

N° :

Note :

**UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
UFR DE MEDECINE-TOURS**

&

AFRATAPEM

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

**Une expérience d'art thérapie à dominante musique
auprès de personnes âgées atteintes de démence
type Alzheimer ou apparenté.**

Mémoire de fin d'études du
Diplôme Universitaire d'Art Thérapie
De la Faculté de Médecine de Tours

Présenté par **M. Didier ZAFFRAN**
Année 2013

Sous la direction de :
M. Philippe BENAETH
Docteur Coordinateur

Lieu de stage pratique :
Ehpad Clos St. Jean
78440 Gargenville

**UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
UFR DE MEDECINE-TOURS**

&

AFRATAPEM

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

**Une expérience d'art thérapie à dominante musique
auprès de personnes âgées atteintes de démence
type Alzheimer ou apparenté.**

Mémoire de fin d'études du
Diplôme Universitaire d'Art Thérapie
De la Faculté de Médecine de Tours

Présenté par **M. Didier ZAFFRAN**
Année 2013

Sous la direction de :
M. Philippe BENAZETH
Docteur Coordinateur

Lieu de stage pratique :
Ehpad Clos St. Jean
78440 Gargenville

Remerciements :

Mes premiers remerciements vont à l'ensemble des patients qui m'ont été confiés durant mon stage, pour leur confiance et, sans le savoir leur leçon de vie.

J'exprime ma sincère gratitude à Richard FORESTIER pour son enseignement durant un an, ainsi que l'équipe de l'AFRATAPEM.

Je remercie Dominique RASO, directrice de l'établissement, pour la confiance qu'elle m'a accordée tout au long de mon stage, et pour l'intérêt qu'elle porte à l'art thérapie depuis.

Un merci du cœur à Amélie GUILLIER, mon maître de stage, qui a su être présente tout en gardant la distance nécessaire à mon épanouissement en tant que futur art thérapeute, ainsi que ses précieux conseils, son implication sans faille tout au long de la rédaction de ce mémoire, en lisant, en questionnant et en me repoussant mes limites.

Merci à Philippe BENAZETH médecin coordinateur pour son soutien et la reconnaissance de mon travail lors de mon stage.

Merci à mon épouse pour sa patience et son soutien pendant ces deux années.

Merci à Elisabeth PEROLE pour sa relecture et ses précieux conseils.

Plan

Remerciements :	P 1
Plan :	P 2
Glossaire :	p 8
Introduction :	p 9

L'ART THERAPIE A DOMINANTE MUSIQUE PEUT ETRE PRESCRIT LORS D'UNE PRISE EN SOIN DE PERSONNES AGEES ATTEINTES DE DEMENCE DE TYPE ALZHEIMER OU APPARENTE.

Première partie :

A- Les symptômes de la démence s'ajoutent aux nombreuses modifications liées au processus de vieillissement. p 10

1- Le processus de vieillissement est lié à des mécanismes physiologiques et psychologiques multiples et inéluctable chez tout être humain vivant. p 11

- A) Le vieillissement entraîne une diminution des capacités physiques.....
- B) Le vieillissement entraîne une diminution des capacités sensorielles..... p 12
- C) Le vieillissement entraîne globalement une diminution des capacités cognitives
- D) Le vieillissement peut être à l'origine de modifications psychiques nécessaires pour s'adapter.

2- Les maladies neuro dégénératives sont à l'origine d'un vieillissement pathologique qui provoque des troubles neurologiques pouvant se traduire, à terme, par un aller sans retour vers la démence. p 13

- A)- Les maladies neuro-dégénératives sont des maladies qui altèrent le système nerveux central et qui peuvent évoluer vers un syndrome démentiel
- B)- La démence entraîne des troubles des facultés cognitives
- C)- Il existe plusieurs types de démences qui se différencient cliniquement par le profil cognitif obtenu au bilan neuropsychologique. p 14

3- La maladie d'Alzheimer est une maladie neuro dégénérative.

- A : Aloïs Alzheimer réalise sa découverte en avril 1906..... p 15
- B : les principales causes de la maladie d'Alzheimer résultent de processus dégénératifs différents : l'amyloïdogénèse et l'agrégation de la protéine Tau....
- C : les principaux symptômes de la maladie d'Alzheimer sont les troubles cognitifs et les troubles psycho-comportementaux:
 - C1- Les troubles cognitifs ont une incidence sur la mémoire (amnésie), sur les repères spatio-temporels, sur les fonctions instrumentales (aphasie, apraxie, agnosie) ainsi que sur les fonctions exécutives et attentionnelles. p 16
 - C2- Les troubles psycho-comportementaux comportent les troubles affectifs et émotionnels ; les symptômes psychotiques ; les troubles du comportement et les troubles des conduites instinctuelles.

- 4- L'accueil et le soin apportés aux patients atteints de maladie d'Alzheimer et apparentée répondent à une volonté politique.** p 17
- A- Plusieurs Plans Alzheimer ont été mis en place depuis 2001 en France
- B- Il existe différentes prises en charge de la maladie d'Alzheimer et apparentée ainsi que des accueils spécialisés notamment dans les EHPAD

B) Les pratiques artistiques requièrent certaines capacités cognitives qui sont altérées dans la maladie d'Alzheimer. p 19

B1-La musique est un art qui exige de multiples dispositions du corps et de l'esprit.

- 1- La musique est l'art d'organiser les sons avec une orientation esthétique.
- 2- La musique est liée à l'histoire de l'humanité : elle reflète la pensée et le style d'une époque, ainsi que ses avancées technologiques.
- 3- L'activité musicale exige des facultés cognitives telles que : p 20
- a- La mémoire
- b- Les praxies.
- b- Les fonctions exécutives et attentionnelles
- 4- La musique est une activité artistique qui exige une maîtrise du temps et de l'espace p 21
- 5- La musique est produite par le corps et pour le corps.

B2-La musique a de nombreux pouvoirs qui lui sont spécifiques : p 21

- a)-La musique met le corps en mouvement p 21
- b)-La musique stimule les fonctions cognitives. p 22
- c)-La musique favorise des liens sociaux.....
- d)-La musique peut avoir des fonctions éducatives.

B3- L'art thérapie à dominante musique propose plusieurs méthodes de travail :

- 1-L'écoute peut-être contemplative ou dirigée. p 23
- 1-a- L'écoute contemplative favorise les émotions p 23
- 1-b- L'écoute dirigée favorise l'élan corporel et l'esprit critique.
- 2-La pratique vocale se réalise par apprentissage par cœur
- ou à l'aide d'un support écrit. p 24
- 2-a- Le chant par cœur stimule la mémoire à long terme,
- 2-b- Le chant avec l'aide du texte rassure et stimule
- le langage parlé et écrit.
- 3- La pratique instrumentale se réalise par la mimésis et l'invention...
- 3-a- La mimésis permet de faire des acquisitions techniques et
- développe l'écoute et la concentration.
- 3-b- L'invention permet d'exploiter les nouvelles acquisitions et
- renforce l'estime de soi. p 25
- 4- Entre le mouvement désorganisé et la danse, il n'y a qu'un pas
- (le corps moteur)
- 5- L'enregistrement et le film permettent de structurer le temps
- et l'espace et de laisser des traces.

C : L'art thérapie est une approche non médicamenteuse, originale et spécifique du soin.

- C1- Définition de l'art thérapie selon l'approche de l'école de Tours ... p 26
- C2- Les fondements de l'art thérapie s'enracinent dans la civilisation
- de la Grèce Antique.

C3- Les spécificités de l'art thérapie sont liées à l'originalité de ses outils.	
C3-a) La théorie de l'Art opératoire s'appuie sur les notions de bon, de bien, et de beau.	p 27
C3-b) Le phénomène artistique est la partie observable de la pratique artistique.	
C3-c)- L'opération artistique est l'organisation de l'activité artistique incluant les activités d'impression et d'expression.	
C4- De plus en plus d'ateliers d'art thérapie prennent en soin des patients atteints de M.A ou apparentée.....	p 28
C4-a- L'apport des neuro sciences et de l'imagerie cérébrale confère une dimension plus scientifique à l'utilisation de l'art dans le processus de soin en l'art thérapie.	
C4-b- L'art thérapie est préconisé pour traiter les troubles de l'expression, de la communication, et de la relation.	

Conclusion de la première partie:

L'art thérapie utilise ses spécificités pour stimuler les fonctions cognitives, physiques et sociales qui sont altérées au cours de la maladie d'Alzheimer..... p 29

Deuxième partie : présentation de deux prises en charge.

Les deux prises en charge présentées ci-après ont été réalisées dans le cadre de mon stage à l'EHPAD le Clos-St-Jean

1- Le stage.

- Le lieu est adapté à l'accueil du public atteint de la M.A. ou apparentée. p 30
- Le projet thérapeutique de l'établissement est conforme aux exigences des organismes de santé publique.
- Le personnel de l'établissement est formé pour prendre soin des personnes présentant une démence de type Alzheimer ou apparenté. p 31
- L'établissement propose plusieurs prises en charge spécifiques de la M.A. ou apparenté.

2- Les principes de l'art thérapie ont fait l'objet d'une présentation à l'ensemble du personnel de l'établissement, ainsi que les objectifs liés à la structure, les indications et les attentes liées à cette prise en charge spécifique.

3- Etudes de cas.

1- Mme F.

Indication : Troubles de l'expression, de la communication et de la relation p 31

A- La rencontre avec la patiente, la psychologue et la consultation du dossier ont permis d'établir l'état de base. p 32

- 1- Mme F. a 80 ans, elle souffre de la M.A à évolution lente, et d'un syndrome parkinsonien.
- 2- Mme F. souffre de troubles de la déglutition, sa respiration est haletante, et ses gestes sont rigides. Elle perd peu à peu l'usage de la parole.

Toutefois elle est volontaire et dispose d'un bon tonus et ses gestes sont énergiques

3- Mme F. souffre d'isolement, elle se plaint de ne pas avoir de relation ni de discussion avec les autres résidents, et semble perdre toute confiance elle.

Elle semble identifier les causes de sa douleur psychique.

4- Mme F. aime la lecture, la musique et les grands chanteurs. Elle sort quotidiennement, seule, faire une promenade dans le parc.

5- Mme F. bénéficie d'une prise en charge en orthophonie.

