enchantée* de Mozart filmée par Ingmar Bergman, un plan séquence au début montre le visage d'une petite fille qui écoute la musique. Et toute la douceur, et toute la joie et le pétillement de vie contenus dans cette musique, la caméra de Bergman l'a saisi sur le visage de cette enfant.

1.4. L'art-thérapie à dominante musique peut aider à la prise en charge des personnes atteintes de démence.

1.4.1. Musique et soin sont liés depuis l'aube des temps

1.4.1.1. Les pratiques rituelles utilisent la voix et le rythme pour apaiser ou guérir.

Aristote parle de musiques cathartiques. La musique est utilisée pour rétablir par l'harmonie des sons, l'équilibre psychique et physique rompu chez l'être humain par la maladie. Les mélodies sacrées procurent aux hommes une joie dépourvue de nuisance[45]

Dans les civilisations traditionnelles, la musique, la danse et la poésie(*) sont utilisées pour identifier et laisser s'exprimer les esprits responsables de la maladie[46]

1.4.1.2. La musicothérapie a d'abord été entendue comme psychothérapie médiatisée.

Une définition donnée à la Cité de la Musique[47] lors des rencontres de la Médiathèque portant sur la professionnalisation du musicien précise que la musique, les arts plastiques, la danse ou le théâtre sont des médiateurs qui aident ou accompagnent le malade en cours de traitement. La musique est un outil pour accompagner un développement personnel. Dans cette perspective, des compétences notamment en psychologie sont requises.

1.4.1.3. L'art-thérapie à dominante musicale est une discipline paramédicale.

Elle vise selon la définition de l'AFRATAPEM à restaurer, raviver ou rééduquer la bonne qualité existentielle de la personne que la maladie, le handicap ou des choix de vie ont abimée au moyen de l'activité artistique.

Elle est proposée sur indication médicale et exercée par un professionnel qui est à la fois un artiste et un thérapeute. Il a une bonne maîtrise d'une ou de plusieurs dominantes artistiques et il sait les utiliser selon un protocole qui comprend des moyens et des méthodes en vue d'obtenir un résultat. L'évaluation en art-thérapie(*) repose sur l'observation d'items ou de faisceaux d'items, en lien avec la problématique du patient. Cette évaluation est transcrite sur les fiches d'observation.

La dominante(*) est accompagnée de phénomènes associés(*) qui peuvent dépendre de l'activité ou non. Concrètement ce qu'on appelle le phénomène artistique est la partie visible de l'opération artistique : Intention/Action/Production.

---

44 LANTERI, Anny. *Restauration du langage chez l'aphasique.* Bruxelles : Coll Questions de personne. Editions De Boeck Université, 1995. p.168.

45 ARISTOTE. *La Politique.* Traduit par Thurot. Paris : éditions Garnier frères, 1881. Livre V chap. 7. p. 217.

46 GIANOTTI, A.; MAMAN, M. Hommes, esprits et rythme. Thérapie traditionnelle au nord du Bénin. In *L'évaluation en art-thérapie,* sous la direction de Richard Forestier. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2007. p. 143 et sq.

47 Cité de la Musique. *Professionnalisation du musicien.*[en ligne]. Rencontres de la médiathèque, 28 mai 2011, p.4. [consulté le 24/08/13]. disponible sur le World Wide Web:« http://mediatheque.cite-musique.fr/mediacomposite/cim/_Pdf/60_Rencontres21.pdf".

Dans la pratique artistique, nous distinguons l'Art(*) I qui est un mécanisme archaïque de recherche de saveur et l'Art(*) II qui demande un savoir-faire. La dynamique du passage de l'un à l'autre est également observée quand c'est possible.

1.4.2. L'art-thérapie à dominante musique repose sur des mécanismes fondamentaux de l'être humain.

1.4.2.1. L'opération artistique[48] est un séquençage de ces mécanismes.

Nous appelons ainsi le modèle issu des recherches de l'AFRATAPEM qui permet d'établir une stratégie thérapeutique. En effet dans chaque phase (de 1 à 8), qui détermine à la fois une topologie et un déroulement, nous pouvons déterminer des sites d'action, c'est à dire des mécanismes défaillants, des cibles thérapeutiques, c'est à dire des mécanismes où nous souhaitons agir. Les phases servent également de processeur thérapeutique.

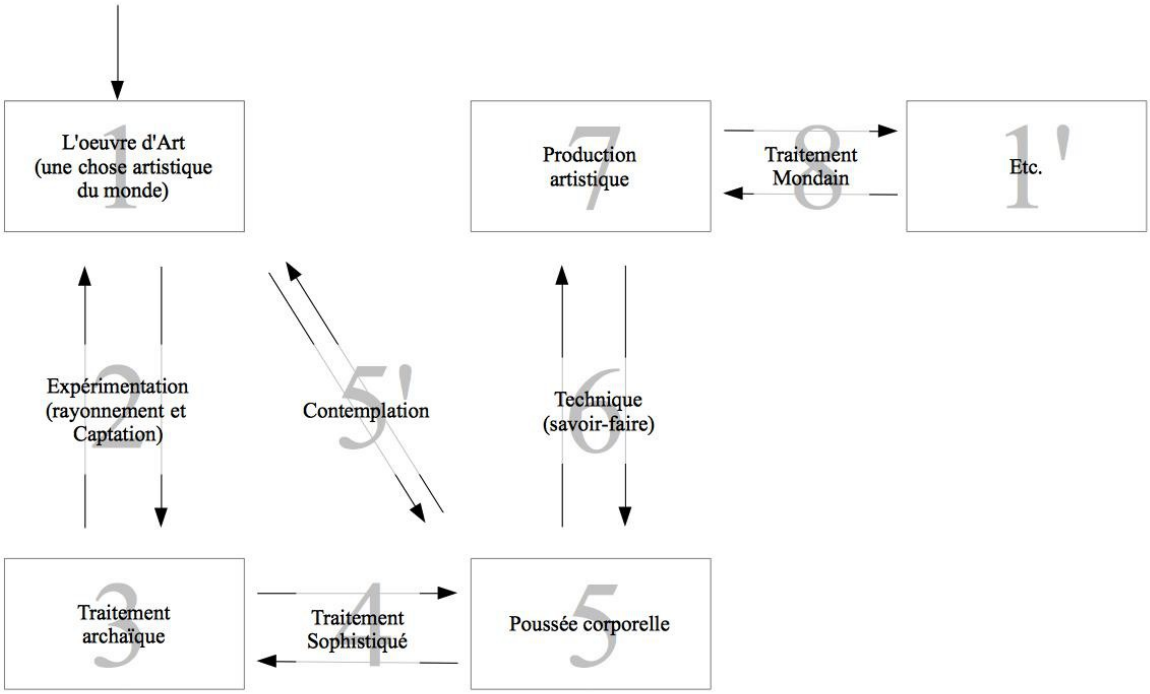


Schéma de l'opération artistique

Légende du schéma de l'opération artistique :

Avant l'œuvre d'Art, il y a « l'**avant** » tout ce qui précède dans le continuum historique, le contexte socio-culturel.

1 → une chose de l'Art(*).

2 → le rayonnement de la chose et sa captation.

48 FORESTIER, Richard. *Tout savoir sur l'art-thérapie*. 6ème édition. Lausanne: éditions Favre, 2009. p. 172- 195.

3 → traitement archaïque de l'information: à l'entrée, l'impact sensoriel et à la sortie l'incitation à des activités plus structurées.

4 → traitement sophistiqué de l'information où interviennent la mémoire, les connaissances, l'abstraction...

5 → la poussée corporelle : l'énergie provenant de la motivation (conation) qui fait se mouvoir le corps. Ce mécanisme inclut le langage.

5' → la posture du spectateur dont l'intention est de contempler.

6 → la technique, le savoir-faire en accord avec l'intention.

7 → la production artistique qui résulte de l'intention et du savoir-faire.

8 → le traitement mondain: la validation de la production par la collectivité humaine.

1' → une nouvelle chose de l'Art(*).

1.4.2.2. L'Art peut agir sur les fondements du bien-être : savoir ressentir, savoir faire et savoir être.

Ce qui fonde la qualité de vie, ce n'est pas seulement la satisfaction des besoins essentiels (tels qu'on nous les présente un peu rapidement sous forme de pyramide), c'est le sens que l'on peut donner à l'existence, le goût de cette existence. Nous l'avons dit l'être humain cherche à être heureux. Pour se réaliser il fera du sport, cuisinera, jouera aux cartes ou aux échecs. Certains sont sensibles à l'Art(*), à la beauté des choses. La recherche de leur idéal esthétique les met en mouvement. Ils ont alors l'envie d'acquérir un savoir faire pour atteindre cet idéal. Leur engagement dans cette quête a une certaine saveur qu'on peut appeler bien-être.

1.4.3. L'art-thérapie peut réduire les troubles de la communication et de la relation.

1.4.3.1. L'affirmation du goût est toujours possible.

Même si le langage est très altéré ou absent, les moyens ne manquent pas pour indiquer qu'une musique plaît ou non. La fuite en est un. Mais venir vers la musicienne et rester là en souriant est aussi un bon indice. De même l'orientation vers tel ou tel objet musical instaure un dialogue. Que ce dialogue n'ait pas de mots n'a pas d'importance. C'est l'action vers une production, mue par une intention que l'art-thérapeute apprécie : l'activité artistique en elle-même et pour elle-même.

1.4.3.2. La musique permet de retrouver un comportement social élémentaire.

L'être humain est un individu social. Les atteintes neurodégénératives en altérant la pensée et le langage imposent aux malades une double peine : ils ne peuvent plus s'exprimer que de manière fragmentaire et leur entourage n'a pas tellement envie de communiquer avec eux, par peur, par manque de temps, par épuisement. Or parce qu'elle engage le corps moteur dans une activité concrète en puisant dans un patrimoine culturel commun, la musique réhabilite un lien social, simple et fondamental.

1.4.3.3. Le regard des soignants sur les patients change grâce à la pratique artistique.

La mise en valeur des potentialités restantes chez les personnes malades agit comme un révélateur. Dans le cas d'une pratique musicale (chant, ou essai d'instrument) l'œuvre n'est pas séparée de l'artiste. La musique est donc bien un art corporel. Et en exposant l'œuvre au regard et à l'écoute des autres, le patient s'expose lui-même dans le même temps. Mais cette vulnérabilité est paradoxalement source d' émerveillement.

1.4.4. L'art-thérapie peut agir sur la qualité existentielle des personnes malades.

1.4.4.1. L'art-thérapie à dominante musique peut permettre au patient dément de revenir au temps présent.

Avant tout, il y a le concret. L'instrument, perçu d'abord visuellement puis par le toucher et par le son. Avec la curiosité viennent l'essai, la tentative, l'appréciation de la tentative. Même en cas de troubles massifs du langage, les mots viennent. Ils ne sont pas forcément compréhensibles ? Qu'importe, l'échange avec l'art-thérapeute s'amorce, l'alternance essai-erreur. Saint Augustin[49] dit qu'il n'existe que le temps présent : le présent des choses passées, (la mémoire), le présent des choses présentes (l'actuel) et le présent des choses futures (l'attente). Exprimer son goût et éventuellement affirmer son style par l'engagement, c'est être dans l'action, même infime, ici et maintenant. Selon Thierry Rousseau[50] il semble bien que la communication avec les personnes démentes soit beaucoup plus facile quand ils sont dans l'action que quand ils sont dans l'idée.

1.4.4.2. L'art-thérapie peut permettre au patient dément d'affirmer sa qualité d'être humain digne d'intérêt.

Le dictionnaire encyclopédique Quillet (1938) définit l'intérêt comme « la sympathie qui nous fait prendre part à ce qui regarde une personne, à ce qui lui arrive d'agréable ou de fâcheux, c'est aussi le plaisir qu'on trouve à être ému de curiosité, d'inquiétude, d'admiration ».

Parce que l'activité artistique lui procure des gratifications qui influent sur sa qualité de vie, parce qu'est mise en place une boucle de renforcement qui lui donne envie de recommencer, la personne démente apparaît sous sa vraie personnalité. Elle donne une forme à ce qu'elle ressent. La cohérence retrouvée, les troubles cognitifs semblant estompés, ce sont comme des moments de grâce qui ramènent la paix dans le chaos. Alors le lien est rétabli, l'échange est possible et sa conséquence, l'appréciation mutuelle. Alors le patient et le soignant sont à cet instant-là d'égal à égal. Par le truchement d'une musique, d'une chanson, d'un pas de danse, s'expriment les émotions simples. Momentanément la souffrance due au sentiment d'exclusion est abolie, souffrance réciproque à notre avis et bien attestée chez les aidants comme chez les soignants.

Face à la détresse des patients désorientés, il n'est pas rare que l'entourage, même le plus professionnel qui soit, se sente impuissant à soulager, à comprendre, à accompagner. L'irruption de l'Art(*) dans un tel contexte peut remettre en mouvement ce qui était figé.

C'est ce que nous avons pu constater lors de notre stage au Centre Hospitalier Régional d'Orléans, dans l'Unité de Soins Aigus Alzheimer nouvellement créée et que nous allons relater dans la seconde partie.

49 AUGUSTIN. *Confessiones* : Tome 2, Livre XI, XX, 26. Paris : librairie de Louis Vivès, éditeur : 1870. p.330.

50 ROUSSEAU, Thierry. *Maladie d'Alzheimer et troubles de la communication.* Issy-les-Moulineaux : Editions Elsevier-Masson. p.27.

2. L'art-thérapie à dominante musique est proposée à l'U2A du CHRO.

2.1. L'U2A (Unité Aiguë Alzheimer) a été ouverte le 16 janvier 2012.

2.1.1. A l'origine cette unité naît sous l'impulsion du mélange difficile des patients déments et non déments dans un même service de gériatrie.

Ce type d'unité est encore rare en France. La première a été ouverte en 1996 au CHU de Toulouse et un article paru dans le supplément de la Lettre Mensuelle de l'Année Gérontologique[51] fait un bilan de dix années de pratique. L'agitation et l'agressivité représentent les deux troubles du comportement(*) motivant le plus fréquemment une hospitalisation.

Sur le site de la Fondation Médéric Alzheimer, Le Pr Novella du CHU de Reims dit que dans le Plan Alzheimer 2008-2012, qui a certes permis la création des UHR(*) et des unités psycho-comportementales, « les unités aiguës Alzheimer constituent un maillon manquant. »[52] En effet si des Unités d'Hébergement Renforcé ont vu le jour pour proposer un environnement adapté aux patients arrivés à un stade sévère de démence(*), en cas de troubles majeurs, il existe peu de solutions.

L'U2A de l'Hôpital d'Orléans est située dans les locaux de l'hôpital Madeleine, dont les origines remontent au 12ème siècle, et dépend du service de Médecine Aiguë Gériatrique qui lui est contigu et où les problèmes de déambulation et de confusions de chambre étaient récurrents. Les patients déments perdus et agités font peur aux autres malades et perturbent les soins.

Ses neuf lits sont destinés aux soins aigus des malades Alzheimer et démences(*) apparentées qui décompensent leur maladie à l'occasion d'une aggravation ou d'une affection intercurrente. Les patients accueillis sont particulièrement fragiles car la pathologie cérébrale gêne leur compréhension et nécessite un environnement qui n'aggrave pas leur désorientation et leur inquiétude.[53] L'hospitalisation est en moyenne de 19 jours.

2.1.2. L'U2A propose un espace non sanitaire, moins stressant.

Les réflexions menées depuis plusieurs années sur la prise en charge spécifique des maladies neurodégénératives ont bien mis en évidence l'importance de l'organisation de l'espace pour les patients[54]. On a utilisé ici d'anciens locaux pédiatriques vacants: tout est ancien, haut de plafond et très sonore mais en l'occurrence, un hall d'accès et le couloir menant aux chambres offrent un espace de déambulation. Une salle attenante, meublée avec une salle à manger des années 50, permet aux patients de recevoir leur famille, de feuilleter un livre ou de discuter dans un cadre rassurant et familier moins sanitaire. Malheureusement, cette pièce lumineuse et calme, est le passage obligé vers le local des kinésithérapeutes et vers le bureau des médecins. C'est dans cette salle qu'auront lieu la plupart des séances d'art-thérapie(*) car on y est relativement peu dérangé. Les irruptions de patients étaient cependant fréquentes et offraient des opportunités d'échanges et d'observations.

---

51 LA LETTRE DES UNITÉS DE SOINS ALZHEIMER[en ligne]N°20 I.S.S.N. 1146-0318 Février 2009.[consulté le 4/08/13] disponible sur le world wide web: « http://www.uspalz.com/Media/Num_192_EISAI_fevrier.pdf »

52 MAHMOUDI, R et col. *Une unité de soins aigus pour les patients atteints de maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés: l'expérience rémoise.* Neurologie Psychiatrie Gériatrie 2012; 12 : p. 230-236.

53 Note de l'article paru dans le journal du CHRO *Chroniques* n° 91 du 1er semestre 2012, p. 5

54 Unités Spécifiques Alzheimer en EHPAD et prise en charge des troubles sévères du comportement. Réflexion sur les critères de définition et missions. Gérontopôle; Hôpitaux de Toulouse - Août 2008, p.22.