B- Au regard de l'état de base, une stratégie thérapeutique a été élaborée.

a) Objectif principal : amélioration de la vie sociale..... p 33

b) Objectifs intermédiaires :

1- Favoriser l'expression p 34

2- Revigorer sa confiance en elle.

C- La stratégie mise en place exploite le goût musical et son désir de faire de la musique pour stimuler son expression, pour communiquer et entrer en relation. ... p 34

-L'Orientation et le contrôle de son tonus musculaire dans les pratiques instrumentales devraient permettre de trouver un confort, un bien-être et de créer une pause dans les troubles de la déglutition et de la respiration. p 36

-L'écoute, la pratique vocale et instrumentale lui sont proposées.

-Les enregistrements filmés des séances font partie de la stratégie et renforcent son estime de soi.

D- Des grilles d'évaluation sont mises en place afin de mesurer: p 36

1- ses capacités d'expression

2- sa spontanéité dans la communication

3- son implication dans l'activité

E- Le bilan et l'interprétation des résultats sont transmis au médecin coordinateur et discutés en réunion. Dans l'ensemble les résultats sont positifs p 40

2- Mme A

Indication : 1- Troubles de la relation (apathie et comportement d'opposition) p 41

A- La rencontre avec la psychologue, la patiente, la consultation du dossier, et les discussions avec le personnel soignant permettent d'établir l'état de base.

1- Mme A. a 91 ans et souffre de troubles liés à la M.A. Elle est anosognosique. Rigidité des bras, des poignets, plusieurs doigts ne plient plus. Trouble de l'équilibre.

2- Mme A. a passé un mois en section protégée. Elle a déjà fugué.

3- Mme A reste isolée dans sa chambre et s'oppose à toute forme de stimulation. Aucune participation aux animations proposées. L'hygiène corporelle devient un vrai problème.

4- Mme A dit n'avoir besoin de rien, mais elle n'a envie de rien. Elle est apathique. Il semble en plus qu'un syndrome dépressif se soit installé.

5-Mme A aime le tricot, les grands violonistes et les chanteurs à texte.

6- Mme A. peut s'exprimer en faisant des phrases courtes et cohérentes.

B- Au regard de l'état de base une stratégie thérapeutique a été élaborée.	p 41
a) Objectif principal : Réduire l'apathie.....	p 42
b) Objectifs intermédiaires :	
1- Revigorer la saveur existentielle.....	p 43
2- favoriser une vie sociale.	
C- Des grilles d'évaluation sont mises en place afin de mesurer :	p 45
1- son implication dans les activités proposées.	
2- son plaisir dans les activités proposées	
3- l'expression spontanée	
4- son implication relationnelle	
6- l'intérêt du projet de soin : impact sur son hygiène corporelle	
D- Le bilan et l'interprétation des résultats sont transmis au médecin coordinateur et discutés en réunion.	p 47
L'ensemble de l'équipe a remarqué de nombreuses améliorations et juge le bilan positif.	
 <i>Conclusion de la deuxième partie.</i>	P 48
Pour les deux cas étudiés, les résultats sont positifs.	

Troisième partie : Discussion

Outil incontournable de l'art thérapeute, l'évaluation nécessite réflexions et compétences.	p 49
--	------

Parler d'évolution, de déclin, d'augmentation, de renforcement, de stimulation suppose un outil qui permet de constater le passage d'un état à un autre état : l'évaluation.

1- L'évaluation est primordiale :	p 49
1- L'évaluation permet de suivre l'évolution du patient dans la prise en charge.	
2- L'évaluation doit être facilement lisible.	p 50
3- L'évaluation doit être la plus objective possible.	
4- L'évaluation est important pour le patient et ses proches.....	p 51
5- L'évaluation permet de prendre de la distance.....	p 52

Avoir de telles compétences relève d'une personne formée.

2- Un art thérapeute est un professionnel qui adapte les moyens aux objectifs.	p 52
---	------

La musique est un outil qui peut servir au meilleur comme au pire et l'évaluation permet d'en mesurer les effets positifs ou négatifs.

La musique n'a pas que des vertus, en effet, employée à tort, elle peut.....	p 52
1- générer des troubles psychologiques	
2- générer des troubles corporels	

3- L’art thérapeute est sensible aux plus infimes vibrations de vie qui sommeillent en chaque patient et tente, par les moyens de l’art, de redonner à chacune d’eux la possibilité de s’épanouir.	p 55
<i>Conclusion de la troisième partie.</i>	<i>p 57</i>
Conclusion :	p 57
Épilogue :	p 58
Sources bibliographiques et médias :	p 59
Annexes :	p 61

Glossaire

Apathie : L'apathie désigne un état de fatigue et de mollesse accompagné d'une indifférence ou d'une absence d'émotions et de désirs.¹

Art : Activité d'expression orientée dans un but esthétique.²

Art I : Domaine de l'archaïsme et de l'expression brute³

Art II : Domaine du sophistiqué et de l'art conventionnel dont la musique est une technique.³

Communication : C'est le fait qu'il y a transmission d'information.⁴

Cognition : Processus d'acquisition de la connaissance⁵

Esthétique ; Science du beau, définie au XVIIIe siècle par Baumgarten.²

Espérance de vie : Nombre moyen d'années restant à vivre pour les personnes d'un âge donné, compte tenu des taux actuels de mortalité par âge.⁶

Expression : Action ou manière d'exprimer ou de s'exprimer⁷

Neurones : Cellules nerveuses qui composent le système nerveux et qui permettent aux différentes parties du corps de communiquer entre elles.

Qualité de vie : Synonyme de bien-être, santé perceptuelle et satisfaction de vie⁸

Pathologie : Relatif à un mauvais état de santé, à la maladie.⁹

Presbyaccousie : diminution de l'acuité auditive, due au vieillissement.¹⁰

Relation : Ensemble des rapports et des liens existant entre personnes qui se rencontrent...¹¹

Santé :¹² Est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

Thymie¹³ : Humeur d'un individu perceptible par son comportement extérieur.

Vieillesse : Le fait de devenir vieux et se s'affaiblir par l'effet de l'âge.¹⁴

Abréviations :

AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources

AP : Assistance Publique

HP : Hôpitaux de Paris

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes.

H.A.S : Haute Autorité de Santé.

M.M.S.E. : Mini Mental State Examination

IRMf : Imagerie par Résonance Magnétique Fonctionnelle

TEP : Tomographie par Emission de Positons

UPPD : Unité Protégée pour Personnes Dépendantes

USLD : Unité de Soins de Longue durée

A.R.S. : Agence Régionale de la Santé

PASA : Pôle d'activités et de soins adaptés

¹ <http://sante-medecine.commentcamarche.net/theme/encyclo>

² Richard Forestier : *Regard sur l'art* seeyousoon, p15

³ Richard Forestier : *tout savoir sur la musicothérapie*, Favre p84

⁴ Richard Forestier : *tout savoir sur l'art thérapie*, Favre p 35

⁵ Centre National de Recherches Textuelles et Lexicales

⁶ GIBSON Mary Jo Storey NUSBERG Charlotte : *Glossaire international de gérontologie sociale*

⁷ Dictionnaire le Robert

⁸ Résumé de la définition de l'OMS

⁹ <http://www.futura-sciences.com/magazines/sante/infos/dossiers/medecine/>

¹⁰ Quevauvilliers Jacques : *dictionnaire médical de poche*, masson, 2007

¹¹ Dictionnaire Larousse

¹² La santé : selon l'OMS

¹³ <http://dictionnaire.doctissimo.fr/>

¹⁴ Dictionnaire le Robert

Introduction

« Les vieux ne parlent plus ou alors seulement parfois du bout des yeux, même riches ils sont pauvres, ils n'ont plus d'illusions et n'ont qu'un coeur pour deux »... Brel « Les vieux ».

Comme de nombreux grands artistes, Jacques Brel a dépeint en quelques vers, avec justesse et précision la psychologie de certaines personnes âgées. Ce que certains écrivains ou philosophes ont mis des pages entières à traduire, lui, le résume en une phrase: « mourir cela n'est rien, mourir la belle affaire, mais vieillir ho vieillir... » : Un point de vue qui laisse songeur...

Et pourtant, c'est bien de cela qu'il s'agit. À notre époque, on vit de plus en plus vieux, mais pas forcément en bonne santé. Car si **l'espérance de vie** a augmenté (grâce aux traitements des maladies cardiovasculaires, des cancers...), ces dernières années en réalité, les traitements des maladies invalidantes (comme celles qui sont liées aux désordres mentaux, troubles musculo-squelettiques et les maladies neurodégénératives et le diabète) n'ont pas vraiment progressé.

Cela nous conduit à nous demander si gagner des années de vie en mauvaise santé est un progrès ? Les personnes âgées dans des souffrances terribles, nous questionnent à ce sujet. Sujet pour le moins polémique.¹⁵ La vieillesse est souvent associée au fait de perdre, et rarement au fait de gagner quelque chose.¹⁶

Pour autant, il n'est pas simple de définir la vieillesse. Selon les époques, la vieillesse ne porte pas toujours le même visage : « Chaque société a les vieux qu'elle mérite »¹⁷. Dans la Grèce Classique, on méprisait les vieux et on ne leur accordait qu'une place subalterne. Au moyen âge, on exploitait leur moindre force pour les vils travaux de la terre. Il faudra attendre le XVIII^e siècle,¹⁸ en France notamment, pour que la vieillesse change de traits, et devienne au XIX^e siècle, une force réellement considérée capable de diriger un pays comme les présidents de la troisième république. Une médecine pour les vieux verra le jour avec Charcot. Victor Hugo est l'emblème de la vieillesse capable de produire de belles oeuvres littéraires qui inspirent la jeunesse. Ces dernières décennies ont vu naître « le régime vieillesse », « les cotisations vieillesse », le « minimum vieillesse »... marquant une réelle prise en compte des effets du vieillissement.

Aujourd'hui la vieillesse est un véritable enjeu politique et économique, « 700 000 personnes réparties dans une dizaine de milliers d'établissements »¹⁹.

Bénéfices financiers et respect de la dignité humaine, deux tendances qui semblent s'opposer en toute chose.

Des maisons de retraite privées et cotées en bourse se vantent de prolonger la vie : « la vie continue avec nous ». De tels slogans affichés par certaines d'entre elles ne cachent-ils pas en réalité, l'exploitation de « ce gisement que l'on nomme or gris » ?