Par ailleurs, la règle de l'Unité est d'avoir des normes plus larges pour les horaires de lever, de repas et de toilette des patients de manière à respecter le plus possible leur rythme et à diminuer les risques de conflit dus à une trop grande rigidité. Cette flexibilité est cependant difficile à tenir en ce qui concerne les soins médicaux et examens indispensables qui ne peuvent être différés.

2.1.3. L'équipe est composée de personnel soignant volontaire exclusivement.

Elle comprend un médecin gériatre praticien hospitalier présent dans le service toute la journée, un interne qui fait dans cette unité un stage d'un mois, deux IDE et deux aide-soignantes qui travaillent en 12 heures pour être présentes au lever et au coucher des patients.

Les kinésithérapeutes interviennent dans l'unité, ainsi qu'une orthophoniste et une neuropsychologue.

Une aide-soignante est présente la nuit, en lien avec les infirmières de la médecine Aiguë Gériatrique. Une réunion de synthèse a lieu tous les matins avec toute l'équipe pour faire le point sur l'état des patients et la transmission de ce qui s'est passé pendant la nuit. Le staff hebdomadaire auquel les assistantes sociales participent ainsi que la cadre de santé, permet d'évaluer chaque cas et de prévoir son éventuelle sortie. Nous avons été conviée à assister à toutes ces réunions et à y faire part de nos observations.

2.1.4. L'unité accueille en règle générale ce qu'on appelle des déments perturbateurs.

L'idée est venue de créer ce service afin de soulager les unités classiques d'hospitalisation gériatrique des patients agités, « perturbants et perturbateurs », qui gênent le fonctionnement des services par leurs déambulations, leurs cris, leurs oppositions parfois violentes aux soins ou leurs tentatives de fugue.

2.1.5. L'U2A a deux objectifs thérapeutiques principaux.

2.1.5.1. Il faut évaluer l'état du patient : l'hysto-thymogramme est créé dans cette unité.

Il s'agit d'un outil d'évaluation objective dérivé du NPI(*) dont « le but est de recueillir des informations sur le comportement(*) chez les patients souffrant de démence(*). »[55] Chaque jour, l'équipe soignante fait le point sur la gravité des symptômes psycho-comportementaux en 5 items : Délire-hallucination, Trouble moteur, Anxiété(*)-dépression, Alimentation, Sommeil.

La gravité est cotée par : **0** = absent /normal /non perturbant **1** = Léger / presque normal / peu perturbant; **2** = Moyen /anormal /plus perturbant sensible à l'intervention); **3** = Important /très anormal / très perturbant insensible à l'intervention.

Ce qu'on appelle les troubles moteurs sont soit négatifs (de la somnolence à la clinophilie(*)), soit productifs (agressivité(*), irritabilité, opposition, déshinibition, cris, comportement(*) moteur aberrant, déambulation, fugue). Leur gravité est cotée de 0 à 3 comme précédemment.

Les troubles de l'humeur sont les manifestations d'euphorie, d'anxiété(*), de tristesse et de dépression, cotés de 0 à 3.

Les difficultés d'alimentation et les troubles du sommeil sont également évalués.

Grâce à la courbe ainsi réalisée, l'équipe soignante a une vision plus claire de l'évolution de l'état du patient. C'est un outil de professionnalisation car il oblige les soignants à repérer les symptômes susceptibles de provoquer les troubles : constipation, rétention urinaire, fièvre

55 HAS [en ligne]:NPI [consulté le 13/05/2012]. Disponible sur le world wide web: « http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/npi.pdf ».

(chiffré), douleur (échelle EVA(*) ou doloplus(*)), chute, environnement modifié, changement de médicament ou de dose, comitialité ou autres.

Chaque matin, lors de la réunion de transmission, le tracé de cette courbe donnait des informations pour une éventuelle prise en soin art-thérapeutique.

2.1.5.2. Le comportement des patients doit devenir compatible avec un hébergement où qu'il soit.

- l'équipe médicale réajuste les traitements.

- l'équipe médicale traite les différentes pathologies.

L'aggravation brutale des troubles du comportement(*) est souvent imputable à l'apparition d'une pathologie intercurrente qui est passée inaperçue, ou une modification de la thérapeutique, ou une modification de l'environnement dont on n'a pas tenu compte.

- l'équipe médicale propose l'art-thérapie(*)

L'équipe médicale s'est montrée enthousiaste à notre arrivée, nous intégrant immédiatement à toutes ses activités. Sans être particulièrement informés sur l'art-thérapie(*), les soignants étaient convaincus d'un éventuel effet sur le bien-être des patients. La confusion avec un travail d'animation a été rapidement dissipée. Nous avons également bénéficié de la présence pendant quelques jours d'une chanteuse lyrique violoniste en stage d'observation dans le cadre du DU d'art-thérapie de Nantes.

Sur les 44 patients hospitalisés pendant la durée du stage, 32 personnes ont participé à des séances d'art-thérapie(*). 9 personnes ont eu entre 5 et 12 séances. Une grande majorité de séances a duré entre 20 et 30 minutes.

2.2. La prise en charge art-thérapeutique s'adapte aux contraintes du service.

2.2.1. <u>La priorité est d'apaiser si possible les comportements perturbateurs.</u>

2.2.1.1. Il est important de nouer un premier contact.

Les difficultés de communication étant très importantes, le temps consacré à l'écoute des patients déments est très réduit. Les familles et les soignants abandonnent souvent très vite l'échange, persuadés qu'il est impossible et le réduisent à de simples données informatives ou impératives. L'art-thérapeute, lui, dispose de ce temps: il peut rester là et écouter, poser des questions. C'est un luxe dans un service hospitalier. Ce sera le précieux état de base qui sera transmis aux soignants. Le point de départ, c'est la présence: être là, par le corps et la pensée, sans projet, sans attente. Cette disponibilité est ressentie physiquement par le patient: il regarde. Le contact-regard établi, (il faut parfois aller le chercher dans une posture très basse) la rencontre peut avoir lieu. Parfois il est nécessaire de manifester sa présence par un léger effleurement du bras ou une voix à la fois franche et douce en évitant le registre aigu. Demander le contact, l'attendre. « Frappez et l'on vous ouvrira » C'est dans cette proximité que l'échange commence. Pour ces personnes qui sont bien souvent très inquiètes d'arriver là, amenées par des ambulanciers, accueillies par l'infirmière, qui est repartie en leur demandant d'attendre, c'est une occasion de déposer leur inquiétude. Ensuite, l'art-thérapeute peut se présenter, le plus souvent et le plus simplement comme musicienne.

«Dans toutes les relations humaines, deux grandes zones silencieuses apparaissent: avant et après la parole. Avant, on n'a pas encore parlé, on se trouve dans un état de pudeur qui permet

à la parole de naître du silence, donc d'être plus forte en évitant le discours, l'explicatif (...) »[56]

2.2.1.2. L'art-thérapeute propose une activité qui mobilise l'attention du patient.

En jouant de la musique, dans les espaces communs, il s'agit, comme le dit Fabrice Chardon[57], de provoquer une envie de savoir et de faire. Et c'est là un premier critère : la personne manifeste-t-elle un quelconque intérêt pour les instruments ou le son ? Et si sa réaction est dans la fuite ou l'évitement, c'est une forme de communication.

Puisque notre but est toujours d'apaiser un comportement(*) inadapté, c'est le corps moteur qui nous intéresse en premier lieu : la façon dont il se meut, dont il agit sur les objets, ses manifestations vocales et son expressivité. D'un premier abord, la musique se passe d'explications, c'est pourquoi elle nous a été si précieuse.

- l'art-thérapeute est reconnaissable:

La règle de l'hôpital est de porter une blouse pour se protéger et aussi pour marquer une appartenance à l'équipe de soin. En accord avec le médecin responsable du service, le choix se porte sur une blouse de couleur vive bleue verte, avec des éléments de tissu rapportés qui évoque la nature et qui peuvent être retirés. Ce « costume » permet à l'art-thérapeute d'être identifiée à la fois comme membre de l'équipe pluridisciplinaire et comme intervenante différente. Cela se montrera très utile auprès des patients, de leurs familles, mais aussi de tout le personnel médical qui passe par le service. Le caractère esthétique de la blouse sera souvent source de surprise et d'amusement auprès des patients.

- le violoncelle est un repère majeur.

Instrument mélodique s'il en est,comme le dit Claire Oppert dans son mémoire « La voix du violoncelle chante et parle tout à la fois (...) »[58]

L'instrument est aussi suffisamment rare pour être immédiatement source d'intérêt et de questionnement. Il n'est pas identifié d'entrée, souvent confondu avec le violon ou la guitare. Il sert d'entrée en matière musicale : « Ah ! Vous allez nous jouer quelque chose ! » promesse d'un moment de plaisir passé ensemble.

Mais une fois ce premier cap franchi, la dominante(*) artistique pouvait varier en fonction de la réponse du patient et de son goût : de l'écoute au chant, du chant à la poésie(*), de la poésie(*) à la peinture, de la peinture à la musique, sans oublier la danse.

2.2.2. <u>La prise en charge en art-thérapie peut se dérouler à tout moment et partout.</u>

2.2.2.1. L'art-thérapeute est intégrée à toutes les activités du service.

Comme sa mission est d'apaiser les troubles du comportement(*) au moment où ils se produisent, elle intervient là où il y a besoin et quand il y a besoin, dans le couloir, pendant le repas, dans la chambre, dans les espaces communs. La réunion de synthèse du matin a permis déjà de se préparer à rencontrer certaines personnes dont la nuit a été difficile par exemple ou qui ce matin sont très en demande de relation. Concrètement, dans la salle appelée « salle à manger » parce qu'elle est meublée comme une salle à manger des années 50 comme nous l'avons dit, des instruments de musique sont disposés sur la table. Ce sont de petites

56 LECOQ, Jacques. *Le Corps Poétique* (en collaboration avec Jean-Gabriel Carasso et Jean-Claude Lallias). Arles: éditions Actes Sud Papiers,1997. p. 41

57 CHARDON, Fabrice. L'évaluation en art-thérapie à dominante musicale auprès d'une personne âgée démente. In *L'évaluation en art-thérapie*. Issy-les-Moulineaux : éditions Elsevier-Masson, 2007. p. 56.

58 OPPERT, Claire : *Une expérience d'art-thérapie à dominante musicale dans une unité de soins palliatifs*, Tours: Université de Tours, AFRATAPEM. 1 vol. 71 p. Mémoire: Art- thérapie: AFRATAPEM: 2011. p.26.

percussions, une kalimba (piano à pouces), des flûtes, un concertina, un harmonica, une guitare, alternance d'instruments issus de nos traditions populaires et d'objets plus insolites. Le violoncelle se joue soit dans cette pièce ou dans le hall d'entrée, face au couloir qui mène aux chambres, parfois mais plus rarement dans la chambre du patient. L'ordinateur placé sur un chariot et muni d'une connexion internet permet d'accéder à différentes versions de morceaux de musique et de poèmes.

La proposition de venir écouter ou faire de la musique a pratiquement toujours été acceptée par les patients, l'art-thérapeute était le plus souvent reconnue sans difficulté et accueillie favorablement, même dans les moments très agités.

A certains moments, la musique a été utilisée à des fins d'animation, notamment pour des petits groupes, en présence des familles ou pour faire attendre le repas. Il s'agissait alors de détendre l'atmosphère, de la rendre propice aux échanges. S'il n'y avait pas alors évaluation d'items, beaucoup d'informations pouvaient être recueillies.

2.2.2.2. L'impact de la pratique artistique est perçu immédiatement et change le regard sur le patient.

L'activité artistique est une sorte d'interface entre le patient et le soignant. Elle contribue à la reconstitution d'un ordre endommagé en sollicitant des potentialités restantes d' émerveillement, d'intérêt, de réjouissance. La disposition du service fait que l'activité musicale se déroule parfois au vu des soignants qui perçoivent aussi la musique. Se créaient alors une connivence, une complicité, même si la séance était interrompue, c'était l'apparition du -**8**- traitement mondain. (*voir supra le schéma de l'opération artistique, p.23.*)

S'il l'on conçoit que le comportement(*) est l'expression d'un trouble, donc d'une pénalité chez le patient, il est aussi responsable d'une souffrance chez les aidants. L'apaisement du comportement(*) provoque un double soulagement : un répit physique (diminution de la logorrhée, ou des déambulations) et un répit psychique (rétablissement d'une communication cohérente et sensée). Si la restauration de l'estime de soi est un objectif thérapeutique très fréquent en art-thérapie(*), la restauration de l'estime de l'autre a été remarquée par l'équipe soignante qui a instauré avec l'art-thérapeute un dialogue très fructueux à la fin de chaque journée.

2.2.2.3. Le protocole est une esquisse : ce que l'art-thérapeute a prévu n'arrivera pas.

Les prises en soin sont individuelles, mais il arrive qu'un autre patient s'invite à la séance.

Il est impossible de prévoir un nombre de séances, ni le moment où elles auront lieu, ni l'endroit, ni la périodicité. Tout essai dans ce sens est contredit par les faits. Pour apprécier l'effet de l'activité artistique sur l'état des patients, leur humeur, les manifestations corporelles, les expressions du visage sont observées et notées sous forme de récit et de fiches de cotations d'items et de faisceaux d'item rédigés juste après la séance.

2.3. Deux études de cas témoignent de cette adaptation et de ses limites.

2.3.1. <u>Mme H. est hospitalisée du 31/01/13 au 13/02/13.</u>

2.3.1.1. Mme H. arrive dans le service avec une maladie qui évolue depuis 2005.

Mme H. était venue consulter une première fois en 2005 pour des troubles de la mémoire avec son mari.

En 2006, une première hospitalisation ne permettait pas de mettre clairement en évidence une maladie d'Alzheimer. L'avis psychiatrique concluait à plus d'apathie dans le cadre de pertes

cognitives qu'à de réels éléments dépressifs. Puis la même année, une évaluation psychométrique réalisée par l'orthophoniste retrouve des troubles de la mémoire épisodique évoquant un profil hippocampique associés à un manque du mot et une réduction de la fluidité verbale. Il n'y a pas d'apraxie évidente mais l'ensemble des troubles est plutôt en faveur d'une démence(*) de type Alzheimer. L'IRM(*) pratiquée en même temps montre une atrophie cortico-sous-corticale associée à des hyper signaux de la substance blanche.

A la consultation suivante, Mme H. présentait des troubles thymiques importants. Sa mémoire et son langage étaient davantage altérés.

Le médecin informe Mme H. et son mari que le diagnostic de maladie d'Alzheimer peut alors être retenu. Mme H. n'a posé aucune question supplémentaire. Une proposition de stimulation cognitive par une orthophoniste lui est faite.

En 2007, il apparaît que le suivi orthophonique la satisfait beaucoup. Mais les idées dépressives sont au 1er plan : « je sais que ça reviendra pas comme avant, je ne suis plus ce que j'étais. » elle pleure pendant toute la consultation.

En 2008, un an plus tard, elle n'est pas venue à la consultation.

Le CMP envoie un courrier inquiétant. M. H. a demandé l'arrêt des visites à domicile. Mme H. refuse de se rendre à l'hôpital de jour.

2.3.1.2. Mme H. présente des troubles importants qui rendent impossible son maintien à domicile.

Née en 1929, son dossier médical fait état d'un syndrome dépressif, de trouble anxieux, de troubles cognitifs perçus depuis 2005. Elle présente également un hématome à la jambe droite, suite à une chute. Elle est traitée pour une hypothyroïdie et présentait d'importants troubles de l'humeur. Récemment elle refusait la prise de tout traitement chez elle. Son mari est épuisé et désorienté. Elle vit au domicile avec lui sans aide. C'est lui qui fait la cuisine et les courses. Elle ne fait plus rien et se néglige avec déni. L'éducation thérapeutique est évoquée lors du staff du 6/02 mais semble difficile à mettre en place selon les assistantes sociales.

Mme H. a perdu une de ses filles et l'autre vit à l'étranger. Ses capacités intellectuelles sont altérées. Son discours est incohérent. Elle présente une aphasie(*) importante avec manque du mot et palilalies(*) et même des expressions jargonnantes, mais pas de délire ni d'hallucinations. Elle est très désorientée. Il n'a pas été pas trouvé de facteurs précipitants à ces troubles du comportement(*). Pas de iatrogénie(*), pas de fécalome(*), pas de rétention urinaire, pas de facteur environnemental. Les troubles sont plus présents la nuit sur fond d'insomnie, d'où prescription de psychotropes. L'examen clinique est sans particularité en dehors du défaut d'hygiène.

2.3.1.3. L'indication donnée par l'équipe médicale est d'apaiser la déambulation et l'agressivité.

A son arrivée, elle déambule et cherche le contact. Ses propos incohérents sont très difficiles à comprendre. Son visage est éteint, la bouche tombante, le ton de voix est grave et monocorde avec quelques inflexions expressives. Elle veut communiquer, donner des explications, convaincre à propos de faits importants qui la taraudent. Elle a aussi tendance à « collectionner » les objets qu'elle trouve. Pendant la nuit surtout, Mme H. déambule et devient très vite agressive si on essaie de la ramener dans sa chambre ou de l'empêcher d'aller dans celle des autres patients. Elle pose donc problème à l'équipe et l'on soulève même la question de la contention nocturne.

L'objectif thérapeutique envisagé est donc d'améliorer les capacités de communication de Mme H. dont le langage parlé est incompréhensible en lui offrant l'opportunité d'exprimer ses goûts

et d'avoir un but, ce qui devrait apaiser son anxiété(*) et son agressivité(*).