Quelles réalités se cachent derrière le mot « vieillissement » dit normal ?

¹⁵ *Science et vie*, juin 2013 N°1149, p 52 à 67

¹⁶ *la vieillesse de quoi avons nous peur ?* : Véronique le Ru, Larousse, p12

¹⁷ « *histoire de la vieillesse* » : Georges Minois : Fayard.

¹⁸ « *les vieux* » Jean Pierrér Bois , Fayard

¹⁹ « *Les maisons de retraite sont-elles des lieux de privation de liberté ?* » reportage diffusé sur France Culture le 11 mars 2013 .

Mes expériences personnelles liées à la musique m'ont conduit à considérer cet art comme un outil d'élévation et d'ouverture de l'esprit, de construction et de réparation de la personne humaine.

J'ai commencé la musique seul, en chantant les chansons de mon goût, en anglais, en français et en composant. Jusqu'alors, mon niveau scolaire était médiocre pour ne pas dire nul. Mais en quelques mois celui-ci s'est considérablement amélioré sans pourtant qu'aucun effort, autre que celui motivé par la musique n'ait été réalisé.

Que s'est-il passé ? C'est la question à laquelle je m'efforce de répondre depuis de très nombreuses années.

En 1990, j'ai travaillé sur un sujet de maîtrise de littérature : « Les représentations des pouvoirs de la musique dans la littérature du XVI^{ème} siècle ».

En même temps que mes études musicales et littéraires, j'ai travaillé auprès de personnes issues de milieux divers, transmettant mon intérêt pour la musique.

Je faisais toujours le même constat : la musique est bénéfique à tout âge, en tout lieu. Motivé par l'enseignement, c'est toujours avec le même enthousiasme que j'enseigne la musique en tant que professeur, en école de musique, en IME, en école élémentaire.

Aujourd'hui, je me forme à l'art thérapie pour mieux orienter les pouvoirs de l'art, reconnus depuis de nombreux millénaires, dans un but « thérapeutique et humanitaire » selon la définition de l'art thérapie.

L'art thérapie à dominante musique peut-être prescrite lors d'une prise en soin auprès de personnes âgées atteintes de démence de type Alzheimer ou apparenté.

Première partie :

A- Les symptômes de la démence s'ajoutent aux nombreuses modifications liées au processus de vieillissement.

1- Le processus de vieillissement est lié à des mécanismes physiologiques et psychologiques multiples et inéluctables chez tout être humain vivant.

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), on est vieux à partir de 65 ans. Pourtant, il faut rappeler que la rapidité du déclin naturel, de la santé et du bien-être dépend de nombreux facteurs, qui ne sont pas uniquement biologiques.²⁰ Les conditions de vie, comme le travail, la mauvaise alimentation, les maladies sont des facteurs aggravants ou accélérateurs du vieillissement mental ou somatique et jouent un rôle dans ce déclin.²¹

D'un point de vue gériatrique le vieillissement revêt plusieurs aspects : Il semble nécessaire de rappeler qu'une bonne connaissance des conséquences du vieillissement normal soit à distinguer de celle des maladies. Aussi, l'OMS reconnaît « l'importance d'une formation appropriée pour les futurs agents de santé, a établi un partenariat avec la Fédération Internationale des Associations d'Etudiants en Médecine pour s'efforcer d'obtenir que les problèmes du vieillissement soient inscrits au programme des études médicales et renforcer l'enseignement de la médecine gériatrique dans 42 pays ». ²²

Les effets du vieillissement sont nombreux et les exposer tous ici, dépasserait le cadre de ce travail.

A) Le vieillissement entraîne des transformations et des diminutions des capacités physiques

- Le blanchiment des cheveux
- L'affinement de la peau et apparition des rides
- Perte de taille
- Déformation posturale
- Perte de la masse musculaire
- Augmentation de la masse grasse
- Perte de capacités physiques

La perte de masse musculaire s'accompagne de :

- D'une plus grande fatigabilité
- D'actions plus lentes
- D'une Plus grande difficulté à se relever

En conséquence, la personne âgée peut se montrer plus hésitante à réaliser une action.

²⁰ OMS

²¹ Groupe de paroles pour les proches de personnes concernées par un diagnostic de démence - année 2011 : CODES comité départemental d'éducation pour la santé.

²² OMS Cent quinzième session Point 4.15 de l'ordre du jour provisoire EB115/29 2 décembre 2004
7 ème point du Plan d'action international sur le vieillissement : rapport sur la mise en œuvre.

Elle réagira plus lentement au risque de tomber. Elle aura aussi une moins grande résistance à l'effort.

-Baisse de la puissance sexuelle, qui peut être source de grandes gênes lorsque pouvoir et désir sexuel ne se produisent pas en même temps.²³

B) Le vieillissement entraîne une diminution des capacités sensorielles.

La vue est le sens qui nous relie le plus directement au monde qui nous entoure.

Les problèmes de vue peuvent être liés à différentes pathologies :

La Myopie : incapacité à voir de loin, bien qu'elle ne soit pas forcément liée au vieillissement.

L'hypermétropie : difficulté à voir de près.

La presbytie : trouble de l'accommodation, de la mise au point.

La cataracte : en s'opacifiant le cristallin diminue considérablement la netteté des images perçues.

La vue est un sens très sensible au vieillissement. En diminuant, elle peut avoir un fort retentissement sur la vie sociale du sujet. Certaines personnes ayant une vue mauvaise vue seront tentées de diminuer leurs sorties ou leurs activités.

L'ouïe

C'est le sens de la communication et du rapport social. La perte d'audition est souvent parcellaire et concerne plus souvent les hommes. La perception des hautes fréquences (celles de la voix) est souvent plus altérée.

L'odorat et le goût :

Ces deux sens sont intimement liés. Beaucoup de médicaments de la personne âgée interagissent sur le goût et l'odorat. Quand ces sens sont touchés, l'appétit est souvent contrarié. De plus, les muqueuses sont plus fragiles et la dentition souvent défectueuse ce qui entrave la perception du goût et l'alimentation.

C) Le vieillissement entraîne globalement une diminution des capacités cognitives.

-Les fonctions supérieures ; celles qui sont acquises le plus tard sont celles qui diminuent les premières.

- La personne vieillissante a besoin de plus de temps pour percevoir, comprendre, analyser et traiter une information, mais la fonction de mémorisation pure n'est pas forcément touchée (inattention, distraction, hiérarchisation de l'information différente).²⁴

D) Le vieillissement peut être à l'origine de modifications psychiques nécessaires pour s'adapter.

Toutefois, chez la personne âgée, il semble que « l'activité cérébrale dans les régions postérieures (occipito-temporales) » s'accompagne « d'une activité cérébrale dans les régions antérieures (incluant le cortex préfrontal). Etudes réalisées en IRMF ou TEP, pour les tâches de perception visuelle, d'attention, de mémoire de travail, d'encodage et de récupération en mémoire épisodique ... les auteurs de cette étude considèrent que ce transfert d'activation représente une stratégie de compensation »²⁵.

²³ *Grandir jusqu'à la mort ?* à propos de M. Balint « the psychological Problème of Growing old » Michelle

²⁴ Patrick Lemaire-Louis Bherer *Psychologie du vieillissement*, De Boeck, p 88

²⁵ Denis Brouillet : *le vieillissement cognitif Normal* : neurosciences et cognition : de Boeck p39

2- Les maladies neurodégénératives sont à l'origine d'un vieillissement pathologique qui provoquent des troubles neurologiques pouvant se traduire, à terme, par un aller sans retour vers la démence.

A)- Les maladies neuro-dégénératives sont des maladies qui altèrent le système nerveux central et qui peuvent évoluer vers un syndrome démentiel.

Une maladie neurodégénérative se caractérise par la détérioration des cellules nerveuses appelées les neurones. Ceux-ci ne fonctionnent plus normalement. L'altération de ces cellules peut aboutir à leur mort. Les maladies d'Alzheimer, de Parkinson, de Creutzfeldt Jakob et la sclérose en plaque sont des maladies dues à une dégénérescence des neurones du système nerveux central.²⁶

Les neurones sont reliés entre eux et forment des réseaux de communication. Certaines aires du cortex cérébral correspondent à une fonction spécifique. La perte de nombreux neurones dans certaines aires préférentielles (en fonction de la maladie) entraîne une altération des fonctions sous-tendues par ce substrat organique. La mémoire peut être altérée, ainsi que le langage, la motricité, et l'équilibre.

Toutes les maladies neurodégénératives ne finissent pas obligatoirement en démence.

B)- La démence entraîne des troubles des facultés cognitives

L'OMS définit la démence comme « une altération progressive de la mémoire et de l'idéation, suffisamment marquée pour handicaper les activités de la vie de tous les jours. Cette altération doit être apparue depuis au moins six mois et être associée à un trouble d'au moins une des fonctions suivantes : le langage, le calcul, le jugement, la pensée abstraite, les praxies, les gnosies, ou modification de la personnalité ».²⁷

C)- Il existe plusieurs types de démences qui se différencient cliniquement par le profil cognitif obtenu au bilan neuropsychologique.

Le type de démence est défini suite à des tests divers. La H.A.S. recommande le M.M.S.E. (mini mental state examination). Ce qui suit est une classification des maladies neurodégénératives.²⁸

A/ Démences dégénératives (primaires)

1-Les démences corticales :

L'altération des neurones se situe sur les aires corticales qui régulent les fonctions supérieures (cognitives).

- **Maladie d'Alzheimer** : « La maladie d'Alzheimer se caractérise par l'accumulation anormale d'une protéine (Tau) au sein des neurones impliqués dans la mémorisation et les fonctions intellectuelles et par la présence entre les neurones d'un *polypeptide* (bêta amyloïde) qui altère leurs connexions ».¹³

- **Atrophies Focales** :

*Démence lobaire fronto-temporale (DLFT)

²⁶ <http://www.universcience.fr/fr/accueil>

²⁷ l'OMS (1994)

²⁸ V.Hahn-Barma, E Guichart-Gomez : *Manuel de neuropsychologie clinique des démences-Troubles mnésiques inauguraux* Phase 5, 2007. p11

- *Aphasie primaire progressive (APP)
- *Atrophie corticale postérieure (ACP)
- *Apraxie progressive (AP)

2- les démences sous-corticales :

L'altération des neurones se situe au niveau des noyaux gris centraux.

-Maladie de Parkinson

Selon le DSM IV, « Dans la maladie de Parkinson, des lésions affectent la partie cérébrale intervenant dans le contrôle des mouvements volontaires. La mort des neurones qui libèrent la dopamine entraîne un déficit de ce neurotransmetteur et une dégénérescence des communications entre neurones. »

-Paralysie supra nucléaire progressive (PSP)

-Maladie de Huntington (MH)

-Atrophie multi systématisée (AMS)

3-les démences cortico-sous-corticales

L'altération des neurones se situe sur les deux niveaux, corticaux et sous corticaux.

- Démence à corps de Lewy (DCL)

- Démences cortico-basale (DCB)

B/ Démences secondaires irréversibles :

-Démences vasculaires (atteintes multifocales)

-Démences hémorragiques

-Démences post encéphaliques

-Démences traumatiques, toxiques, carentielles et tumorales (démences alcooliques, démences du SIDA).

C/ Un critère majeur, obligatoire :

1. La constatation de troubles de la mémoire :

- Les troubles sont observés par le patient ou ses proches depuis plus de six mois.
- La confirmation d'un trouble de la mémoire épisodique à long terme par des tests sur la mémoire.

2. Objectivation d'une altération de la mémoire épisodique aux tests avec un déficit du rappel et un indiçage qui ne normalise pas celui-ci sous réserve que l'encodage ait été contrôlé (par exemple avec le test du RL/RI selon le paradigme de Grober-Buschke, dont la sensibilité est de 92%, données à paraître), qui montrent un syndrome amnésique de type hippocampique.

3. Le trouble de la mémoire épisodique verbale peut être isolé ou associé à d'autres changements cognitifs au début de la M.A. ou lors de son évolution.

Un ou plusieurs des critères suivants :

a. Présence d'une atrophie du lobe temporal médian :

- Atrophie de l'hippocampe, du cortex entorhinal, de l'amygdale à l'IRM selon une cotation qualitative utilisant une cotation visuelle (référéncée avec des normes selon l'âge) ;

b. Taux anormal de biomarqueurs dans le liquide céphalo-rachidien :

- Concentration basse de β 1-42 amyloïde, concentration augmentée de tau total,
- ou concentration augmentée de phospho-tau ou combinaison des trois anomalies.

- c. Aspect spécifique de neuro-imagerie fonctionnelle avec un PET montrant :
- Un métabolisme du glucose dans les régions pariéto-temporales bilatérales,
 - Autres ligands bien validés.
- d. Mutation autosomale décrite dans la MA dans la famille proche (chromosome 21, 14 et 1)

⇒ Dans notre travail, nous nous attacherons particulièrement à la maladie D'Alzheimer.

3- La maladie d'Alzheimer est une maladie neurodégénérative.

A): Aloïs Alzheimer réalise sa découverte en avril 1906.

Le 8 avril 1906, Auguste D. décède. Le Dr. Alzheimer obtient de la famille la permission de pratiquer une autopsie. Il constate une atrophie du cerveau au niveau du cortex, cette fine couche extérieure de matière grise qui est impliquée dans la mémoire, le langage, le jugement et la pensée en général.

Poursuivant son examen au microscope, il découvre deux types de dépôts anormaux entre les cellules nerveuses. C'est la première fois qu'Alzheimer les observait chez une personne aussi jeune. Le 4 novembre 1906, il décrit pour la première fois cette « maladie particulière du cortex cérébral ».

C'est seulement en 1911 qu'Alzheimer va publier un article sur cette maladie qui est devenue malgré lui, la « maladie d'Alzheimer ». En effet, son responsable hiérarchique, Emil Kraepelin, au laboratoire de Munich, valide rapidement et profite de cette découverte pour assurer la notoriété de son laboratoire, afin d'attirer les fonds de recherche. Entre temps, il avait déjà pu identifier un autre patient, Johann F. présentant une maladie presque semblable mais à la différence près que les « plaques amyloïdes », ces dépôts, se trouvaient à l'extérieur des cellules nerveuses et non à l'intérieur comme ce fut le cas pour Auguste D. Observation confirmée seulement à la fin des années 1990 par l'Institut de Neuropathologie de l'Université de Munich, qui retrouva des coupes de tissu cérébral de Johann F. bien conservées.

Le 19 décembre 1915, Alois Alzheimer meurt prématurément à l'âge de 51 ans. Il a apporté une grande contribution à la neuropathologie actuelle. On lui reconnaît d'avoir mis en relation les données de ses travaux anatomiques et cliniques, chose rare à l'époque.²⁹

B): Les principales causes de la maladie d'Alzheimer résultent de processus dégénératifs différents : l'amyloïdogénèse et l'agrégation de la protéine Tau.

« En deux mots, la maladie d'Alzheimer résulte de la rencontre de deux processus dégénératifs différents, qui se conjuguent pour provoquer la dégénérescence des cellules nerveuses: l'amyloïdogénèse qui correspond à un dysfonctionnement d'une protéine, nommée APP et l'agrégation de la protéine Tau sous forme de filaments pathologiques dans les cellules nerveuses. Ces deux processus dégénératifs se potentialisent et provoquent la dégénérescence progressive de la presque totalité des cellules nerveuses impliquées dans la mémoire et les fonctions intellectuelles supérieures. »³⁰

C) : Les principaux symptômes de la maladie d'Alzheimer sont les troubles cognitifs et les troubles psycho comportementaux :

²⁹ <http://www.alzheimer-adna.com/Gn/index.htm>

³⁰ <http://www.alzheimer-adna.com/Abeta/cascade.hypothesis.html>

C1- Les troubles cognitifs ont une incidence sur la mémoire (amnésie), sur les repères spatio-temporels, sur les fonctions instrumentales (aphasie, apraxie, agnosie) ainsi que sur les fonctions exécutives et attentionnelles.

A-Les troubles cognitifs :

- 1- Troubles de la mémoire prédominant touchant la mémoire épisodique dans un premier temps avec un gradient temporel.
- 2- La perte des repères spatio-temporels, pouvant entraîner des troubles de l'humeur.

B- troubles des fonctions instrumentales :³¹

Un tableau récapitulatif est proposé.

a) aphasie	b) apraxie	c) agnosie
- Perturbation du langage. - Difficulté à nommer des objets ou des personnes, - Discours vague avec de longues circonvolutions et une utilisation importante de mots imprécis comme "chose" et "ça". - Altération du langage parlé et écrit. - À un stade avancé répétition de quelques phrases ou mutisme.	-Altération de la capacité à réaliser une activité motrice malgré des fonctions motrices intactes. Les sujets ne peuvent imiter des gestes comme de se coiffer ou exécuter correctement des gestes symboliques comme faire un au revoir de la main. L'apraxie peut conduire à l'impossibilité de cuisiner, de s'habiller, etc...	Impossibilité de reconnaître ou d'identifier des objets malgré des fonctions sensorielles intactes. Les sujets peuvent être incapables de reconnaître des objets, des membres de leur famille ou encore leur propre image dans le miroir. De la même façon, ils peuvent être incapables, malgré une sensibilité tactile normale, d'identifier, par le toucher seulement, des objets familiers comme des clés ou des pièces de monnaie.

C2- Les troubles psycho-comportementaux comportent les troubles affectifs et émotionnels ; les symptômes psychotiques ; les troubles du comportement et les troubles des conduites instinctuelles.

Les troubles psycho comportementaux :³²

Ce qui suit ne peut se prétendre exhaustif.

Les troubles affectifs et émotionnels :

1-**Dépression** : Les troubles dépressifs sont fréquents au cours de la maladie ; la tristesse, la perte brutale de tout intérêt, les pleurs, les sentiments de dévalorisation, les idées noires... sont représentatifs de cet état.

2-**Anxiété** : Sentiment d'inquiétude. À distinguer de l'angoisse qui peut survenir dans la période suivant l'annonce du diagnostique, perçu comme une « catastrophe ».

3-**Apathie** : Elle se caractérise par une absence d'activité et de réaction. Elle peut se traduire à long terme dans la M.A. par une inactivité totale. Un désinvestissement dans les soins quotidiens apportés à l'hygiène corporelle peut résulter de cela.

³¹ Tableau réalisé à partir des données sur le site : <http://www.psychomedia.qc.ca/>

³² Thierry Gallarda et Dominique Willard : *Connaître et comprendre les troubles psycho-comportementaux dans la maladie d'Alzheimer* : JANSSEN-CILAG neurosciences

Les symptômes psychotiques :

- 1-**Délire** : souvent associé aux thèmes de la persécution, de la jalousie ou de préjudices subis
- 2-**Hallucinations** : rarement élaborées, elles sont souvent auditives et/ou visuelles.
- 3-**Les troubles de l'identification** : favorisés par la perte de reconnaissance des physionomies, ces troubles concernent le propre visage du malade et de ses proches.

Les troubles du comportement :

- 1- **Agitation** : répondant à des causes multiples (physiques, psychologiques, médicamenteuses, l'environnementales, mauvaise qualité du soutien...), l'agitation est souvent motrice et peut traduire une douleur d'origines diverses. Elle exprime un appel ou une protestation.
- 2- **Comportements agressifs** : d'intensité variable, l'agressivité peut être verbale ou physique. Ces troubles sont souvent liés à une méconnaissance de la maladie (anosognosie) par le patient qui ne comprend pas les limitations de leurs activités habituelles.

Les troubles des conduites instinctuelles

- 1-**Troubles du sommeil** : l'apathie, le manque de stimulations, et les angoisses peuvent engendrer une hyper somnolence durant la journée et des veilles nocturnes.
- 2-**Troubles du comportement alimentaire** : Ces troubles peuvent conduire à une anorexie ou prise de poids liée à un goût prononcé pour les aliments sucrés.
- 3-**Troubles du comportement sexuel** : Les études sur ce sujet étant rares, on notera plutôt un désintérêt pour la sexualité qu'une hypersexualité ou une désinhibition (exhibition, avances à des inconnus)

La maladie évoluant différemment en fonction des personnes et plus ou moins lentement, les conséquences des troubles cognitifs provoquent une diminution de l'estime de soi, de la confiance en soi, et l'affirmation de soi...