2.3.1.4. Mme H. montre un goût important pour le chant et la danse.

Dès qu'elle entend la musique dans le couloir, Mme H. s'approche. La dominante(*) musicale semble donc appropriée et d'un abord facile.

- La stratégie envisagée s'appuie sur cette appétence :

(*voir supra le schéma de l'opération artistique p.26*). il s'agira de solliciter son « **avant** », son passé musical pour, à travers la gratification du -**3**- ressentie grâce à la captation -**2**-, susciter le -**5**- éventuellement par « mimage » et mener à la danse. La danse à deux se faisant face à face, le dialogue parlé peut s'installer -**5**- et met en jeu le -**4**- et le -**6**- pour arriver à un -**7**-

La récupération de langage et la danse permettent à Mme H. d'avoir en outre un comportement(*) sociable, adapté, et offre ainsi un répit aux soignants. -**8**- ce qui leur donne l'envie de communiquer avec elle et rompt son isolement. Il y aura toujours alternance d'écoute (contemplation) et de production de manière à ne jamais mettre en échec.

Il y aura 7 séances avec Mme H., réparties sur 10 jours. Il n'y aura pas d'intention sanitaire de sa part, c'est à dire l'expression d'une volonté d'écouter ou de faire de la musique dans un but thérapeutique, mais une intention artistique manifeste. Les séances dureront en moyenne entre 30 et 45 minutes.

- L'observation des séances montre Mme H. sous un nouveau jour.

A la 1ère séance, elle vient spontanément dans la salle à manger où nous sommes en séance d'écoute avec deux autres personnes. Elle jargonne incessamment mais les patients restent impassibles et calmes. Mme H. touche le bas de son visage et son cou, elle parle d'école. Puis, elle interrompt son flot de paroles et se met à chanter « la vie en rose. » avec toutes les paroles.

De la séance 1 à la séance 4, Mme H. montre un grand désir de participer malgré une grande labilité. Elle chante et danse. Son corps est fluide. Elle déambule, a quelques difficultés à fixer son attention malgré l'intérêt qu'elle porte aux différents instruments. Elle reste dans l'Art I pour tous les instruments « étrangers » mais s'installe volontiers au violoncelle où elle essaie de tirer des sons de l'instrument et y parvient. Elle montre même beaucoup de persévérance pour parvenir à un son qui lui plaise. Ce qui suppose une activité mentale très importante et le passage de l'Art I à l'Art II. A la séance 2, pendant la danse, elle parle de ses parents et de ses frères et sœur dans un langage pertinent. Elle a du mal néanmoins à donner leur métier et utilise des périphrases. Il semble que la détente corporelle et le plaisir manifesté par des sourires remette de l'ordre dans son discours.

Le jour de la séance 3, elle a eu une nuit particulièrement difficile et éprouvante pour elle et les soignants. Cette séance sera une des plus longues et durera 50 minutes. Au début elle est dans une grande agitation avec un langage incohérent mais qui traduit tout de même son indignation. Les tensions corporelles notamment dans ses mains l'empêchent d'effleurer la guitare de manière satisfaisante. Le lendemain de cette séance, il est noté dans les transmissions qu'elle s'apaise en chantant toute seule.

Six jours se sont passés entre la séance 3 et 4.

A la séance 4, elle vient dans la salle en parlant d'un ton indigné mais les mots ne sont pas

justes. Le ton de la voix lui est sans équivoque. Petit à petit les mots deviennent cohérents. Elle a beaucoup de difficultés à gratter la guitare parce qu'il y a trop de tension dans les mains. Une décontraction est proposée pour détendre les doigts, la main et l'épaule avec des consignes répétées qu'elle ne semble pas comprendre mais qu'elle applique petit à petit. Au bout de 10 minutes, la détente est obtenue avec la main gauche puis avec la main droite. La logorrhée ne s'apaisant pas, la respiration profonde lui est proposée par imitation avec ensuite reprise de sons vocaliques. Elle a alors les mains et les bras posés et respire profondément en vocalisant. Elle s'amuse de ces sons en ayant un œil par la porte entrouverte « ils vont croire qu'on est fortes » puis « ils vont croire qu'on est folles ». A ce moment elle ne parle qu'à bon escient et quand la guitare lui est à nouveau proposée, elle peut tirer des sons « à vide » harmonieux, se corriger selon le résultat et apprécier : « tiens, celui-ci n'était pas mal ! »

La séance 5 est proposée à Mme H. pour désamorcer un conflit avec une soignante, Mme H. prenant les instruments de musique posés sur la table et les mettant dans sa poche. Elle reprend les grands mouvements de respiration pour s'apaiser devient souriante et se met à chanter, puis à danser. Reprenant ensuite le violoncelle, elle en joue pendant 15 minutes et se met à chanter en même temps. Au début ce sont des sons inarticulés, elle vocalise sur le A et le OU. Elle s'appuie sur les notes qu'elle joue pour chanter (juste) ce qui est normalement très difficile. Son visage prend une expression de ravissement. Son corps est extrêmement bien placé dans une posture très équilibrée. Prendre le temps de s'engager ainsi dans l'activité, de vouloir et de faire, c'est se sentir suffisamment en confiance et confortable dans son ressenti et sa structure corporels pour s'affirmer: à ce moment, sa présence était intense.

L'art-thérapeute placée en face d'elle commence à vocaliser avec elle, ce qui la fait sourire. Elle écoute et apprécie la production commune. L'entente s'instaure entre les deux. Elle termine la séance en chantant « Plaisir d'amour » avec toutes les paroles. Deux soignants viennent écouter et manifestent leur surprise.

Les deux dernières séances seront paisibles. Mme H. souriante et calme répond de façon cohérente à des questions simples, chante le répertoire qu'elle aime et continue de chantonner après la séance avec les soignants.

2.3.1.5. L'évaluation des séances repose sur l'observation de la détente corporelle, du langage et de l'implication relationnelle.

Les faisceaux d'items étudiés sont regroupés dans des graphiques permettant de visualiser facilement l'évolution. Ces graphiques ont en abscisse les numéros de séances et en ordonnée les cotations d'items et de faisceaux d'items, de 1 à 5.

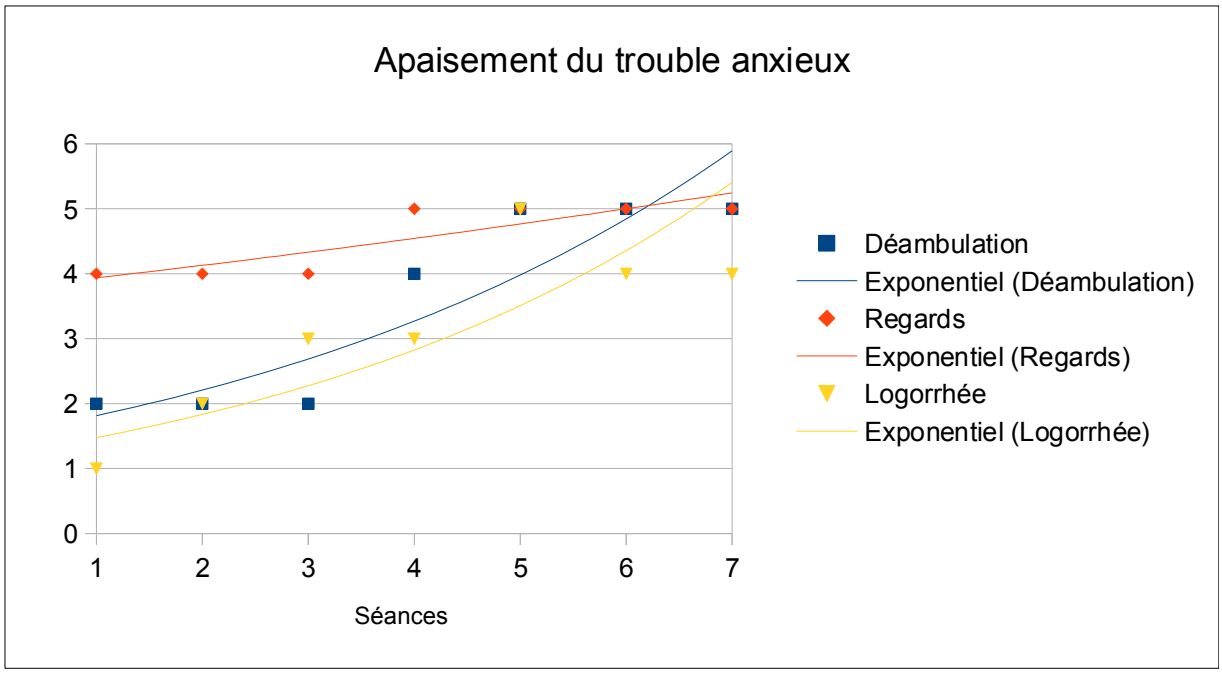
- Un premier faisceau d'items évalue l'apaisement du trouble anxieux.

Le premier critère objectif est d'observer l'apaisement des troubles moteurs, en particulier la déambulation. A chaque séance, l'intérêt que suscite la musique parvient à réduire puis à faire cesser ce comportement(*). La détente corporelle est également observée: tension des épaules, respiration calme, voix posée, détente du visage (front, yeux, pommettes, mâchoire.)

Le deuxième critère est l'apaisement de la logorrhée: la présence de jargon, de palilalies(*), l'adéquation du discours.

Le troisième critère est l'évaluation de l'attention marquée par le regard et la réponse aux sollicitations.

Ces trois éléments sont présentés dans le premier graphique: apaisement du trouble anxieux. La présentation de la courbe est en mode exponentiel pour montrer la progression sur un nombre relativement restreint de séances.



Observation du trouble anxieux : cotation des items :

	Déambulation	Logorrhée	Regards
1	incessante	ininterrompue	non orienté
2	fréquente	Fréquente / perturbante	1 fois
3	entre 2 et 4 fois	3 fois par séance.	2 fois
4	1 fois par séance	1 fois par séance.	3 fois
5	absente	absente	toujours orienté

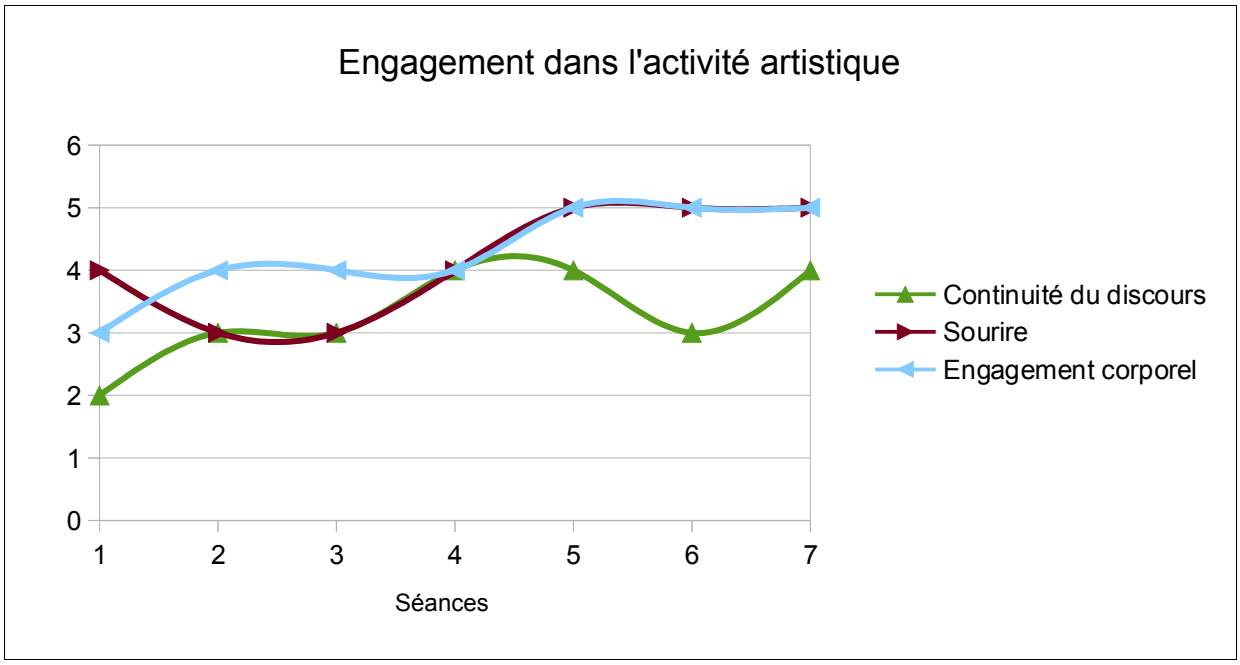
- Un autre faisceau d'items évalue l'engagement dans l'activité artistique.

La continuité, la qualité du discours, sa pertinence, son contenu plaintif ou informatif et sa cohérence sont observés.

L'humeur et de la qualité de la relation à travers des gestes iso-accompagnants (le non verbal), ainsi que de l'impact émotionnel repéré (le hors verbal) qui peut s'observer par dans les signes manifestes de plaisir comme le sourire avec orientation du regard. dans la qualité du grain de la voix, son expressivité, son ajustement avec le discours.

L'engagement corporel dans l'activité artistique est observé, la capacité à utiliser l'instrument notamment la guitare et le violoncelle, son instrument de prédilection. positionner l'instrument entre les genoux, utiliser l'archet pour faire sonner les cordes, utiliser la main gauche pour changer les notes. Ainsi que son engagement vocal, signe d'affirmation de soi et de confiance en soi qui s'appuie sur un ressenti corporel et une structure corporelle équilibrés.

Ces faisceaux d'items permettent de mesurer l'impact de l'activité artistique sur son humeur et sont présentés dans le deuxième graphique ci-après « engagement dans l'activité artistique. »



Engagement dans l'activité artistique : Cotation des faisceaux d'items

	Discours	Sourires	Engagement Corporel
1	incompréhensible	absence	inexistant
2	incohérent	1 sourire	esquissé
3	troublé	2 ou 3	perceptible
4	cohérent	fréquent	affirmé
5	pertinent	radieux	prépondérant

En fin de séance, une ébauche d'autoévaluation par le cube harmonique(*) est réalisée : Mme H. est capable de donner un avis sur sa production en répondant aux questions simples: est-ce que vous trouvez ça beau ? Est-ce que vous trouvez que vous jouez bien ? Est-ce que vous avez passé un bon moment ? Si elle est critique sur le « Bien » elle est très enthousiaste sur le Beau et le Bon. Mais elle ne parvient pas toujours à donner une cotation à son évaluation. Le cube harmonique(*) n'est donc utilisable que partiellement.

Enfin, nous avons pris en compte les réactions des soignants : phrases positives, expression de surprise et d'admiration, tolérance et indulgence plus grande aux déambulations et temps de communication allongé.

2.3.1.6. L'impact de la pratique musicale est observée par l'équipe soignante.

- Les objectifs thérapeutiques semblent atteints en fin de séance :

L'humeur de Mme H. est améliorée, sa déambulation a diminué jusqu'à cesser, son implication relationnelle a été de plus en plus forte avec l'art-thérapeute et se poursuivait

avec les soignants juste après la séance.

Les effets sur le langage sont très positifs mais ne durent cependant pas. Immédiatement attirée par l'activité musicale **-3-**, Mme H s'y engage d'abord par le corps **-5-** et nous émettons l'hypothèse que c'est la gratification reçue au niveau du corps moteur qui remet de l'ordre ou qui stimule les capacités cognitives restantes **-4-**. (*voir supra le schéma se l'opération artistique, p.23-24.*)

Le timbre de voix et l'engagement corporel sont maîtrisés de plus en plus durant les séances.

S'il nous est impossible d'affirmer que Mme H. a une meilleure estime d'elle-même, l'équipe soignante témoigne de ces bénéfices juste après les séances. La limite de la prise en charge reste que ces améliorations ne durent pas plus de quelques heures.

- La musique est utilisée comme moyen de communication en dehors des séances :

Les soignants qui ont eu connaissance des séances pendant la journée ou qui y ont assisté utilisent plus facilement le chant avec Mme H. Mais ce n'est pas le cas la nuit . Les réunions de synthèse quotidiennes permettent de savoir que la musique en tant que telle n'est plus utilisée en fond sonore mais comme support d'une éventuelle relation personnelle.

Mme H. sortira le 13/02, avec l'accord de son mari, pour une institution, son retour à domicile n'étant plus possible, étant donné le degré de sévérité de sa maladie. Il n'est pas certain qu'une activité artistique soit proposée au sein du nouvel établissement bien que l'équipe soignante ait noté dans ses transmissions l'impact de la musique sur Mme H.

2.3.2. <u>Mme M. est hospitalisée du 11/02/13 au 28/02/13.</u>

2.3.2.1. Mme M. est atteinte d'une maladie d'Alzheimer diagnostiquée depuis 2008.

- L'histoire de la maladie.

Née en 1934 en Tunisie, Mme M. a perdu sa mère jeune. Sa belle-mère partie, elle a dû s'occuper des petits. Son père était infirmier et elle voulait être laborantine. Finalement, elle devient comptable puis se marie et suit son mari en métropole, à Orléans. Elle a 5 enfants, son mari est cheminot et souvent absent. Elle a des antécédents de dépression avec hospitalisation.

En 2001 elle consulte un neurologue parce qu'elle se plaint de troubles de concentration, de perte du mot et de perte de confiance mais poursuit normalement ses activités.

Elle consulte trois fois en 2008 à l'hôpital d'Orléans pour des troubles de mémoire très intenses et des troubles attentionnels, se plaignant par exemple d'être sans cesse obligée de revenir en arrière lorsqu'elle lit. « je ne peux plus recevoir 8 personnes car je panique en servant. »

En 2009, le diagnostic de maladie neurodégénérative se précise avec une scintigraphie qui met en évidence de petites atteintes perfusionnelles dont la topographie pourrait être compatible avec une maladie d'Alzheimer débutante.

Elle est suivie par un orthophoniste. Son mari a un cancer du colon et elle se demande s'il a compris ce que qu'elle a. Elle exprime sa peur de la maladie d'Alzheimer et sa colère. Elle dit qu'elle est en retard sur tout à la maison et qu'elle pleure souvent. « Je deviens bête. Je

ne trouve pas la cohérence dans le film. Je suis brisée. Cassée. Je fais des efforts ça m'échappe. »

En 2010, la présence de biomarqueurs spécifiques dans le liquide céphalorachidien confirme la maladie d'Alzheimer. Ce diagnostic est discuté avec elle et son mari. Il lui est proposé de poursuivre la prise en charge orthophonique et elle est consentante pour participer à un éventuel protocole de recherche avec le CMRR.(Centre Mémoire Ressource et Recherche) de Tours.

Mais elle a de plus en plus de difficultés dans la vie quotidienne. Elle est irritable, a des idées délirantes, est en conflit avec son mari, en perte d'initiative avec un tendance à l'apathie et de nombreuses nuits sans sommeil.

L'accueil de jour est mis en place en 2011.

L'orthophoniste note en 2012 qu'elle arrive très désorientée à chaque séance et prend très peu d'initiatives personnelles. Les troubles du langage s'accentuent. Inquiète, elle s'apaise dès qu'on lui propose un exercice de stimulation cognitive. Elle coopère sans difficulté, maintient son attention durant toute la séance et fait même preuve de capacités étonnantes.

Elle entre en EHPAD(*) avec son mari en 2012. Là elle est perçue comme très désorientée, répétant « je suis perdue » constamment en sollicitant toutes les personnes mais elle est conciliante pour les soins, agréable et peut encore bien communiquer avec l'équipe soignante. Elle exprime un sentiment de perte d'identité(*) à travers les pertes de souvenirs. « on m'a retiré ma vie » elle a un sentiment d'enfermement et de grande solitude quand son mari n'est pas là.

2.3.2.2. Finalement, Mme M. arrive à l'U2A à la demande du médecin de l'EHPAD où elle se trouve.

L'indication évoque les troubles du comportement(*) aggravés, l'anxiété(*), l'agressivité(*) et la désinhibition, ainsi que l'augmentation de la désorientation. D'autre part, l'état de santé de son mari s'étant détérioré, il est hospitalisé et Mme M. est très inquiète pour lui.

La première fois que nous nous rencontrons, à son arrivée, elle répète sans arrêt « je suis perdue » et « d'accord ». C'est une personne soignée, maquillée et bien habillée. Elle sourit mais son visage exprime une grande angoisse. Elle mange ses doigts (les enfonce profondément dans sa bouche) et les passe sur ses lèvres tout le temps. Elle marche seule et sans aide, à petits pas rapides. Elle s'approche pour écouter le violoncelle et dit que c'est beau, le violoncelle. Elle reconnaît « Mme Butterfly » et le « Cygne » de St Saëns. Elle répète en boucle « Qu'est ce que je fais ? », « je suis perdue ». Pourtant elle réussit à parler de ses cinq enfants et notamment de sa fille qui vit à la Réunion. Elle ne se souvient plus de son métier. Sa voix est hésitante et aiguë avec un timbre légèrement fêlé et peu d'inflexions expressives. Le discours encore cohérent, est envahi de stéréotypies. Le regard est écarquillé, et très mobile, instable. Les épaules raides.

2.3.2.3. L'objectif thérapeutique est d'apaiser son anxiété et de restaurer la confiance en soi.

Lors des transmissions du matin, il est indiqué que Mme M. demande beaucoup d'attention, ce qui n'est pas toujours possible. Il n'y a aucune trace d'agressivité(*) ni vis à vis des soignants ni vis à vis des autres patients. Par contre, elle va et vient dans le couloir en permanence, à la recherche d'un contact et d'une réassurance. Elle ne peut rester plus de 10 secondes assise.

L'objectif général est de calmer l'angoisse de Mme M. (son mari est hospitalisé et la séparation l'inquiète beaucoup) et de l'aider à dédramatiser son avenir en lui permettant de savourer le

présent.

2.3.2.4. La stratégie envisagée amène à changer de dominante.

Pour parvenir à notre objectif thérapeutique général, nous visons comme objectif intermédiaire de fixer l'attention de Mme M., travailler sur le « **avant** » et le **-6-** le savoir-faire, pour grâce à la gratification ressentie en **-3-** supérieure au malaise antérieur, enclencher le **-4-** (mémoire ancienne préservée, mémoire procédurale, capacités d'appréciation) et améliorer le **-5-** (langage et poussée motrice qui s'avèrent désorganisés). (*voir supra le schéma de l'opération artistique p.23.*)

Même si la musique a été le facteur déclenchant, Mme M. qui était très sensible à l'écoute, trouvait qu'elle n'arrivait pas à bien faire. Elle se censurait sans arrêt. Bien qu'ayant joué du piano dans sa jeunesse, le « clavinova » dont elle pouvait disposer ne la satisfaisait pas, son toucher étant bien trop différent. Les autres instruments de musique ne l'inspiraient pas ou elle ne se sentait pas capable de les essayer. Elle était trop peu sûre d'elle-même pour se laisser aller à la simple gratification archaïque de l'Art I.

Mme M. participera à 12 séances d'art-thérapie(*) du 06/02 au 27/02. La durée des séances est très variable. Mme M. est facilement perturbée par tout élément surprenant. Mais le plaisir esthétique qu 'elle ressent à l'écoute d'un poème ou d'une musique, elle l'exprime par sa détente corporelle, son absence de mots parasites et par l'expression: « que c'est beau ! » S'impliquer dans la chose bien faite et qu'elle se reproduise dans le temps, cela implique la confiance.

De la séance 1 à la séance 3, elle essaye, elle tente les différents instruments, revient volontiers à l'écoute de chansons dont elle connaît les paroles. Elle sourit souvent. Sa culture musicale et poétique est étendue. Néanmoins, la santé de son mari reste une préoccupation majeure. Dès la 1ère séance elle dit qu'elle a mal en montrant sa bouche. Son geste de se mordre les doigts était interprété comme une manifestation de grande anxiété(*) dans l'EHPAD(*) où elle se trouvait ! Cette information est transmise à l'équipe qui la confirme et en tient compte. Un rendez-vous chez le dentiste est programmé : son appareil dentaire était totalement inadapté.

A la séance 4, alors qu'elle était extrêmement agitée, elle décide de lire à haute voix de la poésie(*) en gros caractères sur l'ordinateur. Elle a choisi Baudelaire. Elle corrige d'elle même ses erreurs de lecture et dit « je suis fière de moi. Mais je pourrais faire mieux c'est un peu saccadé. » La séance s'arrête au bout de 30 minutes car elle est fatiguée.

La séance 5 est très courte. Mme M. est très agitée et presque en larmes. Elle essaie cependant de lire de la poésie(*) mais les nombreux passages des soignants dans la pièce rendent impossible toute concentration. Mme M. ne tient pas en place et se frotte le visage frénétiquement.

La séance 7 est une séance d 'écoute musicale (Schumann, Debussy, Déodat de Séverac, Satie et Beethoven autour du thème du Clair de lune.) que vient interrompre l'agitation d'une autre patiente. La sollicitude de Mme M. envers cette dernière se teinte d'angoisse et d'impuissance et lui font appeler à l'aide les infirmières. Il faudrait faire attention à tout, être dans une infinie précaution de toutes les interactions possibles, et c'est impossible. Le moindre bruit peut être source de détresse, d'incompréhension, de panique. Ce qui nous est immédiatement perceptible lui parvient déformé, amplifié, ce qui l'affole. Les quelques instants d'apaisement qu'elle a pu ressentir avec l'écoute du piano alternent avec l'insoutenable angoisse dans laquelle Mme V. enfermée derrière sa tablette, la met. Les nombreux phénomènes associés(*) de la séance deviennent trop présents et la parasitent. Néanmoins cela met en évidence son besoin de se sentir utile et sa capacité à réagir de manière pertinente (appeler à l'aide). La séance se termine paradoxalement paisiblement avec une forte implication relationnelle. Mme M. souhaitant

apprendre à siffler sourit quand elle réussit. Elle s'applique pour cela à imiter l'art-thérapeute, s'amuse de la déformation de leurs visages et parle de la séparation de ses parents qui a interrompu ses études pianistiques.

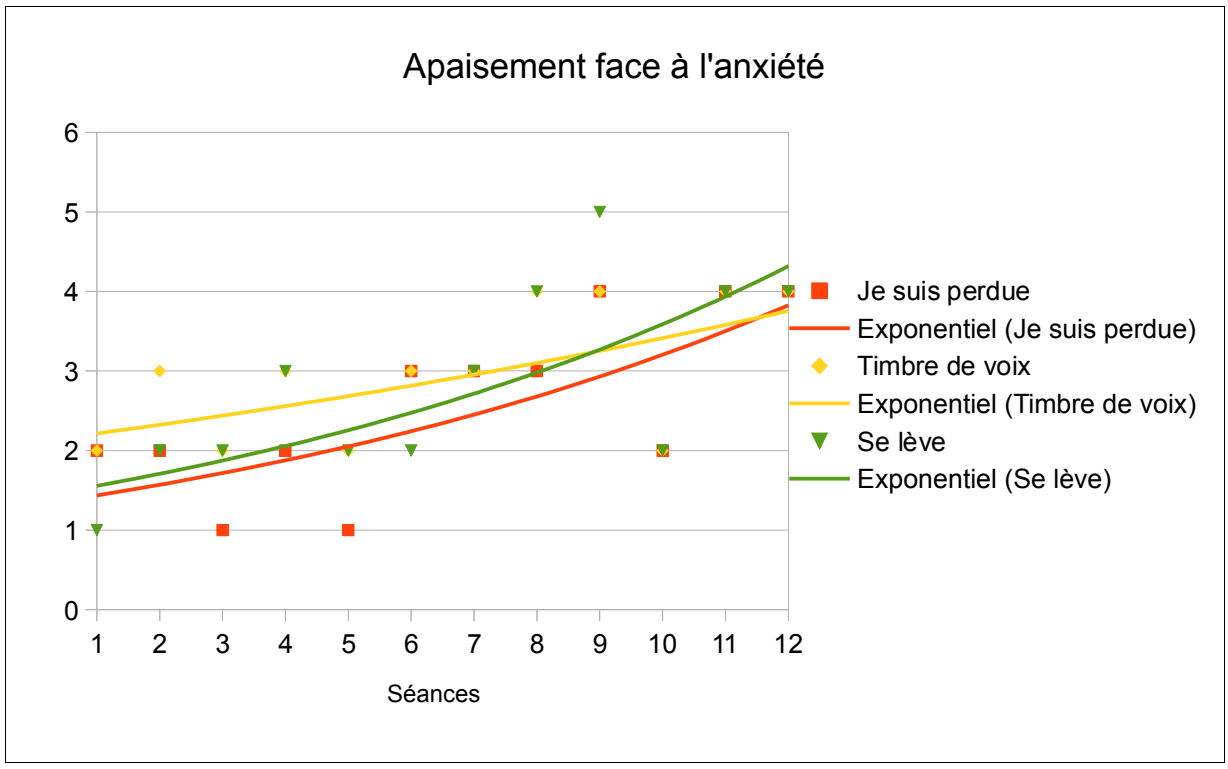
En séance 8 et 9, après un moment d'écoute et de chants traditionnels, dont les paroles sont restées en mémoire, Mme M. s'amuse à vocaliser sur « j'ai perdu le do de ma clarinette » et manifeste ainsi beaucoup d'humour sur son état.

Son intérêt pour la poésie(*) nous a conduit à lui proposer d'en écouter et d'en lire elle-même ou d'en dessiner. Elle pouvait ainsi davantage montrer et maîtriser les savoir-faire. La comparaison avec le modèle qu'elle avait envie de reproduire était facile pour elle. Mme M. s'est toujours montrée capable d'évaluer sa production au moyen du cube harmonique(*) et l'appréciation d'un éventuel public -**8**- a conforté sa confiance en elle.

2.3.2.5. L'évaluation des séances montre une diminution sensible des stéréotypies.

Notre but étant de réduire l'anxiété(*) de Mme M., nous avons essayé d'en définir les signes objectifs : le nombre de « je suis perdue » pendant les séances, ainsi que le nombre de fois où elle s'est levée.

Nous avons également retenu comme item la hauteur de la voix. Plus elle était paisible, plus la voix de Mme M. revenait dans le médium. N'ayant pas enregistré les séances, nous ne pouvons pas produire les ondes sonores qui l'attestent et l'évaluation est donc plus subjective. Le premier graphique ci-dessous « apaisement face à l'anxiété » rend compte de nos observations. La représentation de la courbe est en mode exponentiel pour donner la tendance de l'évolution constatée.

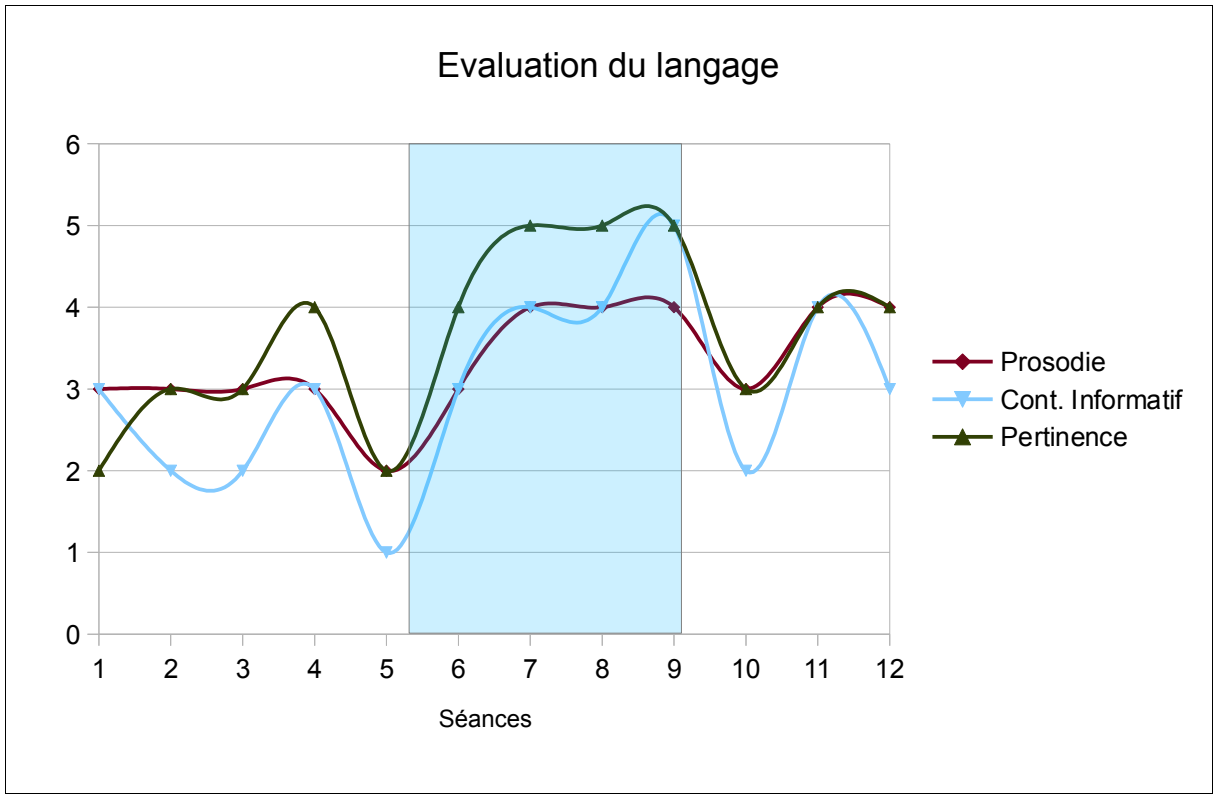


Observation de l'apaisement face l'anxiété : cotation des items :

	« je suis perdue »	Timbre de voix	Se lève
1	plus de 15	aigu – criard	4 fois ou plus
2	entre 10 et 15	aigu	3 fois
3	entre 5 et 10	aigu-medium	2 fois
4	moins de 5	medium-monocorde	1 fois
5	absence	medium-expressif	ne se lève pas

Nous avons essayé d'évaluer la qualité de son langage, en nous inspirant du HDAE[59] des orthophonistes, tant au niveau de la forme (langage lexical, grammatical et syntaxique) qu'au niveau du fond : la richesse du discours, des idées et des associations et également sa pertinence, son adéquation avec le réel, la volonté de communication et/ou de relation. Le deuxième graphique ci-après « évaluation du langage » en donne une représentation.