4- L'accueil et le soin apportés aux patients atteints de maladie d'Alzheimer et apparentée répondent à une volonté politique.

A- Plusieurs Plans Alzheimer ont été mis en place depuis 2001 en France.

Conscient de l'ampleur du fléau que provoque cette maladie, tant sur le plan social, économique qu'éthique, le gouvernement multiplie les plans pour encadrer la maladie d'Alzheimer depuis plus de dix ans. Cette maladie touche aujourd'hui plus de 800 000 personnes en France. Le premier plan date de 2001 et prévoyait déjà un meilleur diagnostic.

Le plan 2004-2007 prévoyait dix objectifs pour une meilleure prise en charge : Les priorités du plan 2008-2012 étaient articulées autour de trois points : le soin, l'accompagnement et la recherche dans le respect de leur dignité.³³ Ce plan a permis la création des Maisons de l'autonomie, les consultations mémoire, la prise en charge des aidants de la personne atteinte et l'aide à la recherche... Ce plan est reconduit en 2013 avec une ouverture sur les autres maladies neurodégénératives.

B- il existe différentes prises en charge de la maladie d'Alzheimer et apparentée ainsi que des accueils spécialisés notamment dans les EHPAD.

Les solutions de prise en charge sont nombreuses en voici quelques-unes.

³³ <http://www.social-sante.gouv.fr/espaces,770/affaires-sociales,793/>

1- Le maintien à domicile :

Le maintien à domicile permet aux malades d'Alzheimer de garder leurs repères le plus longtemps possible. Il convient que des visites régulières des proches ou d'un personnel médical soient assurées. Ce maintien est plus rassurant pour les patients comme pour les aidants, mais nécessite parfois des aménagements du domicile pour assurer la sécurité des accès et éviter les chutes.³⁴

2- Services à domicile.

Le niveau d'autonomie est évalué grâce par à la grille AGGIR. « La grille nationale AGGIR permet d'évaluer le degré de dépendance du demandeur de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) afin de déterminer le niveau d'aide dont il a besoin. Les niveaux de dépendance sont classés en 6 groupes dits "iso-ressources" »³⁵.

Des services à domicile sont de trois ordres et sont assurés par du personnel accompagnant.

« **L'aide à la personne** : aide à se lever, se laver, s'habiller, se nourrir, aller aux toilettes, se déplacer dans son domicile, se coucher et, garde-malade.

L'aide dans les tâches quotidiennes : travaux ménagers, préparation de repas, livraison de repas, de linge ou de courses, bricolage, petit jardinage, promenade d'animaux de compagnie...

L'aide aux activités sociales : aide pour les démarches administratives, accompagnement dans les activités de loisirs, la vie sociale, les sorties hors du domicile (visites chez le médecin, courses, visites aux amis...), la conduite du véhicule personnel. »³⁶

3- Accueil de jour

Les structures d'accueil de jour sont des lieux de vie, de prise en charge proposant des activités qui « favorisent la stimulation cognitive et visent à maintenir autant que possible les capacités cognitives ou fonctionnelles des personnes atteintes »³⁷. Les intervenants sont tous des paramédicaux au minimum. Ils permettent aux proches, qui sont souvent les aidants de se reposer et de se protéger de l'épuisement physique et psychologique.

4- Les EHPAD

La loi du 24 janvier 1997, complétée par les décrets multiples jusqu'en 2003, régit les EHPAD. Comme tous les établissements médico-sociaux en France, les règles qui régissent le fonctionnement des EHPAD sont fixées par le Code de l'action sociale et des familles¹⁸. Leurs statuts engagent ces établissements sur des critères de qualité et de prise en charge plus personnalisée à partir de 2007. Les EHPAD accueillent les trois-quarts des personnes âgées de plus de 60 ans, et un grand nombre d'entre eux possèdent une ou plusieurs unités de soins spécifiques accueillant des personnes atteintes de la M.A. et troubles apparentés.

5-Soins de longue durée dans les hôpitaux

Les AP et HP accueillent des patients dans des Unités de Soins de Longue Durée (USLD) et des Unités d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (UHPAD). Ces unités ont vocation à recevoir des personnes âgées malades, qui ont perdu une partie de leur autonomie et qui nécessitent des soins médicaux et techniques importants.³⁸ Elles assurent

³⁴ <http://www.doctissimo.fr/html/dossiers/maisons-retraite/articles/aide-technique-aide-quotidien.htm>

³⁵ Allocation personnalisée d'autonomie (Apa) : grille Aggir : <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/N392.xhtml>

³⁶ <http://www.doctissimo.fr/html/dossiers/maisons-retraite/aide-a-domicile.htm>

³⁷ <http://alzheimer.comprendrechoisir.com/comprendre/alzheimer-essentiel>

³⁸ <http://espacepatient.aphp.fr/avant-de-venir/minformer-sur-les-soins/les-soins-de-longue-duree/>

une surveillance médicale et des soins en permanence et établissent un projet de soins adapté et individuel. La continuité des soins et la surveillance médicale et paramédicale sont assurés 24h/24 dans toutes les unités de soins de longue durée.

- Les unités spécialisées

Les PASA (Pôle d'Activités et de Soins Adaptés pour des troubles du comportement modérés) et les UHR (Unités d'Hébergement Renforcées, pour les troubles du comportement sévères), sont des unités de soins et d'activités adaptées aux M.A. dans les EHPAD ou les USLD (Unité de Soins Longue Durée). Ces unités proposent aux résidents des activités sociales et thérapeutiques. Ceci afin de maintenir ou de réhabiliter leurs capacités fonctionnelles, leurs fonctions cognitives, sensorielles et leurs liens sociaux.³⁹ C'est la mesure 16 du plan Alzheimer 2008-2012. Ces unités spécialisées sont la plupart du temps au sein d'une structure médicalisée.

B) Les pratiques artistiques requièrent certaines capacités cognitives qui sont altérées dans la maladie d'Alzheimer.

B1-La musique est un art qui exige de multiples dispositions du corps et de l'esprit.

1- La musique est l'art d'organiser les sons avec une orientation esthétique.

De toutes les définitions données au cours de l'histoire de la musique, nous retiendrons pour notre travail l'idée que la musique est l'art d'**organiser** les sons dans le temps et l'espace dans un but esthétique.

2- L'histoire de la musique est liée à l'histoire de l'humanité : elle reflète la pensée et le style d'une époque, ainsi que ses avancées technologiques.

Il n'est pas possible de retracer ici toute l'histoire de la musique conjointement à celle des hommes. Toutefois, on dit souvent que la musique est « vieille comme le monde ».

A l'origine, la musique en tant que divertissement n'existait certainement pas.

Les premiers hommes se servaient-ils des sons produits par les mains, des morceaux de bois, des pierres.... pour évaluer les distances en utilisant l'écho, faire fuir les prédateurs, invoquer les esprits, apaiser la nature, jusqu'à ce qu'ils découvrent que la voix est un moyen puissant et magique et qu'elle permet de séduire, bref d'exister dans le temps et l'espace. La musique « permet aussi au devin, de transmettre la parole divine aux autres hommes ».⁴⁰

La musique, comme les autres arts, s'inscrit dans le temps, dans la mesure où elle exprime les idées, (à travers les textes par exemple, ou les formes musicales) et la sensibilité des hommes. Elle est liée à l'évolution des outils qui permettent de fabriquer les instruments de musique, eux-mêmes imaginés par les inventeurs d'une même époque.

Ainsi, la culture, les traditions et l'histoire d'un peuple se retrouvent dans la mémoire de la musique. La musique porte en elle les expériences humaines face à l'environnement, à la matière, au corps et à l'esprit.

³⁹ <http://www.groupe-korian.com/Les-Fiches-Conseil/La-vie-en-etablissement/LE-PASA-Poles-d-activites-et-de-soins-adaptes-self>

⁴⁰ Richard Forestier : *Tout savoir sur l'art occidental*, Favre p32

3- L'activité musicale exige des facultés cognitives telles que :

a- La mémoire

Que ce soit par l'écoute contemplative ou par la pratique, la musique « est aussi essentiellement émotionnelle qu'intellectuelle »⁴¹.

La musique est une forme de langage, car comme le langage, elle répond à des normes structurelles, formelles, des règles d'écriture...etc.

La musique suppose donc une mémoire pour être élaborée, pour évoluer, pour s'enrichir.

Il faut pouvoir se souvenir des gestes pour agiter, frotter, frapper sur une percussion (qu'est-ce que c'est ? et comment l'utilise-t-on ?).

Il faut encore se souvenir de l'ordre des sons pour jouer une mélodie même simple.

Enfin, il faut se souvenir de l'enchaînement de doigtés, de gestes, de structures de phrase, de l'enchaînement de phrases musicales.

b- Les praxies.

Les praxies sont des réponses organisées à des stimulations qui s'appuient sur des représentations mentales ⁴² . « C'est l'ensemble de **mouvements coordonnés** en fonction d'un but. »⁴³

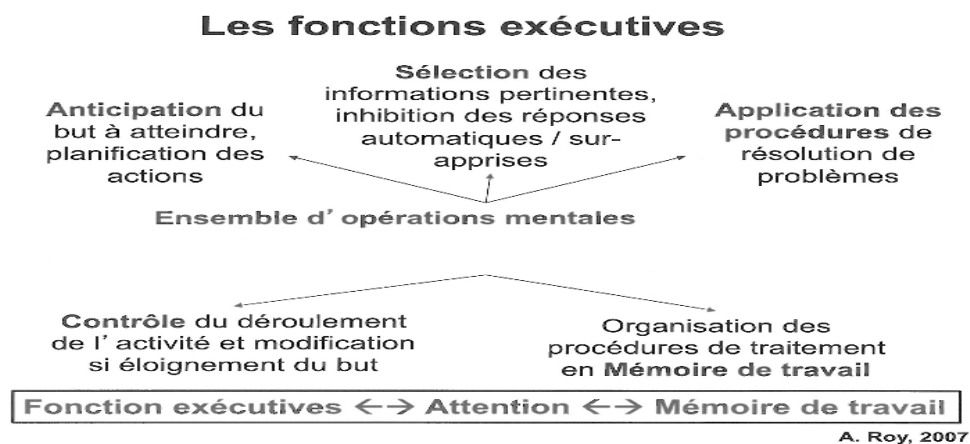
Les praxies sont à différencier de la motricité qui commande les muscles en vue de la réalisation d'un geste. Jouer de la musique suppose de jouer à un moment précis (dans le tempo), avec fluidité, avec un geste organisé.

c- Les fonctions exécutives et attentionnelles.

Les fonctions exécutives regroupent l'ensemble des processus de contrôle permettant l'adaptation à des situations nouvelles ou complexes.

Elles comprennent un ensemble d'opérations complexes incluant la motivation, l'anticipation, la stratégie, la planification, l'attention, la sélection d'informations, le contrôle du bon déroulement et de l'efficacité de l'action, l'évaluation du résultat au regard du but initial...

On peut résumer la démarche par le tableau de A. ROY réalisé en 2007.



⁴¹ *musicophilia* Olivier Sacks, point p377

⁴² *ETUDE NEUROPSYCHOLOGIQUE DES RAPPORTS ENTRE OUTIL, GESTE ET USAGE* François OSIURAK, thèse de doctorat psychologie univ. Angers année 2007 N°887 p 77

⁴³ dictionnaire larousse

Dans cette perspective, on peut dire que la musique exige des savoir-faire car « la détermination des moyens entraîne des choix tant dans les mouvements humains que dans les outils et matériaux de l'art »⁴⁴

4- la musique est une activité artistique qui exige une maîtrise du temps et de l'espace.

Jouer de la musique suppose de se repérer dans le temps, le temps de la musique et donc de percevoir « les formules rythmiques dès que nous les entendons puis de les transformer en modèles ou en gabarits intérieurs »⁴⁵

La musique et le temps sont deux notions qui sont liées. Avec le tempo et le rythme, les carrures de phrase, la forme d'une pièce musicale, la musique est marquée de cette notion de temporalité.

La musique exige une organisation de l'espace par la mélodie ou l'harmonie, dans la mesure où elle s'organise selon des critères qui peuvent se mesurer en intervalle, (la seconde, majeure ou mineure etc...).

5- la musique est produite par le corps et pour le corps.

La musique, qu'elle soit chantée ou jouée sur des instruments, est produite par le corps, la voix, les mains, les pieds... et pour le corps. La finalité de la production musicale est « d'impressionner » le cerveau via l'oreille (tout le système de l'audition) voire le corps entier par les vibrations.

B2-La musique a de nombreux pouvoirs qui lui sont spécifiques :

Énumérer les effets de la musique dépasserait le cadre de notre travail, pourtant nous en exposerons quelques-uns en lien avec la M.A. .

La musique « est un plaisir qui facilite l'émission de la parole ... de plaisir et de jeu ... »⁴⁶ ;
« Langage qui permet un déconditionnement de l'angoisse par rapport au langage oral ... »⁴⁷ ;
Souvenir qui facilite l'évocation, la parole et la communication... ».

a)-La musique met le corps en mouvement : elle a des effets physiologiques.

-Des mouvements à l'intérieur du corps comme l'augmentation du rythme cardiaque et sécrétion de dopamine peuvent être observés par des instruments de mesure : en 2011, l'équipe du Pr. Robert Atorre a découvert qu'« écouter de la musique élève le niveau de dopamine, un neurotransmetteur à l'origine de la sensation de plaisir »

De même, grâce à l'observation du cerveau par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf) « les chercheurs ont observé que la zone du cerveau appelée noyau accumbens s'activait en fonction du degré d'intérêt » porté à une musique.⁴⁸

-Des mouvements visibles extérieurement dès le plus jeune âge : « le mouvement rythmé des mains est un geste préparatoire au langage ; il est le plus souvent associé à une forte émotion, dans une situation communicative avec la mère, et est accompagné ou non de petits cris souvent rythmés, d'accélération du rythme respiratoire, et de balancements du tronc »⁴⁹.

⁴⁴ Richard Forestier : *Tout savoir sur l'Art occidental*, , Favre, p 172

⁴⁵ Olivier Sacks : *Musicophilia*, point p 319 et 320

⁴⁶ H. Tramier et J.P. Roll : *Le corps et la musique*, confluent des sciences p 146

⁴⁷ H. Tramier et J.P. Roll : *Le corps et la musique*, confluent des sciences p 146

⁴⁸ Véronique Marsollier : « ce plaisir unique de l'écoute musicale » universcience.fr : science et actualité.fr : neurobiologie : article du 15/04/2013 traduisant un article paru le 12/04/2013 dans Science.

⁴⁹ H. Tramier et J.P. Roll : *le corps et la musique*, confluent des sciences p 144

La musique est faite par le corps. La musique (le chant) et la danse sont intimement liées. Pour celui qui joue de la musique, le geste musical invite à l'expression corporelle.

La musique est faite pour le corps. Elle est essentiellement interceptée par les capteurs sensoriels de l'ouïe (même si le corps perçoit aussi la musique par les vibrations) et elle est transmise au cerveau où elle est analysée, comparée, mémorisée et elle suit des chemins que les neurosciences étudient et comprennent de mieux en mieux aujourd'hui.

Le mouvement en musique procure une sensation d'unité, de plénitude, d'harmonie, car le corps et l'esprit sont reliés et « le milieu intérieur et extérieur sont mobilisés (...) et il permet de comprendre le sens du mouvement de l'autre »⁵⁰.

« Le mouvement déclenche une expérience musculaire et respiratoire ».⁵¹

La musique et le mouvement s'harmonisent grâce au rythme. Le rythme donne le sentiment de maîtriser le temps.

Pour des personnes âgées atteintes de maladie de type d'Alzheimer ou apparenté, le fait de chanter ou de jouer d'une percussion par exemple, peut être un effort physique qui s'apparente à une activité physique qui permet d'évacuer les angoisses, détend le corps et lui redonne de la souplesse.

b)-La musique stimule les fonctions cognitives.

« La musique peut permettre à une aptitude de s'organiser, d'enchaîner des actes complexes ou de mémoriser de grands volumes d'informations, elle a une puissance narrative et mnémonique. (...) Les rimes, les métriques et les chants étant particulièrement efficaces à cet égard »⁵². Plus surprenant encore : « l'imagination d'une musique ou d'un rythme peut s'avérer aussi puissante, du point de vue neuronal, que son écoute réelle. »⁵³

À la question : « la musique est-elle un neuro-protecteur » ? Les scientifiques présents lors du répondent : « les thérapies musicales ont montré des résultats positifs pour traiter les troubles de l'humeur et du comportement dans les démences, mais aussi aider à lutter contre le déclin cognitif, en particulier dans le domaine de la mémoire et du langage ».⁵⁴

c)-La musique favorise des liens sociaux

La musique crée une relation de sympathie au sens où l'entendait Pythagore.

La musique entendue collectivement permet de créer des liens entre des personnes différentes, en leur permettant de vibrer avec la même intensité, à la même vitesse.

« Lorsque deux êtres vivants partagent une même musique, ils éprouvent le sentiment de vivre dans un même monde ». B Cyrulnik

Plus encore que des liens sociaux, « la musique a une valeur adaptative » et « plus qu'à communiquer, la musique sert à communier, à rassembler » ; « elle répond à un besoin d'appartenance »⁵⁵.

d)-La musique peut avoir des fonctions éducatives.

Depuis des siècles, les programmes scolaires reconnaissent les bienfaits de la musique dans un programme d'éducation.

En Avril 1959 dans le bulletin hebdomadaire N°15 de l'Education Nationale, Marcel Villin, inspecteur de l'enseignement primaire, constatant que les enfants de 9 à 10 ans récitent d'une

⁵⁰ Antoine Lejeune & co. : *Musique, Mouvement et Maladie d'Alzheimer*. Edition De Boeck p 50.

⁵¹ Idem.

⁵² Olivier Sacks : *musicophilia*, point p 315 et 316

⁵³ Olivier Sacks : *musicophilia*, point p 320

⁵⁴ 4^{ème} colloque international des instituts Gineste-Marescotti, Paris 2011 Revue francophone de gériatrie et de gérontologie : octobre 2011. Tome XVIII. N° 178

⁵⁵ H. Tramier et J.P. Roll : *le corps et la musique* de confluent des sciences p 141

façon monotone, se demande « comment faire naître l'émotion qui permettra de trouver et d'exprimer le ton juste, (...) de rendre le rythme exact... ». Il propose d'associer des représentations musicales et plastiques aux images du texte poétique.

Pourtant, cela n'a rien de nouveau. Dès 1523, on organise les programmes et règlements scolaires qui prévoient tous les jours « la récitation par cœur des différents genres métriques et le chant d'un poème d'Horace » car la musique permet d'apprendre facilement la langue⁵⁶ « La musique équilibre du mental et du sensoriel qui, par la pratique régulière de la rééducation dans le chant, les rythmes, la danse, facilite un grand nombre d'acquisitions. Car la musique constitue, le meilleur domaine d'entraînement de l'appareil sensori-moteur par l'intérêt, le plaisir et le souvenir du ressenti »⁵⁷.

Luther dit : « Elle tient lieu de discipline et de censeur, car elle rend les gens plus doux, plus calmes, moraux et raisonnables ».

On distingue donc deux fonctions éducatives. L'une socialisante et l'autre facilitant les apprentissages.

« Le pouvoir de l'Art est éducatif au sens premier du terme, soit développement et épanouissement des facultés humaines – comme l'acuité sensorielle, la motricité fine ou bien l'imaginaire... »⁵⁸.

B3- L'art thérapie à dominante musique propose plusieurs méthodes de travail : 1-L'écoute peut-être contemplative ou dirigée.

1-a- L'écoute contemplative favorise les émotions

Que la musique soit entendue volontairement ou pas, elle produit un effet sur les personnes. Lorsque nous sommes dans un lieu public par exemple et que la musique est en fond sonore, même si nous la subissons et que nous entendons plus que nous écoutons, elle suscite des émotions, qu'elles soient agréables ou pas.

Toute la richesse du langage musical et son évolution liée à celle de l'homme (les modes, les genres), ne serait-elle pas liée à la richesse des émotions humaines ? Le romantisme par exemple a su explorer les contrastes, les nuances, les variations de mouvements, les indications d'interprétation, les modulations, etc... pour s'approcher le plus possible de la diversité des sentiments et des émotions.