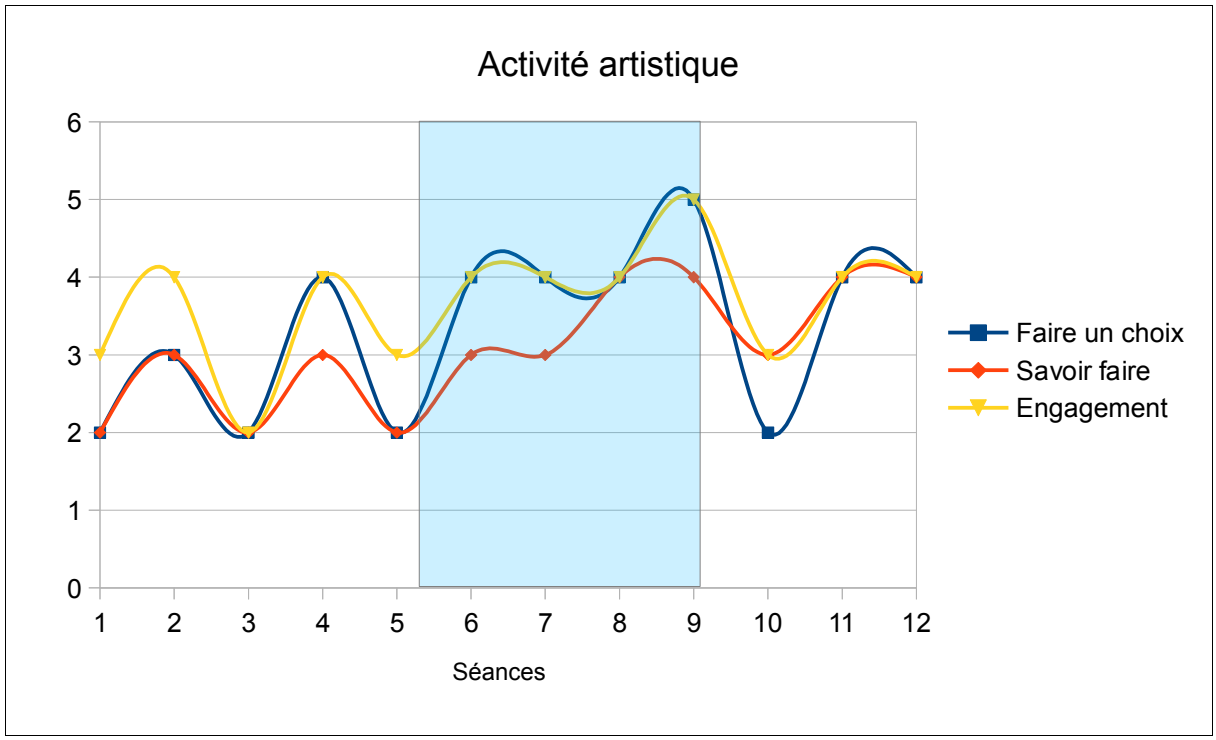
59 LANTERI, Anny, *Restauration du langage chez l'aphasique*. Bruxelles. Coll Questions de personne. Editions De Boeck Université. 1995. p.18.



Observation du langage : cotation des faisceaux d'items :

	Prosodie	Contenu informatif	Pertinence
1	absence de production	sans	jamais
2	bribes	pauvre	rarement
3	phrases courtes	moyen	parfois
4	phrases simples	certain	souvent
5	phrases complexes	riche	toujours

L'observation de l'activité artistique à travers les faisceaux d'items « faire un choix », (choisir une musique à écouter, un instrument de musique ou un poème par exemple), le « savoir-faire » dans la dominante(*) choisie et « l'engagement » dans l'action est représentée dans le troisième graphique ci-après « activité artistique ».



Observations relatives à l'engagement artistique : cotation des faisceaux d'items :

	Savoir faire	Faire un choix	Engagement
1	maladroit	jamais	opposant
2	hésitant	une fois	indifférent
3	normal	parfois	réticent/hésitant
4	bon	souvent	actif
5	maîtrisé	tout le temps	enthousiaste

Enfin l'autoévaluation de Mme M. à chaque séance à l'aide du cube harmonique(*) montre son degré de satisfaction et de gratification dans la contemplation ou la production artistique. Il lui a permis de prendre du recul par rapport à cette activité et de se projeter dans un avenir en espérant recommencer.

2.3.2.6. Mme M. révèle des capacités cognitives et artistiques que son entourage croyait perdues.

Le bilan des séances montre que la plainte physique et morale diminue régulièrement de la 1ère à la 12ème séance. Avec un recrudescence à la séance 10. La gratification sensorielle et l'expression du goût augmentent dans le même temps.

Au niveau artistique et esthétique, dans la production et l'évaluation de celle-ci, les séances 7, 8 et 9 ont été les plus gratifiantes et l'amélioration du langage est à son maximum durant ces séances.

L'autonomie dans l'action, la confiance en ses capacités sont aussi les plus grandes durant ces séances. La cotation des items et faisceaux d'item semble montrer qu'il y a une corrélation

entre l'engagement dans l'activité artistique et l'augmentation des capacités de langage. Que ce soit en situation d'écoute ou de pratique musicale et/ou poétique. L'apaisement de l'anxiété(*) suit la même tendance.

Les séances 5 et 10 qui ont été très perturbées montrent par contre un effondrement du langage et de l'activité artistique. L'histo-thymogramme réalisé dans l'unité montre à la même date relève un pic d'anxiété(*) et d'agitation.

Mme M. a montré de grandes capacités d'écoute et d'admiration pour la beauté des œuvres qu'elle entendait ou voyait. Le changement de dominante(*) attisait sa curiosité et la stimulait. Cela lui a permis de sortir de ses stéréotypies. Cependant ses capacités cognitives étaient suffisamment bonnes pour tempérer voire inhiber son engagement corporel: elle se critiquait souvent et retenait les gestes expressifs que son extrême sensibilité lui faisait esquisser. (le -**4**- inhibe le -**3**- et le -**5**- et par voie de conséquence le tâtonnement qui d'essais en erreurs, mène à l'amélioration du -**6**- (le savoir-faire.)

Le fait qu'elle puisse encore lire à haute voix et de manière sensible des poèmes de son choix a été particulièrement surprenant pour l'équipe soignante ainsi que ses essais en art plastique. Son goût pour ces activités artistiques et leur impact sur son comportement(*) ont été signalés dans le dossier médical afin qu'il en soit tenu compte dans l'EHPAD(*) où elle est retournée le 28/02/13 après 18 jours d'hospitalisation.

En conclusion, les objectifs thérapeutiques d'apaisement des troubles comportementaux ont été atteints partiellement pour ces deux personnes. A l'évidence, les séances d'écoute ou de pratique musicale ont calmé sur le moment les manifestations envahissantes de leur anxiété. Elles ont aussi permis d'éclairer sous un jour nouveau leur personnalité en mettant en évidence leur amour du Beau. Pour autant, les effets bénéfiques n'ont pas duré, même si une certaine empreinte semblait encore présente quelques heures plus tard au dire des soignants. Le temps de la prise en charge a été bien court pour mettre en place une stratégie pertinente en vue d'effets à long terme. Ce sont justement des difficultés et des opportunités d'une prise en charge de patients dans une unité de soins aigus que nous allons discuter dans la troisième partie.

3. L'art-thérapie dans une Unité de soins aigus Alzheimer (et apparentés) en urgence.

L'urgence est ce qui ne peut être différé sous peine de conséquences graves.

Un service d'urgence accueille de manière non planifiée des personnes dont l'état présente une dangerosité ou qui demandent des soins immédiats pour obtenir une amélioration. Sa mission première est de faire face à une crise.

Dans cette troisième partie nous discuterons de la manière d'envisager cette crise et son rapport au temps. Nous examinerons les difficultés d'une prise en charge art-thérapeutique dans un tel contexte et les opportunités qu'elle offre. Enfin nous verrons dans quelle mesure le patient peut être considéré comme objet de soin ou comme sujet de soin et le positionnement du thérapeute qui en découle.

Voici un tableau qui synthétise cette discussion :

<table>
<tr><td colspan="2">Etat de base :
LA CRISE
Nécessité d'agir</td></tr>
<tr><td>AGGRAVATION
➔ Le comportement(*) est pathologique : Action rapide
• évaluer
• ajuster
• sédation
➔ Musique nocive</td><td>OPPORTUNITE DE CHANGEMENT
➔ Le comportement(*) est une mauvaise qualité de ressenti : Action immédiate
• évaluer
• ajuster
• apaisement
➔ Musique accompagnée</td></tr>
<tr><td colspan="2">TEMPORALITE</td></tr>
<tr><td>TEMPS OBJECTIF
➔ Durée d'hospitalisation courte
• pas de cadre thérapeutique
• pas de séance en nombre suffisant
• pas d'évaluation des effets à long terme
➔ Impossible de communiquer</td><td>TEMPS SUBJECTIF
➔ Temps vécu
• le kairos : l'occasion
• les surprises de la séance
• l'évaluation par les soignants
➔ La communication est toujours possible</td></tr>
<tr><td colspan="2">OBJECTIFS</td></tr>
<tr><td>POSITIONNEMENT ETHIQUE
➔ Objet de soin
• ne pas nuire
• protection
• animation ou culture à l'hôpital
➔ Distance</td><td>POSITIONNEMENT ETHIQUE
➔ Sujet de soin
• capable de montrer sa personnalité
• capable de montrer son goût
• capable de faire un choix
➔ Relation</td></tr>
</table>

3.1. L'art-thérapie n'est pas indiquée dans la prise en charge en urgence des personnes atteintes de démence sévère.

3.1.1. L'arrivée dans une unité de soins aigus est le signe d'une aggravation.

Il y a les Urgences, les Urgences gériatriques, les Urgences psychiatriques et les Urgences Alzheimer. Le patient peut être vu aux Urgences, en urgence. Il peut s'agir d'une demande de la famille, des voisins ou du médecin traitant. Y-a-t-il un problème sanitaire urgent (chute, problème cardio-vasculaire, infection...) et en ne traitant que ce problème médical, ne va-t-on pas passer à côté d'une difficulté sous-jacente qui resurgira forcément plus tard ?

La maladie neurodégénérative pose un problème à la fois médical et social. On ne peut pas la guérir et elle provoque des perturbations relationnelles. Comme le dit Agnès Michon[60], la crise survient lorsque les stratégies habituelles utilisées pour résoudre ces problèmes s'avèrent inefficaces, d'où un débordement qui se traduit par l'émergence d'un symptôme qui devient insupportable. L'hospitalisation d'urgence est un moyen de soulager les proches ou l'établissement devenus impuissants. Les motifs d'admission sont médicaux dans 80% des cas[61] mais un autre facteur est déterminant, c'est l'absence d'alternative. Il est important de noter que l'avis du patient est de moins en moins pris en compte avec l'avancée en âge. Nous y reviendrons.

Le plan Alzheimer 2008-2012 prévoit dans sa mesure 16, la création des Unités d'Hébergement Renforcés au sein des EHPAD(*) et des USLD(*) mais ils sont en nombre encore insuffisant. Quant aux unités Aiguës Alzheimer, elles sont plus rares encore comme nous l'avons vu, alors qu 'elles représentent une véritable nécessité pour faire une évaluation en cas d'aggravation subite des troubles. En étant rattachées à un service de gériatrie, elles donnent accès au plateau technique nécessaire à une bonne investigation médicale tout en offrant une plate-forme de répit dont les règles d'hébergement sont plus flexibles. Le répit est favorable à la réflexion.

3.1.1.1. Le comportement aberrant est le symptôme d'une pathologie.

Selon la grille AGGIR, le comportement(*) définit les aptitudes quotidiennes ; fait, fait avec aide, ne fait pas. Nous avons vu que l'histo-thymogramme de l'U2A répertoriait également les signes objectifs de la pathologie.

Face aux risques encourus par les patients et leurs proches et après l'évaluation minutieuse de l'état du patient, les recommandations de la HAS sont de rechercher l'origine des troubles: liés à l'environnement, propres à la personne ou propres à la maladie. « L'enquête doit rechercher en priorité les causes somatiques et psychiatriques, les facteurs déclenchants et les facteurs prédisposants. »[62]

- L'élément temporel est fondamental : il faut une action rapide.

L'évaluation repose sur un ensemble d'investigations visant à supprimer les causes. Pour cette

60 MICHON, Agnès. *La gestion de la crise dans la démence*.[en ligne] Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement. Vol 4, n°2. 121-5. John Libbey Eurotext, 2006 [consulté le 23/09/13]. Disponible sur le world wide web: « http://www.jle.com/e-docs/00/04/19/8D/article.phtml ».

61 DAVID-BREARD, Anne. *Urgence et maladie d'Alzheimer. Mode de comptabilité.* Rennes, 12/03/2009. [en ligne. Consulté le 02/07/2013.] disponible sur le world wide web : « http://www.sgoc.fr/DIU%20Alzheimer%20Rennes%20Brest/Séminaire%203/A%20David-Breard%20-%20urgences%20et%20MA%20[Mode%20de%20compatibilité].pdf »

62 HAS. *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs.* [en ligne. Mis en ligne le 08 juin 2012. Consulté le 11 mai 2013] Disponible sur le World Wide Web:« http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-06/alzheimer-prisencharge-reco2clics-v1.pdf ».

raison, la prise en charge des patients dans une unité de soins aigus consiste quand même en un certain nombre de gestes techniques.

En urgence, il faut être rapide et efficace: toute l'équipe soignante se mobilise pour comprendre les raisons de l'aggravation des troubles. Une fois les pathologies intercurrentes écartées, et en l'absence de facteur précipitant identifié, seule reste la maladie démentielle. Le traitement médicamenteux reste le moyen d'action le plus efficace : en quelques jours, les ajustements sont possibles pour éviter les effets secondaires et particulièrement une trop grande sédation du sujet. A l'U2A, il est procédé aussi à de véritables « nettoyages d'ordonnances » pour éviter la iatrogénie(*).

Dans ces conditions, l'intervention de l'art-thérapeute est difficile à programmer. Il n'est pas question d'interférer sur les nécessités médicales.

D'autre part, l'état du patient est aléatoire et très dépendant des traitements mis en place par l'équipe médicale pour réduire les symptômes.

- Selon les recommandations de la HAS[63] une sédation rapide doit être effectuée.

Ce sont souvent des psychotropes qui ralentissent le fonctionnement psychomoteur.

3.1.1.2. La musique n'est pas une bonne chose en soi.

- Elle peut être envahissante ou néfaste.

Contrairement à une idée reçue, la pratique qui consiste à mettre un fond musical « pour détendre l'atmosphère » risque d'avoir des effets tout à fait négatifs. D 'abord simplement parce que les troubles cognitifs importants conduisent à une hypersensibilité aux stimuli en particulier sonores. Il est difficile alors de s'adapter et de trier les informations et on ressent la musique comme une agression.

Ensuite, par inadéquation au goût des personnes, à leur thymie. Au mieux elle est inefficace, elle a le même effet lénifiant que la télévision allumée en permanence pour simuler une présence. Au pire, elle déclenche une réaction chaotique défensive qui sera mise sur le compte des troubles du comportement !

- Son effet thérapeutique n'est pas à ce jour prouvé de manière scientifique.

C'est ce que conclut la HAS dans le chapitre consacré aux thérapies non médicamenteuses en précisant que cette incertitude est liée à des difficultés méthodologique dans le cadre de troubles du comportement.

Les études sur l'impact de la musique en cas de lésions cérébrales sont nombreuses mais encore assez rares dans les cas de démences arrivées au stade sévère. Elles sont difficiles à mener en raison des difficultés pour expliquer les consignes de test aux personnes malades et en raison du caractère évolutif de la maladie: comment prouver que les connaissances musicales peuvent être épargnées lors des atteintes démentielles? Comment réaliser une évaluation objective sur un nombre significatif de patients au même stade de la maladie et sur une durée assez longue[64] ?

63 HAS. *Arbre décisionnel du traitement des troubles du comportement perturbateurs* [en ligne] [consulté le11/05/2013] disponible sur le world wideweb: « http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/08r07_algo_maladie_alzheimer_troubles_comportement_traitement_2013-02-26_14-58-45_450.pdf »

64 CUDDY, Lola L. DUFFIN, Jacalyn. *Music, memory and Alzheimer's disease: is music recognition spared in dementia and how can it be assessed ?*[en ligne. Consulté le 18/04/2013] In *Medical hypothesis, 2005.* Elsevier. Disponible sur le world wide web: « http://www.medical-hypotheses.com/article/S0306-9877(04)00515-8/abstract »

3.1.2. Le temps objectif dévolu à la prise en charge est très court.

La pression du facteur temps-durée dans le cas d'une hospitalisation en soins aigus est considérable : Cronos (confondu avec *chronos)* dévore ses enfants. Des facteurs financiers sont en jeu, le prix de journée élevé, mais également l'emploi du temps. Sans parler des demandes d'hospitalisation en attente.

La pratique de l'art-thérapie(*) demande du temps. Or il semble que la structure et les impératifs du service ne permettent pas une prise en soin pertinente en art-thérapie(*).

3.1.2.1. Un cadre thérapeutique stable est garant d'une bonne pratique professionnelle.

- Le cadre thérapeutique est l'ensemble des règles qui régissent l'intervention de l'art-thérapeute :

le lieu, la durée, la périodicité mais également les objectifs, les moyens mis en œuvre et les méthodes, ainsi que les droits et devoirs du thérapeute envers le patient. Il est ce qui nous place sur le même plan que les autres professions paramédicales, le garant du sérieux de notre pratique. Il permet de rappeler des règles communes.

Toutes ces données doivent être expliquées et consenties. L'art-thérapeute dans un service de soins aigus auprès de patients dont le stade de la maladie est sévère se heurte aux difficultés de compréhension inhérents à la maladie. Nous l'avons vu dans la présentation de notre expérience, si le violoncelle et l'activité musicale étaient facilement identifiés, les subtilités de la démarche de soin n'ont pratiquement jamais pu être évoquées. Aucun bilan de fin de prise en charge n' a pu être réalisé.

Fanny Lizion[65] dans son mémoire relate les mêmes difficultés de prise en soin dans une unité d'hospitalisation pour traumatisés psychiques à l'hôpital Tenon à Paris. Si l'art-thérapeute ne dispose pas de lieu spécifique pour exercer sa pratique, pour créer un climat de confiance et donner un espace contenant à des personnes qui manquent singulièrement de repères, il perd de bonnes chances d'arriver à un résultat.

Dans le même ordre d'idée, structurer l'espace temps, donner des repères, ritualiser, apparaît dans toute la littérature comme une nécessité auprès des personnes atteintes de démence(*). C'est également ce qui est conseillé pour toute intervention d'art-thérapie(*) et qui est commenté dans les mémoires sur le sujet.

- La nécessité de faire face à des éléments perturbateurs empêche la distance thérapeutique et l'objectivité.

Le fait d'être en butte aux déambulations des autres patients rend la pratique très difficile. Comment rester objectif et paisible quand la stratégie thérapeutique envisagée est remise en question par les interruptions dues aux autres patients, le passage, l'environnement sonore ? Le problème de la confidentialité se pose aussi. Nous avons vu que lors de la prise charge de Mme M. les allées et venues dans la salle avait généré un surcroît d'anxiété lors de la 5ème séance.

- Le cheminement thérapeutique demande du temps.

Enfin il est évident que la pertinence de l'étude passe par sa durée. Les prise en charge en art-thérapie(*) auprès des personnes âgées peuvent s'étaler sur plusieurs mois et comme dans

65 LIZION, Fanny. *Une expérience d'art-thérapie à dominante théâtre auprès de personnes victimes de traumatismes psychiques*. Tours : Université de Tours, AFRATAPEM. 1 vol. 96 p . Mémoire : art-thérapie : AFRATAPEM : 2011. p. 75.

toute démarche scientifique, la validité d'une hypothèse est corrélée à la reproductibilité de l'expérience. Plus il y a de données, plus l'interprétation est fine. Il semble douteux d'espérer une amélioration de l'état du patient en cinq séances, alors que c'est le nombre de rencontres qu'il faut parfois pour établir un état de base.

Non seulement l'évaluation des effets à long terme sera impossible puisque le patient sort au bout de trois semaines en moyenne, mais la suite donnée en cas de prise en charge bénéfique est très aléatoire. Elle dépend des moyens dont dispose la nouvelle structure d'accueil et de la réceptivité de son équipe aux potentialités restantes du patient.

3.1.2.2. A un certain stade de sévérité de la maladie, la communication est impossible.

Les limites de la contemplation et de l'activité artistiques sont données par les limites de la perception et de la conscience. Quand le thérapeute en est réduit aux conjectures : on peut constater par exemple un effet de la musique sur la respiration d'une personne mais pas sur la qualité du ressenti. Alors la subjectivité de l'art-thérapeute prend le pas sur l'objectivité. Le risque est grand qu'il projette ses attentes sur le patient et qu'il voie ce qu'il veut bien voir, en l'absence de réponse plus explicite.

Dans d'autres cas, c'est l'agitation chaotique de la personne qui empêche la communication. Certaines démences et/ou les neuroleptiques peuvent produire une instabilité motrice chronique et irrépressible. On ne parle pas alors de déambulation mais d'akathisie.

La séance d'art-thérapie(*) se révèle alors totalement vaine.

3.1.3. Un positionnement éthique est nécessaire.

3.1.3.1. Le patient atteint de démence est un objet de soins.

Face à une pathologie qui altère massivement les fonctions cognitives, la question est de savoir si elle relève d'une atteinte neurologique dont on essaie de traiter les causes. Ou bien si c'est une atteinte psychique qui altère l'affectivité et les comportements et qui relèverait alors de la psychiatrie ? Ou bien si l'ensemble de ces troubles correspond à la définition du handicap parce qu'ils représentent une limitation des activités quotidiennes et sociales ? Fabrice Gzil[66] différencie l' autonomie exécutionnelle (la capacité à effectuer par soi-même les actes de la vie quotidienne) de l'autonomie décisionnelle (la capacité à se déterminer).

La réponse médicale de bon sens semble être de chercher à guérir la cause. La recherche met au point des traitements mais leur efficacité est encore limitée. Une prise en charge plus globale cherche à modifier l'environnement pour améliorer la qualité de vie des patients.

- Face à l'urgence, l'équipe médicale agit au mieux dans l'intérêt du malade :

Il existe un principe communément admis de faire prévaloir la notion de bienfaisance sur celle d'autonomie : *primum non nocere*. L'équipe cherche aussi à apaiser l'entourage bien malmené par la maladie.

Mais qu'en est-il du consentement aux soins ? Il est très problématique à obtenir. Les interrogations à ce sujet fondées sur le questionnement éthique(*) ne sont pas résolues. Le diagnostic n'a pas toujours été posé de manière claire. Même si la loi de 2002 (L1111-2) stipule que « toute personne a le droit d'être informée de son état de santé », sur le terrain la réalité est plus nuancée. Pour ne pas amplifier l'état anxieux du patient, les informations qu'il reçoit sont simplifiées. Cette information claire, si elle n'a pas pu être donnée au début

66 GZIL, Fabrice. *La maladie d'Alzheimer : problèmes philosophiques.* Vendôme : éditions PUF collection Partage du savoir, 2009. p.9.

de la maladie quand les facultés de compréhension et de mémorisation étaient encore présentes, comment la transmettre de manière juste au stade sévère de la maladie ? Le consentement doit toujours être recherché tant que l'échange verbal est encore possible. Mais les mots « démence(*) » ou « maladie d'Alzheimer » sont terrifiants dans le langage courant et renvoient à des images insupportables. De plus, il n'est pas rare que des individus qui semblent incapables de décider à un moment donné recouvrent cette capacité à un autre moment[67].

La position de l'art-thérapeute n'est pas différente : on peut se demander dans quelle mesure le patient atteint de démence(*) décide et accepte librement ce type de prise en soin.

- Dans le cadre de l'hôpital, le patient vit avec d'autres patients.

Jusqu'où peut aller leur résistance ? Celle de l'entourage ? Il est bien difficile de faire cohabiter dans le même environnement des personnes ayant des atteintes cognitives différentes. Il s'agit d'assurer le meilleur soin possible au regard du lieu et de la relation aux autres. Face à des comportements extrêmement perturbés ou violents, l'équipe soignante se doit de protéger le patient contre lui-même par un traitement adapté.

Dans cette perspective, l'art-thérapeute peut se trouver dans la situation de l'animateur qui propose une activité occupationnelle en vue de distraire, en constate les effets mais ne peut pas prétendre à être dans une relation thérapeutique.

3.1.3.2. L'engagement relationnel de l'art-thérapeute est discutable.

Pour le dire de manière abrupte, on ne choisit pas un enseignant ou un thérapeute en fonction de ses qualités humaines mais d'abord pour ses compétences. La qualité de la relation est secondaire. L'accompagnement thérapeutique a pour objectif un changement ou une amélioration. La réussite doit être mesurée méthodiquement et quantitativement. Enfin le respect de l'autonomie d'une personne passe par le respect d'une certaine distance.

- C'est le psychologue qui est chargé de travailler sur la relation.

L'alliance et la distance thérapeutiques sont les deux pôles de travail pour le psychologue. L'alliance est cette sorte de contrat moral qui lie le thérapeute au patient et qui donne une forme à la relation. La distance est nécessaire pour que le sujet puisse travailler par lui-même à l'amélioration de son état. Le transfert et le contre-transfert sont des étapes nécessaires dans le processus de « narcissisation ». La verbalisation fait également partie du processus.

Dans notre médecine occidentale, on attend du soignant une attitude objective, c'est à dire que, placé à l'extérieur, il peut envisager le patient, sa pathologie et le soin proposé de manière sereine, ce qui n'empêche en rien la bienveillance et l'humanité.

L'art-thérapeute utilise l'activité artistique en elle-même et pour elle-même, il ne cherche pas à faire parler le patient sur son état ni à analyser les œuvres produites mais l'affectivité n'a pas sa place dans la relation thérapeutique. Elle risque au minimum de brouiller l'évaluation, au pire d'empêcher l'expression réelle du patient et de créer une confusion.

La mise à distance est nécessaire à toute pratique de soin. L'émotion fausse le jugement. L'opinion commune est qu'il est nécessaire de se « blinder » pour pouvoir prendre des décisions rationnelles en terme de stratégie thérapeutique.

67 GZIL, Fabrice. *Op. cit*. p. 168.

- La place de l'art-thérapeute pratiquant la musique prête à confusion.

Deux opérations artistiques s'interpénètrent et il est difficile pour le thérapeute d'exercer sa faculté critique. Les gratifications esthétiques qu'il ressent peuvent distraire son attention des observations fines qu'il doit faire. Nous avons dit plus haut que le musicien peut se laisser absorber par sa pratique jusqu'à perdre la notion du temps. Le problème de l'évaluation se pose également : la valeur que l'on donne à tel ou tel item ou faisceau d'items peut être contaminé par son propre ressenti.

Lorsque Sakamoto et Col ont réalisé leur étude[68] sur l'impact de la musique sur la thymie de patients atteints de démence sévère, les thérapeutes qui étaient chargés des observations et des évaluations n'étaient pas ceux qui interagissaient avec les patients. C'est nécessaire pour garantir l'objectivité des mesures.

En conclusion, l'organisation d'unités comme l'U2A n'est pas favorable à la prise en charge des patients en art-thérapie(*). Trop d'éléments peuvent venir perturber le travail ou le limiter à quelques heureuses surprises. Il semble plus profitable d'indiquer cette discipline à des personnes dont l'état est moins sévère, dans un cadre plus stable, en EHPAD ou en accueil de jour. Les nombreux mémoires de Diplôme Universitaire consacrés à ce sujet le prouvent.

Cependant, notre expérience à l'hôpital d'Orléans a mis en évidence des effets bénéfiques de l'art-thérapie(*) en synergie avec l'équipe soignante. Nous allons tenter maintenant d'argumenter selon le postulat inverse :

3.2. L'art-thérapie est indiquée dans la prise en charge en urgence des personnes atteintes de démence sévère.

3.2.1. L'arrivée dans une unité de soins aigus est une opportunité de changement.

Dans son étude Agnès Michon[69] rappelle que l'hospitalisation a une valeur de refuge et que le risque serait de cautionner l'impression d'incompétence de l'entourage. Or la crise provoque un changement, elle fait bouger les lignes. L'hospitalisation ne fait pas que proposer un répit, elle permet une remise à plat des difficultés, un échange avec de nouvelles personnes ressources. Elle permet de mettre en place un projet thérapeutique mieux adapté pour le patient.

Dans cette perspective l'art-thérapie(*) en s'appuyant sur toutes les potentialités restantes offre une dynamique constructive et porteuse d'espoir, ce dont manquent peut être le plus les personnes démentes et leur entourage.

Selon la Direction de l'Action Sociale[70], « la musicothérapie fait partie des activités qui peuvent être proposées pour mobiliser les fonctions sensorielles, tandis que l'art-thérapie(*) peut aider au maintien du lien social des résidents. »

Quelles que soient les dominantes artistiques abordées, musique, chant, danse, lecture à voix haute et même la contemplation d'œuvres, tout le corps moteur du patient est mobilisé : il devient acteur, impliqué volontairement dans une activité qui a du sens. Un sens commun,

68 SAKAMOTO, Mayumi; ANDO, Hiroshi; TSUTOU, Akimitsou. *Comparing the effects of different individualized music interventions for elderly individuals with severe dementia*. InternationalPsychogeriatrics: Vol 25/issue 05/may 2013.[en ligne] disponible sur le world wide web: « http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=8870718 »

69 MICHON, Agnès. *Op. cit.*

70 DIRECTION DE L'ACTION SOCIALE: *cahier des charges relatif aux PASA et UHR pour une prise en charge adaptée en EHPAD et en USLD des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et présentant des troubles du comportement.*[en ligne]Annexe II p.10. [Consulté le 16/09/13]. Disponible sur le world wide web: « http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Cahier_des_charges.pdf ».

d'abord, pourrait-on dire : effleurer les cordes d'un violoncelle, fredonner une chanson connue, tout le monde comprend bien à quoi ça sert. C'est le caractère éminemment social de la musique que nous avons évoqué dans la première partie.

Un sens plus subtil se révèle aussi : jusqu'à quelle profondeur d'émotion, jusqu'à quelle exquise sensation cet être humain-là, dont l'attitude paraissait insane, peut-il être entraîné ? On retrouve la notion d'être humain digne d'intérêt et reconnu comme tel.

L'art-thérapie(*) répond alors totalement à la mission du service.

L'effet de la musique est immédiat.

3.2.1.1. Le comportement aberrant est l'expression d'une mauvaise qualité de ressenti.

Il apparaît dans la littérature que le comportement n'est pas que le résultat d'une atteinte organique, une détérioration neurologique. Comme le rappelle Thierry Rousseau[71] il ne faut pas sous-estimer l'interaction avec l'environnement et dénier à ce comportement toute intentionnalité.

C'est seulement le corps moteur qui nous donne des éléments d'appréciation. Notre formation de comédienne nous a habituée à manier, utiliser, travailler les ressenti corporel et la structure corporelle pour exprimer nos intentions artistiques. Nous ne pouvons que supposer à l'aide de modèles théoriques ce qui se passe dans la tête des gens mais leur corps parle pour eux. Si à la suite d'une gratification due à l'Art(*) le comportement(*) change, devient plus conforme, si le langage qui faisait défaut devient perceptible, comme nous l'avons constaté, alors nous pouvons en déduire que la qualité du ressenti est améliorée. L'art-thérapie(*) a donc toute sa place dans un service de soins aigus aux côtés d'une prise en charge médicamenteuse traditionnelle. Nous ne cherchons pas à analyser la cause du comportement(*), nous essayons d'en transformer les signes.

3.2.1.2. La musique peut avoir un effet immédiat d'apaisement et elle doit être accompagnée.

Nous avons vu dans nos études de cas que la présence d'une musicienne dans le service provoquait *a minima* une réaction de sympathie ou de curiosité. Dans le déroulement des prises en charge, les signes d'anxiété étaient réduits.

La publication de Sakamoto et Col (2013) étudie les effets de la musique sur des patients atteints de démence(*) sévère ($3 < MMS^{(*)} < 5$) selon un protocole strict avec un groupe témoin de patients qui ne bénéficient pas de musique, un groupe qui écoute de manière passive et un groupe de musique interactive à raison d'une demie heure par semaine pendant 10 semaines. Cette étude réalisée à Kobe conclut que les effets sont supérieurs en cas d'écoute musicale active et accompagnée par un thérapeute qu'en cas d'écoute musicale passive. En cas d'écoute active et accompagnée, les effets à long terme sont également plus durables.[72] Les effets observés sont la réduction du stress et la baisse des troubles du comportement(*) avec stimulation des capacités cognitives, ce qui amène également une réduction de l'épuisement des aidants. Ils perdurent durant deux semaines après les interventions mais cessent au bout de trois semaines.

En France, la série de films « les Allegros d'Alzheimer », coproduits par l'INSERM(*) en 2013, nous montrent un résumé des recherches actuellement en cours sur l'impact de la musique auprès des patients. Ces études portent sur les améliorations de la qualité de vie qu'un

71 ROUSSEAU, Thierry. *Maladie d'Alzheimer et troubles de la communication*. Issy-les-Moulineaux: Editions Elsevier Masson, 2011.p. 17.

72 SAKAMOTO Mayumi et Col.*Comparing the effects of different individualized music interventions for elderly individuals with severe dementia*. International Psychogeriatrics (2013),25:5,775–784C.

entraînement musical peut apporter. Ou bien sur l'activation de ce qu'on appelle l'équilibre dynamique par l'apprentissage du tango. On essaye de montrer quelles sont les ressources cérébrales qui sont encore fonctionnelles et qui peuvent sous-tendre la capacité d'apprentissage les patients Alzheimer à un stade modéré à sévère.

Y-a t-il une indépendance ou une autonomie du « cerveau musique » par rapport au « cerveau langage » ? Une telle hypothèse semble validée par les orthophonistes qui utilisent le répertoire des chansons enfantines pour obtenir la démutisation des personnes atteintes d'aphasie(*) de Broca.[73]Il ne s'agit pas alors d'apprentissage, mais de provoquer une production spontanément. De nombreux témoignages rapportent que les capacités musicales, par exemple reconnaître une musique familière, sont épargnées au cours de la démence(*), alors que c'est contradictoire avec l'état cognitif dont fait état le MMS(*).