Par les émotions, « le cerveau humain inciterait de cette façon à l'introspection, avec des conséquences sur le comportement ». ⁵⁹

« ...les rapports des émotions et de la musique ont été étudiés sous l'angle du corps, du tonus, de la gestuelle et de la communication : « sans émotions, pas de communication, et sans communication, pas de société ».⁶⁰

Le lien entre les émotions et la mémoire est étroit. Aussi les émotions permettent de faire resurgir du passé les connaissances, des compétences qui pourront être exploitées par l'art thérapeute. L'émotion réactive les savoir-faire.

1-b- L'écoute dirigée favorise l'élan corporel et l'esprit critique.

Le fait d'écouter implique naturellement une **volonté** de **diriger** son écoute, son **attention**, sa **concentration**. Il s'agit alors d'une écoute sélective. La musique dirigée stimule

⁵⁶ l'apport de la pédagogie musicale : Edith Weber : p 410 cité dans « la représentation des pouvoirs de la musique dans la littérature du XVI^{ème} siècle » 1992 Didier Zaffran p 83

⁵⁷ *Le corps et la musique* sous la direction de H. Tramier et J.P. Roll confluent des sciences p145

⁵⁸ tout savoir sur l'art occidental R. Forestier, Favre, p217

⁵⁹ *le monde de l'intelligence* N°29 février/ mars 2013. P 18

⁶⁰ *Le corps et la musique* sous la direction de H. Tramier et J.P. Roll confluent des sciences p127

donc « l'intention », « l'élan corporel ». La force de l'intention peut être liée, à une volonté émotionnelle, ou à un plaisir lié aux processus intellectuels mis en œuvre. La limite entre l'une et l'autre est infime, et peut dépendre de la culture (au sens d'initiation, de savoir) de celui qui écoute.

D'autre part, cette écoute sélective, favorise une expression de plus en plus élaborée, précise lorsqu'elle est accompagnée d'un questionnement comme celui lié à l'évaluation dans **le cube harmonique**, outil spécifique de l'art thérapeute. Les notions de bien, de bon et de beau lorsqu'elles sont abordées, favorisant l'esprit critique, et par la même **l'affirmation de soi** : « Je donne mon avis, donc ce que je pense a un intérêt ».

2-La pratique vocale se réalise par apprentissage par cœur ou à l'aide d'un support écrit.

2-a- Le chant par cœur stimule la mémoire à long terme.

Certains patients perdent l'usage de la lecture lors de la maladie, et le chant stimule les fonctions cognitives et la mémoire à long terme.

La pratique du chant nécessite la mise en œuvre des mécanismes respiratoires et inspiratoires (poumons, diaphragme...), musculaires (articulatoire, posture muscles faciaux...), mnésiques impliqués dès la naissance. Passant par des phases volontaires (envoyer l'air avec une pression constante par exemple...) à des phases involontaires (repandre son souffle...) le patient stimule le corps par le biais des muscles (diaphragme, intercostaux et abdominaux). Chanter, c'est aussi adapter l'intensité et les efforts vocaux, régler la hauteur, s'adapter au tempo, aux situations musicales proposées individuelles ou collectives.

Les patients ne pouvant pas chanter à cause de problèmes vocaux par exemple peuvent participer à la séance de chant car, s'imaginer en train de chanter c'est mettre en mouvement les muscles, les réflexes liés au chant, donc activer les zones du cerveau tel que le cortex pré moteur ...

2-b- Le chant avec l'aide du texte rassure et stimule le langage parlé et écrit.

Chanter avec l'aide du texte peut être rassurant car il permet au patient de « s'accrocher à un support visuel ». Néanmoins, comme le patient est concentré sur le texte, cela a l'inconvénient de faire oublier la dynamique esthétique. Toutefois, les exigences d'ordre esthétique ne sont pas la priorité de l'art thérapeute dans des prises en charge comme celles-ci. Ce qui est visé ici, c'est le plaisir et les stimulations cognitives de tout ordre liés au chant.

D'autre part, la lecture étant reliée à l'écriture, elle stimule une zone dont on parle assez peu, et dont il est fait mention dans un article paru dans Science et vie d'août 2013, c'est l'activation de la zone d'Exner, une zone située dans le cortex pré moteur impliquée dans le mouvement, « le mouvement d'écriture laisse une trace, une mémoire sensori-motrice qui est réutilisée au moment où on lit, pour identifier les lettres : lire c'est donc aussi un peu écrire. »⁶¹

Enfin, « les mots sont une suite logique de mouvements et de sons dans l'espace et le temps comme l'est la musique »⁶² contribuent ainsi à rassurer.

3- La pratique instrumentale se réalise par la mimésis et l'invention.

3-a- La mimésis permet de faire des acquisitions techniques et développe l'écoute et la concentration.

⁶¹ Science et vie : août 2013 N° 1151 p 70

⁶² H. Tramier et J.P. Roll : *Le corps et la* , de confluent des sciences p132

« Le cortex moteur et les systèmes sous-corticaux des ganglions de la base et du cervelet sont activés pendant que les sujets tapent de la main ou font d'autres mouvements au son d'une musique »⁶³, ce qui permet des acquisitions techniques revalorisant l'estime et la confiance en soi. De plus, la mimésis stimule la concentration car elle suppose de reproduire à l'identique une phrase rythmique ou mélodique. Elle développe le goût esthétique et les fonctions exécutives et attentionnelles dont il est question dans la partie B1 de notre travail.

Enfin, la pratique instrumentale favorise les praxies, renforce l'image du corps, et par voie de conséquence, la structuration du rapport temps /espace.

3-b- L'invention permet d'exploiter les nouvelles acquisitions et renforce l'estime de soi.

Chaque nouvelle acquisition ou redécouverte, fait l'objet d'une exploitation quasi immédiate, afin de consolider les acquis, mais aussi de permettre au patient de valoriser ses capacités réactionnelles. Il se rend compte qu'il peut faire des propositions qui prennent du sens, et prend part au discours musical informel, abstrait... ce qui tend à agir positivement sur sa confiance et son estime de soi.

4- Entre le mouvement désorganisé et la danse, il n'y a qu'un pas. (Le corps moteur)

Le mouvement est inhérent à la vie. Le mouvement désorganisé, anarchique paraît source de folie, de déséquilibres mentaux. Pour Platon, les mouvements harmonieux sont le reflet d'une âme équilibrée, et inversement. Le mouvement est une expression de la beauté corporelle, alors que le chant est plutôt l'expression de l'âme.

La musique par sa pulsation, ses rythmes, permet l'organisation du mouvement. Les mouvements du corps sont alors organisés, et orientés dans une dynamique esthétique. « La danse facilite les mouvements ou aide à mieux les contrôler ». Les bienfaits de la danse sont « immédiats (...) en terme de mobilité fonctionnelle et de confiance en soi »⁶⁴

L'organisation du mouvement en danse ou en gestuelle rythmée que l'on retrouve dans la pratique instrumentale permet aux récepteurs sensoriels de rendre compte des postures, et attitudes nécessaires pour générer « des actions sur l'instrument ».⁶⁵

5- L'enregistrement et le film permettent de structurer le temps et l'espace et laissent des traces.

L'enregistrement et le film de séances musicales, n'en est pas moins une activité qui inscrit doublement la musique dans le temps, comme une photographie d'un instant donné de l'histoire de vie ; « c'était la semaine dernière », « il s'est donc passé 7 jours depuis l'enregistrement ».

Il situe dans le temps mais aussi dans l'espace. C'était ici (dans la salle d'art thérapie, avec M. X art thérapeute, à tel endroit de la salle...en compagnie d'un autre patient Y. ...).

Même si certaines personnes Alzheimer ne se souviennent plus de ce qu'elles ont fait durant l'atelier, il reste une saveur, un goût de déjà vu, qui s'attache à l'émotion ressentie. Cela confère un aspect rassurant, apaisant et revalorisant car il est la preuve (irréfutable) que le patient a réalisé des choses, qu'il avance et qu'il inscrit sa vie dans l'espace et le temps... ce qui caractérise l'être humain.

Dans cette approche précise, l'enregistrement n'a qu'un caractère de souvenir. Il n'a pas une vocation artistique. De ce fait, après la fin de la prise en charge, l'art thérapeute a détruit les films.

⁶³ Oliver Sacks : *Musicophilia*; Point p 320

⁶⁴ Olivier Saks : *Musicophilia*, point p 340 et 342.

⁶⁵ H. Tramier et J.P. Roll *le corps et la musique*, confluent des sciences p17

Grace à un modèle d'organisation des séances, à l'identique avec certains patients comme ceux présentés dans la deuxième partie, les notions de temps et d'espace s'en trouvent renforcés.

C : L'art thérapie est une approche non-médicamenteuse, originale et spécifique du soin.

C1- Définition de l'art thérapie selon l'approche de l'école de Tours ;

« L'art thérapie, c'est l'exploitation du potentiel artistique dans une visée thérapeutique et humanitaire ». Cette définition met en avant le fait que l'art sert de processeur, et que les effets sont orientés dans des buts liés aux soins et à la qualité de vie. L'art thérapie est à distinguer des thérapies à support artistiques.

C2- Les fondements de l'art thérapie s'enracinent dans la civilisation de la Grèce Antique.

Aussi loin que l'on puisse remonter dans l'histoire de l'humanité, l'art avec ses pouvoirs thérapeutiques et d'entraînement sont reconnus : « la musicothérapie est aussi ancienne que la musique elle-même »⁶⁶. Quels que soient les lieux, les civilisations, les classes de la société, l'art est l'objet d'une attention particulière. Platon lui reconnaît un pouvoir bienfaiteur mais aussi subversif : « ...Seuls seront admis les poèmes qui auront été consacrés et réservés aux Dieux... »⁶⁷.

C'est sur ces fondements millénaires aux connotations tantôt ésotériques, magiques, mystiques, mais dont les effets bénéfiques ont pu être notés que s'appuie l'art thérapie. Ces fondements ont été enrichis par des courants comme « l'art Brut » en 1945, et « l'Art Cru » en 1983.