Les notions de réserve cognitive et de plasticité neuronale correspondent à la capacité qu'ont certains individus à résister aux dommages cérébraux en produisant des changements visibles par imagerie. Les études qui valident cette hypothèse sont cependant difficiles avec les personnes au stade sévère de la maladie.

3.2.2. Le temps subjectif se moque de la durée.

3.2.2.1. L'art-thérapeute devient avec son instrument de musique le cadre thérapeutique

En urgence il s'agit de lisser les troubles du comportement(*) avec comme conséquence possible que la personne soit « reconnue » ou « retrouvée » par sa famille et les soignants comme agissante et ressentante selon des critères communs à tous. Alors apparaît un sentiment de réussite pour les équipes soignantes et sociales. L'art-thérapeute pratique de manière « nomade » selon l'expression de Etienne Andikian[74] dont le mémoire est le seul à notre connaissance à traiter d'art-thérapie(*) en urgence, mais dans le domaine pédiatrique. « l'art-thérapeute utilise sa présence d'artiste pour susciter l'envie d'agir chez les personnes. » Ses interventions avaient pour but d'apaiser l'anxiété des enfants en situation de stress et d'aider à la prise en charge des soignants en dédramatisant les actes médicaux. L'interaction art-thérapeute / soignant avait été perçue de manière très favorable par les soignants et les familles.

- Les faits surprenants peuvent enrichir la séance.

Les phénomènes associés(*) qui viennent influencer l'activité artistique sont autant d'occasions à saisir pour affiner notre observation et éventuellement corriger notre stratégie. Et puisque l'art-thérapeute dans un service de soins aigus est tellement tributaire du facteur temporel, alors il est peut être sous l'égide du Kairos, ce petit dieu ailé représenté par le sculpteur Lysippe au ème siècle av. JC, comme métaphore de l'instant propice qui ne se représentera pas. Il est bien probable que notre intervention n'aura pas d'effet dans la durée, heureux sommes-nous si elle en a un dans le présent. Nous ne pouvons qu'espérer que ces instants de plaisir, ajoutés les uns aux autres, laissent une trace dans le ressenti corporel et émotionnel de la personne. Ainsi le travail de l'art-thérapeute n'est pas sous l'emprise du temps-durée (Chronos) mais sous les auspices du temps vécu (Kairos.)

- L'observation de la séance et de ses effets par l'art-thérapeute est prise en compte et validée par celle des soignants.

---

73 LANTERI, Annie. *Restauration du langage chez l'aphasique*. Bruxelles : éditions De Boeck Université, 1995. p.23.

74 ANDIKIAN, Etienne. *Une expérience d'art-thérapie dans un service d'urgences pédiatriques.* Poitiers : Université de Poitiers, AFRATAPEM. 1 vol. 100 p . Mémoire : art-thérapie : AFRATAPEM : 2007. p.30 et 80.

Dans le cadre particulier d'une hospitalisation imprévue, les informations dont disposent les soignants sont parfois lacunaires, surtout si le patient vient du domicile. Les transmissions de l'EHPAD(*) comprennent rarement l'histoire de vie du patient. L'art-thérapeute bénéficie d'un temps relatif où il peut recueillir des informations en installant un climat de confiance. La transmission de ces informations lors des réunions de synthèse enrichit l'approche de la personne et permet de prendre en compte des éléments de son environnement.

Dans le cadre spécifique de cette unité où chaque soignant était particulièrement motivé et bienveillant, notre intervention a été pleinement comprise. Elle a été perçue comme complémentaire et tous les témoignages concordent : l'impact de la musique en elle même et par elle même a été repéré.

D'autre part, les séances ayant lieu souvent de manière inopinée et le service ne disposant pas de salle réellement isolée, les soignants voient les effets sur les patients : entre curiosité et étonnement, ils constatent que ces personnes dont ils ne percevaient que les comportements(*) gênants sont capables de rire, de sourire, de chanter, de danser. Ce sont des choses qu'ils savent parce qu'ils sont bienveillants mais que la routine du travail relègue au second plan. Les patients, ramenés ainsi au « territoire commun » de l'humanité pensante et ressentante ne représentent plus, même pour un court moment, une charge. Ils sont donc assimilables à des aînés fragiles mais heureux.

3.2.2.2. L'être humain vivant peut toujours s'exprimer même de manière infime.

« On ne peut pas ne pas communiquer » est une des phrases clé des chercheurs de l'école de Palo Alto, dont Gregory Bateson fut l'un des fondateurs et qui situait l'individu en co-évolution avec son milieu. Louis Ploton[75] rapporte qu'un patient dément à qui on s'adresse de façon cohérente fait généralement « une réponse adaptée au plan du ton, de la mimique et de l'attitude » même si le discours qui suit est incompréhensible. De même l'expérience de Claire Oppert en soins palliatifs montre que même quand les patients ne sont plus en capacité de parler, ils expriment leur plaisir de l'écouter par des signes de tête ou des sourires.[76]

3.2.3. Un positionnement éthique est nécessaire.

3.2.3.1. Le patient atteint de démence reste un sujet.

« L'affirmation de son statut de sujet vivant et non d'objet malad*e*[77] *»* consiste à reconnaître la permanence de son identité, quelque soit son état de vulnérabilité. C'est de sa relation à autrui – l'intersubjectivité - que le patient dément peut se reconnaître humain.[78] Pourtant les soignants doivent lui prodiguer, dans sa grande dépendance, des soins maternels primaires. Voilà le paradoxe qu'il faut affronter.

Qu'avons-nous à apprendre de l'autre ? En acceptant ce changement de point de vue, nous pouvons être émerveillés de toutes ces potentialités d'émotions positives que la contemplation ou l'activité artistique permettent si bien de révéler.

Alors que le patient dément est réputé incapable de prendre des décisions, le voilà qui saisit un instrument de musique, et s'en empare, l'essaye, émet un avis. C'est bien son goût qu'il affirme.

75 PLOTON, Louis. *La personne âgée. Son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence.* Lyon : Chronique Sociale, 2011. p.112.

76 OPPERT, Claire. *Une expérience d'art-thérapie à dominante musicale dans une unité de soins palliatifs*, Tours: Université de Tours, AFRATAPEM. 1 vol. 71 p. Mémoire: art-thérapie: AFRATAPEM: 2011. p. 33.

77 FORESTIER, Richard. Les fondements de l'évaluation en art-thérapie. In *L'évaluation en art-thérapie*. Issy-les-Moulineaux : éditions Elsevier Masson, 2007. p.22.

78 PANCRAZI, Marie-Pierre. Annonce du diagnostic au sujet atteint de maladie d'Alzheimer. In PANCRAZI, Marie-Pierre; METAIS, Patrick (sous la direction de) *Ethique et démence.* Issy-Les-Moulineaux : éditions Masson, 2004. p. 21.

S'il recommence, et s'applique, c'est bien qu'il prend confiance.

Et s'il s'engage dans un projet même de quelques minutes pour rechercher une gratification, c'est qu'il y trouve quelque chose de bon.

Et alors même qu'il ne parle pas, il agit, en fonction de ce qu'il ressent.

S'il capte une parole bienveillante, un regard attentif, il sera relié au présent, et non plus dans l'oubli. C'est notre responsabilité d'art-thérapeute de croire en cela.

3.2.3.2. Les compétences relationnelles sont le préalable nécessaire à toute entrée en contact avec des personnes démentes.

- La dépendance psychique requiert que l'art-thérapeute s'engage dans la relation.

Nous reprenons ici le concept défini par Winnicott[79], repris par Spitz et Charazac. Ce sont des dépendances psychoaffectives et relationnelles qui impliquent progression et régression tout au long de la vie. C'est donc une approche psycho-dynamique qui permet de considérer le bien-être/mal-être psycho-affectif des personnes dans leur interaction avec leurs proches et les soignants[80]. Lors de notre stage d'observation en crèche dans le cadre de la formation ISA en 2012, nous avons bien pu constater que l'état de stress des auxiliaires de puériculture se transmettait immédiatement aux bébés et provoquait leur agitation et leurs pleurs. Il en est de même avec les personnes dont les capacités cognitives ne permettent plus le jugement, la temporisation et l'ajustement.

Ainsi la notion de distance, tellement évoquée chez les psychologues ou les éducateurs prête à confusion : il ne s'agit pas d'un éloignement physique ou mental qui « imperméabilise » le professionnel ou pire l'insensibilise à l'état du patient par crainte de perdre son intégrité. La distance, c'est l'absence de confusion ; pour l'art-thérapeute, c'est la différence : nous pouvons être touchés par l'état émotionnel de l'autre, nous pouvons en être affectés, en prendre conscience, et ne pas en être envahi. Il nous faut rester dans une juste proximité qui permette au patient de sentir notre présence paisible et contenante.

Une des techniques de base du théâtre consiste à respirer, marcher, bouger comme le personnage que l'on veut incarner, pour le comprendre. C'est le corps d'abord qui est concerné. C'est le fameux « mimage » de Marcel Jousse[81] repris par Jacques Lecoq[82]. Mimer est un acte fondamental, non pas au sens mimétisme, qui n'est qu'une représentation de la forme (et qui pourrait être interprétée comme une moquerie) mais comme recherche de la dynamique interne du sens. Mimer, c'est faire corps avec et donc comprendre mieux.

Si nous passons du champ artistique au champ thérapeutique la même technique qui devient alors une manière d'être, peut être fructueusement utilisée auprès des personnes psychiquement dépendantes comme les déments, afin d'entrer dans leur rythme directement, de les comprendre, alors la communication s'établit puis la relation qui permet de proposer l'activité artistique. La notion « d'empathie corporelle » utilisée par le Clown Relationnel®(*)[83] repose sur ce fondement de l'art théâtral. Le psychique s'exprime dans le corporel. D'autre part, il y a une posture qui semble appropriée pour aborder les personnes en grande dépendance psychique, la position basse du Clown, bien ancrée dans le sol, et

79 WINNICOTT, D.W. *Processus de maturation chez l'enfant : développement affectif et environnement.* Paris : éditions Payot, 1970.

80 KOHSER, Pierre. *Le Clown Relationnel, une approche originale des troubles psycho-comportementaux liés à la maladie d'Alzheimer*. Mémoire pour l'obtention du diplôme universitaire de psychogériatrie. Université de Paris VI. Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie, 1 vol. 2011. p. 9.

81 JOUSSE, Marcel. *L'anthropologie du geste*. Paris : éditions Gallimard, 1974. p. 54.

82 LECOQ, Jacques. Le corps poétique.Arles : éditions Actes Sud-Papiers : 1997. p 33.

qui accueille ce qui vient. Nous revenons à notre définition de l'intérêt, qui est une sympathie, une façon de vibrer en résonance. La relation avec le patient n'est pas une conséquence attendue de la séance d'art-thérapie(*) ni l'élément sur lequel se base le travail, mais le préalable nécessaire à toute prise en soin. Elle dépend en premier lieu de l'engagement de l'art-thérapeute au niveau corporel (contact regard, fluidité corporelle) qui permet de s'adapter dans l'instant aux fluctuations thymiques du patient.

- L'art-thérapeute est centré sur le patient alors même qu'il pratique son Art(*).

La présence à soi et à l'autre d'instant en instant dans la rencontre permet d'ajuster le mieux possible notre comportement(*) à celui de l'autre. Cela est fondé sur une observation qui ne surplombe pas, ne préjuge pas, mais accompagne. Accompagner, étymologiquement, c'est manger le pain ensemble. Notre cadre thérapeutique inclut cette disponibilité que notre formation de Clown Relationnel®(*) nous a permis de mettre en œuvre, c'est si l'on peut dire l'état de base obligé de l'art-thérapeute. Loin d'être un observateur surplombant le patient, « il présente un état de disponibilité sans défense[84] ». Cette proximité établie, qui engage tout le corps, permet souvent un début de communication avec les personnes très désorientées. Cet engagement de l'art-thérapeute n'est pas incompatible avec une observation très fine de la personne considérée, au contraire, il l'accélère et dans le cadre d'une prise en charge d'urgence, il permet de gagner un temps précieux.

83 MOFFARTS, Christian. MOFFARTS, Françoise. *Le clown relationnel® : présence contenante, empathie sensible et communication affective.* In La revue francophone de gériatrie et de gérontologie : tome XVIII, n°178, p.411-412. Paris : éditions MF, octobre 2011.

84 LECOQ, Jacques. *Op. cit*. p.154.

Conclusion

Quel que soit le modèle choisi pour en expliquer la raison, modèle psychanalytique, modèle des neurosciences ou modèle de l'art-thérapie(*), l'impact de la musique sur l'être humain n'est plus à démontrer. Les recherches dans ce domaine commencent à étudier le phénomène de façon scientifique, autant qu'il est possible avec des personnes très vulnérables.

Mais il demeure que comme le dit François Cheng, « Plus l'expérience de beauté est intense, plus le caractère poignant de sa brièveté engendre le désir de renouveler l'expérience, sous une forme autre forcément, puisque toute expérience est unique.»[85] L'art-thérapeute dispose de ce formidable levier qu'est cette dilatation de l'être devant ce qui le gratifie, le vivifie. Nous le vérifions avec ces personnes qu'un regard trop rapide pourrait nous laisser compter au nombre des inutiles, ceux qui n'ont plus de valeur. L'écoute d'une musique aimée, le toucher d'un violoncelle peuvent les propulser vers nous, revenus pour un temps de leur état démentiel, le corps en mouvement, ressentant, exprimant, tel que nous l'avons décrit dans nos études de cas.

Le comportement(*) est considéré comme le symptôme d'une aggravation de la pathologie dont le médecin cherche la cause. La pression est très forte pour faire cesser ce comportement(*), sans toujours prendre le temps d'en comprendre le sens. La mission du service de l'U2A est de permettre aux patients de retrouver un lieu d'hébergement avec lequel leur état est compatible. Les places en UHR(*) manquent. Les EHPAD(*) ne peuvent pas faire face aux débordements des malades agités. C'est une source de souffrance pour les soignants qui sont impuissants et inquiets pour le devenir des patients. La parenthèse offerte par les séances d'art thérapie, outre l'effet de la musique sur les soignants eux-même, leur a permis selon leurs dires de goûter un répit, de s'émerveiller devant les talents du patient, aux familles de retrouver leur proche et d'expérimenter une nouvelle qualité relationnelle.

«Entre la vie et la mort, il reste un statut au dément, celui qu'on veut bien lui donner. »[86]

Au terme de cette étude, nous devons bien reconnaître les limites auxquelles nous avons été confrontées. Limites dues à l'état des patients, à notre incapacité parfois à les atteindre. Limites dues à nos difficultés d'organisation des séances et d'évaluation. Nous avons encore tant à appendre ! Pourtant, nous avons eu la chance de travailler au sein d'une équipe remarquable dont le dévouement et la bienveillance étaient sans égal face à des personnes très désorientées. Ensemble, nous avons pu ébaucher pendant quatre mois ce que pourrait être la contribution d'un art-thérapeute à la prise en soin de patients en phase aiguë. La dominante musicale pourrait être judicieusement proposée en soirée aux patients (nombreux) qui montrent de grands signes d'anxiété avant de s'endormir. La chanson pourrait être utilisée comme support de la relation par les soignants, par exemple pendant les toilettes, pour apaiser les craintes ou la douleur.

Enfin nous avons expérimenté à travers l'Art(*) et ses effets cette « intuition de l'unité de tous les vivants[87] » avec la rencontre de ces personnes qui nous ont fait l'honneur de nous laisser venir à elles.

85 CHENG, François. *Cinq méditations sur la beauté*. Paris : éditions Albin Michel, 2006. p. 51.

86 PANCRAZI, Marie-Pierre. Annonce du diagnostic au sujet atteint de maladie d'Alzheimer. In PANCRAZI, Marie-Pierre; METAIS, Patrick (sous la direction de) *Ethique et démence*. Issy-Les-Moulineaux : éditions Masson, 2004. p. 16.

87 FAGOT-LARGEAULT Anne. *Médecine et philosophie*. Paris : éditions PUF, 2010. p. 259.

Bibliographie

Bibliographie générale

ARISTOTE. *La Politique.* Traduit par Thurot. Paris : éditions Garnier frères, 1881.

AUGUSTIN. *Confessiones* : Tome 2, Livre XI, XX, 26. Paris: librairie de Louis Vivès éditeur: 1870.

CHAILLEY, Jacques. *40000 ans de musique*. Paris: éditions de l'Harmattan, les Introuvables, 2000.

CHENG, François. *Cinq méditations sur la beauté.* Paris : éditions Albin Michel, 2006.

COCTEAU, Jean. *Le coq et l'arlequin.* Paris : éditions Stock, 1979.

HONNEGGER, Marc. *Science de la musique*. Paris: éditions Bordas, 1976.

JOUSSE, Marcel. *Anthropologie du geste*. Paris: éditions Gallimard, 1949.

LECOQ, Jacques. (en collaboration avec Jean-Gabriel Carasso et Jean-Claude Lallias) *Le Corps Poétique.* Arles: éditions Actes Sud Papiers, 1997.

NIETZSCHE, Friedrich. *La naissance de la tragédie*. Saint-Amand: éditions Folio Essais, 2008.

PICARD, Charles. *Manuel d'archéologie grecque. La sculpture. Période classique, 4ème siècle*. Paris: éditions A. et J. Picard, 1963.

PLATON. *L'Etat ou la République.* Traduit par BASTIEN, Augustin. Paris : éditions Garnier frères, 1879.

PROUST, Marcel. *A la recherche du temps perdu*. Paris: éditions Quarto Gallimard, 1999.

RONDELEUX, Louis-Jacques. *Trouver sa voix*. Paris: éditions du Seuil, 1977.

SHAKESPEARE, William. *Oeuvres Complètes de W. Shakespeare*. Traduites par F.V. HUGO. Paris: éditions Pagnerre. 1972 Tome 15 p. 50 Sonnet VIII.

VALERY, Paul. *Propos sur la poésie*. Oeuvres complètes. Paris : La Pleiade, 1957.

Bibliographie spécialisée

CHARAZAC, Pierre. *Soigner la maladie d'Alzheimer*. Paris: éditions Dunod, 2009.

CHARDON, Fabrice. L'évaluation en art-thérapie à dominante musicale auprès d'une personne âgée démente. In *L'évaluation en art-thérapie*. Issy-les-Moulineaux : éditions Elsevier Masson, 2007.

CROISILE, Bernard. *Maladie d'Alzheimer: comprendre et prendre en charge*. Expression santé. Lundbeck éditions, 2012.

FAGOT-LARGEAULT Anne. *Leçon inaugurale*. Paris: Collège de France, 2001.

FAGOT-LARGEAULT Anne. *Médecine et philosophie*. Paris: éditions PUF, 2010.

FEIL, Naomi. *La validation.* Paris: éditions Pradel, 1992.

FORESTIER, Richard. Les fondements de l'évaluation en art-thérapie. In *L'évaluation en art-thérapie*. Issy-les-Moulineaux: éditions Elsevier Masson, 2007.

FORESTIER, Richard. *Tout savoir sur l'art occidental.* Lausanne: éditions Favre, 2004.

FORESTIER, Richard. *Tout savoir sur l'art-thérapie.* Lausanne: 6ème édition, éditions Favre, 2009.

FORESTIER, Richard. *Tout savoir sur la musicothérapie.* Lausanne: éditions Favre, 2011.

GIANOTTI, A. MAMAN, M. Hommes, esprits et rythme. Thérapie traditionnelle au nord du Bénin. In *L'évaluation en art-thérapie,* sous la direction de Richard Forestier. Issy-les-Moulineaux : éditions Elsevier Masson, 2007.

GZIL, Fabrice. *La maladie d'Alzheimer: problèmes philosophiques*. Vendôme: éditions PUF collection Partage du savoir, 2009.

LANTERI, Annie. *Restauration du langage chez l 'aphasique.* Bruxelles: éditions De Boeck Université, 1995.

PANCRAZI, Marie-Pierre. Annonce du diagnostic au sujet atteint de maladie d'Alzheimer. In PANCRAZI, Marie-Pierre; METAIS, Patrick (sous la direction de). *Ethique et démence.* Issy-les-Moulineaux: éditions Masson, 2004.

PELLISSIER, Jérôme. *Ces troubles qui nous troublent.* Toulouse: éditions Erès, 2010.

PLOTON, Louis. *La personne âgée : son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence.* Lyon: Chronique Sociale, 1998.

PLOTON, Louis. *Maladie d'Alzheimer, à l'écoute du langage*. Lyon: Chronique Sociale, 1996.

ROUSSEAU,Thierry. *Maladie d'Alzheimer et troubles de la communication*. Issy-les-Moulineaux: éditions Elsevier Masson, 2011.

ROUSSEAU, Thierry. *Evaluation cognitive, évaluation des capacités de communication, thérapie écosystémique des troubles de la communication. Gecco* (CD rom). Isbergues: Ortho-Edition, 2006.

SACKS, Oliver. *Musicophilia.* éditions Points Essais n° 698, 2012.

STASSEN BERGER, Kathleen. *Psychologie du développement.* 2ème édition. Bruxelles: éditions De Boeck Supérieur, 2012.

WINNICOTT, D.W. *Processus de maturation chez l'enfant : développement affectif et environnement.* Paris: éditions Payot, 1970.

Articles dans la publication en série

BROUSSELLE, André. *Dissonances.* In Bulletin de psychologie tome XLVI, n° 411. Paris, 1993.

CLARE,L., WOODS R. T., MONIZ-COOK E. D. et al. *Cognitive rehabilitation and cognitive training for early-stage Alzheimer's disease and vascular dementia.* Cochrane Database of systematic Reviews. Vol.4, CD003260. 2006.

GZIL, Fabrice. *Le souci des autres. Enjeux éthiques de l'accompagnement informel des malades d'Alzheimer.* In Neurologie – Psychiatrie – Gériatrie, 2008, vol. 8, n° 48.

LECOURT, Edith. *Ouverture sur une approche métapsychologique de la musique*. In Bulletin de psychologie Tome XLVI – n° 411.

MOFFARTS, Christian. MOFFARTS, Françoise. *Le clown relationnel® : présence contenante, empathie sensible et communication affective.* In La revue francophone de gériatrie et de gérontologie : tome XVIII, n°178, p.411- 412. Paris : éditions MF, octobre 2011.

NEMO, Philippe. *Les philosophes et la musique*. In Le Monde de la Musique, n°288: juin 2004.

PEREA, François. *Note sur les symptômes vocaux et verbaux corporels. De la rupture pathologique aux comportements ordinaires.* In L'Information Psychiatrique Vol 86, N°5 – mai 2010.

ROUSSEAU, Jean-Jacques. *Article Musique,* in Encyclopédie ou Dictionnaire Raisonné des Sciences, des Arts et des Métiers de Diderot et d'Alembert (1751-1776).

SELMES, Jacques. *Comment faire face aux conduites incohérentes et à l'agitation nocturne d'un résident atteint de maladie d'Alzheimer ?* Guide pratique du soignant. Montrouge : éditions John Libbey Eurotext, 2011.

THIBAULT, JL. *Les symptômes psychologiques et comportementaux de la maladie d'Alzheimer.* In : Collection l'Année Gérontologique: *les troubles du comportement du sujet âgé.* Paris: Serdi Edition, 2002.

Rapports, thèses, mémoires

ANDIKIAN, Etienne. *Une expérience d'art-thérapie dans un service d'urgences pédiatriques* Poitiers: Université de Poitiers, AFRATAPEM. 1 vol. 100 p . Mémoire: Art- thérapie: AFRATAPEM: 2007.

BRILLATZ, Pascal. *Un certain art de la communication non verbale dans le prendre soin*. Capacité de gérontologie. Poitiers: Université de Poitiers, Faculté de Médecine et de Pharmacie. 1 vol. 33 p. 2009.

CHARDON, Fabrice. *Evaluation des effets d'une pratique d'art-thérapie à dominante musicale auprès de personnes démentes séniles.* Thèse pour l'obtention du doctorat de psychologie de l'Université de Savoie, 1 vol. 209 p. 2010.

HERAULT, G. *La perception de soi dans la démence* : études de cas réalisés grâce à la combinaison d'analyses quantitative et psychopathologique. Mémoire de DESS psychologie gérontologique normale et pathologique de l'Université d'Angers (Directeur : T. Rousseau), 2003.

KOHSER, Pierre. *Le Clown Relationnel, une approche originale des troubles psycho-comportementaux liés à la maladie d'Alzheimer.* Mémoire pour l'obtention du diplôme

universitaire de psychogériatrie. Université de Paris VI. Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie, 1 vol. 40 p. 2011.

LIZION, Fanny. *Une expérience d'art-thérapie à dominante théâtre auprès de personnes victimes de traumatismes psychiques*. Tours : Université de Tours, AFRATAPEM. 1 vol. 96 p . Mémoire: Art- thérapie: AFRATAPEM : 2011.

OPPERT, Claire. *Une expérience d'art-thérapie à dominante musicale dans une unité de soins palliatifs*. Tours: Université de Tours, AFRATAPEM. 1 vol. 71 p. Mémoire: Art- thérapie: AFRATAPEM: 2011.

TERREAU, Raphaël. *Prise en soin en art-thérapie à dominante musicale de personnes atteintes de démence de type Alzheimer.* Tours: Université de Tours, AFRATAPEM. 1 vol. 77 p. Mémoire : Art-thérapie : AFRATAPEM : 2012.

VALETTE, Pierre. *Du tri à l'autre. Ethique et médecine d'urgence*. Marne-la-Vallée. Université Paris-Est Marne-la-Vallée. 1 vol. 120 p. Mémoire : Philosophie pratique. Laboratoire Espaces Ethiques et Politiques - Institut Hannah Arendt: 2011.

Documents électroniques : sites Web

BLANCHARD, F. (dir), *Alzheimer, l'éthique en question*.[en ligne] Recommandations, Paris, Direction générale de la Santé – Association France Alzheimer – Association francophone des droits de l'homme âgé, 2007[consulté le 23/06/13]. Disponible sur le world wide web: « http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/IMG/pdf/Alzheimer_-_l_ethique_en_question_-_recommandations_-_plan_Alzheimer_2004-2007.pdf ».

CITE DE LA MUSIQUE. *Professionnalisation du musicien*. [en ligne]. Rencontres de la médiathèque, 28 mai 2011, p.4.[consulté le 24/08/13]. disponible sur le world wide web:« http://mediatheque.cite-musique.fr/mediacomposite/cim/_Pdf/60_Rencontres21.pdf »

CUDDY, Lola; DUFFIN, Jacalyn. *Music, memory and Alzheimer's disease: is music recognition spared in dementia and how can it be assessed ?*[en ligne. Consulté le 18/04/2013] In Medical hypothesis, 2005. Elsevier. Disponible sur le world wide web: « http://www.medical-hypotheses.com/article/S0306-9877(04)00515-8/abstract »

DAVID-BREARD, Anne. *Urgence et maladie d'Alzheimer. Mode de comptabilité.* Rennes, 12/03/2009. [en ligne. Consulté le 02/07/2013.] Disponible sur le world wide web : « http://www.sgoc.fr/DIU%20Alzheimer%20Rennes%20Brest/Séminaire%203/A%20David-Breard%20-%20urgences%20et%20MA%20[Mode%20de%20compatibilité].pdf »

DIRECTION DE L'ACTION SOCIALE: *cahier des charges relatif aux PASA et UHR pour une prise en charge adaptée en EHPAD et en USLD des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et présentant des troubles du comportement*. [en ligne]Annexe II p.10. [Consulté le 16/09/13]. Disponible sur le world wide web « http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/IMG/pdf/cahier.pdf »

MAHMOUDI, R et col. *Une unité de soins aigus pour les patients atteints de maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés: l'expérience rémoise.* Neurologie Psychiatrie Gériatrie 2012; 12 : p. 230-236.[en ligne] disponible sur le world wide web: « http://www.fondation-mederic-alzheimer.org/eng_site/Nos-Travaux/La-Revue-de-presse/Archives/2012/Octobre-2012/(offset)/5 »

GZIL, Fabrice. *Problèmes philosophiques soulevés par la maladie d'Alzheimer*. Université Paris 1: 2007. [en ligne. Consulté le 23/05/2013]. Disponible sur le world wide web: « http://www-ihpst.univ-paris1.fr/fichiers/theses/fabrice_gzil_56.pdf »

HAS. *Arbre décisionnel du traitement des troubles du comportement perturbateurs* [en ligne] [consulté le11/05/2013]. Disponible sur le world wide web: « http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/08r07_algo_maladie_alzheimer-troubles_comportement_traitement_2013-02-26_14-58-45_450.pdf »

HAS. *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs.* [en ligne. Mis en ligne le 08 juin 2012. Consulté le 11mai 2013]. Disponible sur le world wide
web: « http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-06/alzheimer-prisencharge-reco2clics-vl.pdf »

HAS [en ligne]:NPI [consulté le 13/05/2012]. Disponible sur le world wide web: « http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/npi.pdf ».

HUG réseau douleur [en ligne] *Echelle Doloplus* [consulté le 27/09/13]. Disponible sur le world wide web :« http://reseaudouleur.hug-ge.ch/_library/pdf/echelle_DOLOPLUS_utilisation.pdf »

INSERM. *Les allegros d'Alzheimer* [en ligne consulté le 24/08/2013]. Disponible sur le world wide web: « http://www.inserm.fr/actualites/rubriques/actualites-evenements/les-allegros-d-alzheimer-pour-comprendre-l-influence-de-la-musique-sur-le-cerveau »

JOUANNY, Pierre. *Troubles du comportement dans la démence.* [en ligne] Pôle de gérontologie CHU d'Amiens. [Consulté le 07/09/13.] p.43. Disponible sur le world wide web : «http://www.u-picardie.fr/servlet/com.univ.utils.LectureFichierJoint?
CODE=1270047269366&LANGUE=0»

LA LETTRE DES UNITÉS DE SOINS ALZHEIMER [en ligne] N°20 I.S.S.N. 1146-0318 Février 2009.[consulté le 4/08/13].Ddisponible sur le world wide web: « http://www.uspalz.com/Media/Num_192_EISAI_fevrier.pdf »

MICHON, Agnès. *La gestion de la crise dans la démence*. [en ligne]. Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement. Vol 4, n°2. 121-5. John Libbey Eurotext, 2006 [consulté le 23/09/13]. Disponible sur le world wide web: « http://www.jle.com/e-docs/00/04/19/8D/article.phtml ».

SAKAMOTO, Mayumi; ANDO, Hiroshi; TSUTOU, Akimitsou. *Comparing the effects of different individualized music interventions for elderly individuals with severe dementia*. InternationalPsychogeriatrics: Vol 25/issue 05/may 2013.[en ligne] disponible sur le world wide web: « http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=8870718 »

ZIELINSKI, Agata. *Pour une éthique de la relation : La dimension relationnelle de l'autonomie et de la vulnérabilité*. CNSA. 1ères rencontres scientifiques sur l'autonomie. [en ligne].Disponible sur le world wide web : « http://www.ac-montpellier.fr/sections/orientation/preparer-orientation/ressources-references/pour-ethique-relation/downloadFile/file/Article_CNSA_Autonomie_vulnerabilite_texte.pdf » 2009.

Dictionnaires

GARNIER, Marcel ; DELAMARE, Jacques. *Dictionnaire illustré des termes de médecine*. 28ème édition. Paris : éditions Maloine, 2004.

LE PETIT LAROUSSE ILLUSTRE. Paris : éditions Larousse, 1993.

QUEVAUVILLIERS, Jacques ; SOMOGYI Alexandre ; FINGERHUT Abe. *Dictionnaire Médical*. 6ème édition. Issy-les-Moulineaux: éditions Elsevier Masson, 2009.

ROBERT, Paul. *Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*. Paris: Société du nouveau Littré Le Robert, 1976.

UNIVERSITE FRANÇOIS RABELAIS
UFR DE MEDECINE – TOURS
&
AFRATAPEM
Association Française de Recherches & Applications des Techniques Artistiques en Pédagogie et Médecine

Soutenu en : 2013

Par : Bénédicte Bianchin

Titre : L'art-thérapie à dominante musicale peut apaiser les troubles du comportement des personnes démentes et leur permettre d'être considérées à nouveau comme des êtres humains dignes d'intérêt.

Mots clés: art-thérapie(*), démence(*) sévère, troubles du comportement(*) ou Symptômes Psycho-Comportementaux de la Démence (SPCD), musique, soins aigus.

Résumé: Ce mémoire relate une expérience d'art-thérapie(*) à dominante(*) musicale dans une unité de soins aigus pour personnes atteintes de démence(*) de type Alzheimer ou apparentée, pathologie présentée en 1ère partie. Ce type d'unité est encore rare en France et accueille des personnes dont les SPCD sont si perturbateurs que leur maintien à domicile ou dans une institution est dans l'état actuel impossible. Ces patients ont perdu les repères qui fondent leur identité(*) et souffrent de troubles massifs de communication. Les études de cas présentées en 2ème partie tendent à montrer que l'art-thérapie(*) à dominante(*) musicale a un impact sur les troubles du comportement(*) : même pour des patients arrivés à un stade sévère de la maladie, l'écoute ou la pratique musicale peuvent arrêter la déambulation, capter l'attention et provoquer une action intentionnelle. Le langage stéréotypé fait place à des phrases signifiantes en lien avec l'activité et la personne semble retrouver pour un temps la cohérence de sa personnalité. Elle exprime un bien-être patent. D'autre part l'équipe soignante a témoigné de son soulagement de re-découvrir l'être humain derrière le patient. La 3ème partie propose une discussion sur la pertinence de l'art-thérapie(*) dans un service de soins aigus en urgence.

Keywords : art-therapy, severe dementia, Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD), music, acute care unit.

Abstract: This thesis relates in the first part, an art-therapy experience mainly based on music in an medical unit dedicated to people suffering Alzheimer decease or similar. This unit, still rare in France, takes in people with so disruptive BPSD that they cannot remain at home or in an institution. These patients have lost their identity and suffer massive communication disorders. The case studies, in the second part, suggests that art-therapy based on music has an impact on behavior disorders even for patients with severe dementia. Listening or playing music can stop deambulation, capture attention and start intentional act. The language disorders are turned into meaningful sentences in relation with their activity and for a moment patients seem to find coherent personality. They show obviously wellness. On the other hand, the health care team has shown his happiness to re-discover the human being behind the patient. The third part of this thesis provides a discussion of the relevance of art-therapy in a acute care unit.