Dans les années 1970, sous l'impulsion du musicien Richard FORESTIER est créé l'AFRATAPEM (Association Française de Recherches et Applications des Techniques Artistiques en Pédagogie et Médecine) qui met en place un Diplôme universitaire d'art thérapeute délivré par la Faculté de Médecine.⁴⁶ Jusque-là, l'art thérapie s'inscrivait dans des disciplines psychiatriques et psychothérapeutiques et se définissait comme une « psychothérapie à support artistique ». Le but en était expressément l'interprétation.

C3- Les spécificités de l'art thérapie sont liées à l'originalité de ses outils.

L'art thérapie se détermine par les outils qu'elle exploite.

C3-a) La théorie de l'Art opératoire s'appuie sur les notions de bon, de bien, et de beau.

Si ce qui était **beau**, était **bon** dans l'antiquité, le beau, le bon et le bien sont trois aspects de l'évaluation intégrés dans le « cube harmonique ».

L'autoévaluation entendue dans la valorisation de l'instant passé au contact de l'œuvre d'art, a pour effet de permettre au patient de développer son sens critique, de donner son avis, de développer son goût esthétique, mais aussi et surtout de projeter le patient, le cas échéant, dans un futur prometteur puisqu'il lui permet de se donner les moyens de trouver davantage de plaisir par lui-même.

Le beau pose la question « est ce que ça vous plaît ? »

Le bon se réfère à la qualité du moment passé : « avez-vous passé un bon moment ? »

Le bien considère l'aspect qualitatif de l'œuvre : « est ce que vous trouvez l'œuvre bien faite ? »

⁶⁶ Richard Forestier: *Tout savoir sur l'art thérapie* Favre ; préface du professeur Emile Aron

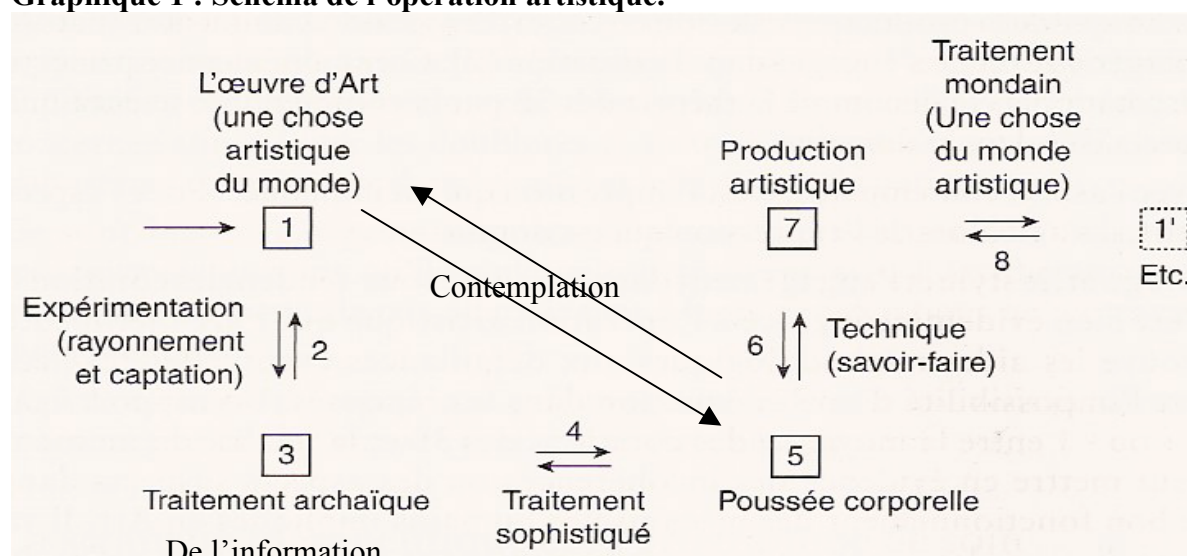
⁶⁷ Platon : loi II 654a.

Cet outil mis au point par l'école de Tours peut être utilisé soit comme outil d'autoévaluation, soit comme processeur. L'idée de cube suggère la recherche d'équilibre, d'idéal esthétique qui a pour effet de projeter la personne dans le temps, ce qui valorise la confiance en soi. Bien que limité auprès des personnes dont la faculté critique est défaillante, nous verrons comment, dans la deuxième partie de notre travail, l'esprit de cet outil a permis de dynamiser les séances de prise en charge.

C3-b)- L'opération artistique est l'organisation de l'activité artistique incluant les activités d'impression et d'expression.

Si l'art est un processeur permettant une prise en charge, il renferme plusieurs étapes incluant l'impression et l'expression. De ce fait il semble évident d'organiser les « mécanismes impliqués dans l'activité artistique » (perception, émotion, acquisition de savoir-faire, élan corporel...), afin de tendre vers un objectif thérapeutique. Cette organisation s'appelle « l'opération artistique ». Découpée en 8 phases, elle permet une analyse et une compréhension la plus précise possible du phénomène artistique.⁶⁸

Graphique 1 : Schéma de l'opération artistique.⁶⁹



C3-c) Le phénomène artistique est la partie observable de la pratique artistique.

Le phénomène artistique concerne l'impression (phases 1 et 2), l'intention (phases 3 et 4), l'action (5 et 6) et la production (7 et 8), à savoir les phases qui sont des phases observables. C'est précisément grâce à ce qui est observé que pourront être établies ses fiches d'observations, outils privilégiés de l'art thérapeute.⁷⁰

C4- De plus en plus d'ateliers d'art thérapie prennent en soin des patients atteints de M.A ou apparentée.

On constate une évolution grandissante des prises en charge art thérapeutiques en EHPAD. C'est d'ailleurs le secteur qui s'est le plus remis en question depuis une dizaine d'années. Les activités d'animation et d'art thérapeutiques trouvent une place de choix pour améliorer la qualité de vie des patients souffrant de maladies neurodégénératives.

⁶⁸ Richard Forestier : *Tout savoir sur l'art thérapie*, Favre ; p172 à p186

⁶⁹ Profession art thérapeute actes du congrès international d'art thérapie 2010, Elsevier Masson, p 21.

⁷⁰ Richard Forestier : *Tout savoir sur la musicothérapie*, Favre p155,156

Les prises en charge pluridisciplinaire dont l'art thérapie sont même recommandées par la HAS. « Cet engouement pour des méthodes « thérapeutiques » fondées sur l'utilisation de supports artistiques s'exprime très officiellement par les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) dans un document de 2008. Dans le chapitre concernant la prise en charge des troubles du comportement des patients Alzheimer, la musicothérapie est le premier exemple proposé. De même, dans un document de février 2009 de l'ANESM (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux), musique et danse font partie des premiers exemples de « thérapeutiques non médicamenteuses ».⁷¹

C4-a- L'apport des neuro sciences et de l'imagerie cérébrale confère une dimension plus scientifique à l'utilisation de l'art dans le processus de soin en art thérapie.

L'intérêt des neuro sciences pour l'art apporte une compréhension des mécanismes impliqués dans les activités artistiques. « La perception, l'apprentissage, la mémoire ou encore les émotions, fonctionnent (...) sous la houlette de l'inconscient »⁷². Les effets de l'art observés autrefois sans trop comprendre pourquoi, trouvent quelques explications aujourd'hui, donnant une place possible dans des prises en charge en milieu de soins. Les formations D.U., comme celle de Tours en lien avec la faculté de médecine contribuent à encourager cet élan. Les travaux réalisés par des chercheurs imminents comme Olivier Sacks, ou encore les centres de recherche canadiens, ainsi que les mémoires relatant des expériences sur le terrain accentuent cet intérêt pour l'art dans les domaines du soin.

C4-b- L'art thérapie est préconisé pour traiter les troubles de l'expression, de la communication, et de la relation.

L'art thérapie, nous l'avons compris, exploite le potentiel artistique dans une visée thérapeutique et humanitaire. Mais quelles sont ces notions de thérapeutique et d'humanitaire ?

Le thérapeutique, ce sont les actions qui visent les soins. L'humanitaire, ce sont les actions qui visent au bien de l'humain. Exister n'est pas lié qu'au fait de vivre. Il faut encore être en bonne santé, et la bonne santé « est un état de complet bien-être physique, mental et social, » selon l'OMS.

En d'autres termes, l'existence passe par le lien social, et le lien social est une condition qui détermine la communication et la relation. Communiquer c'est transmettre une information qui implique l'expression. S'exprimer n'induit pas forcément une relation à l'autre, (mais n'entrons pas dans l'aspect pathologique qu'entraînerait le fait de ne s'exprimer pour personne ou pour soi même). La relation ne passe pas obligatoirement pas le fait de s'exprimer ou de communiquer. La relation peut être le simple fait de passer un moment avec quelqu'un.

Or, il se trouve qu'il y a dans l'œuvre d'art et dans toute démarche artistique ces idées d'expression, de communication et de relation. « L'œuvre d'art est un point de rencontre » nous dit Richard FORESTIER. Soit on se contente de percevoir l'œuvre, soit on va plus loin, c'est-à-dire jusqu'à la **rencontre** de celui qui l'a créée.

« L'œuvre est alors un catalyseur, une sorte de processeur entre l'art, l'esthétique, l'artiste et le contemplateur. Elle implique le contemplateur dans la communauté des hommes »⁷³. Quel que soit le type de communication, verbale ou pas, « l'activité artistique trouve une modalité

⁷¹ Hervé Platel Art-thérapie et démences : apports de la neuropsychologie inserm U923, EPHE, Université de Caen Basse-Normandie, UFR de psychologie

⁷² Les neurosciences révèlent le pouvoir de l'inconscient <http://www2.cnrs.fr/journal/2684.htm>;

⁷³ Richard Forestier : *tout savoir sur l'art thérapie*, Favre p34 et 40

privilégiée d'épanouissement et de soins dans la mesure où l'art thérapeute saura gérer son activité en rapport avec la pathologie concernée ».

Conclusion :

Nous avons vu que la maladie d'Alzheimer est une maladie qui entraîne le patient désorienté dans des troubles de la communication, de la relation et de l'expression. L'art thérapie, de ce point de vue, utilise les spécificités de l'art pour stimuler les fonctions cognitives, physiques et sociales qui sont altérées dans les maladies neurodégénératives comme la maladie de type Alzheimer ou apparenté.

Deuxième partie : présentation de deux prises en charge.

Les deux prises en charge présentées ci-après ont été réalisées dans le cadre du stage de D.U. à l'EHPAD le Clos-St-Jean

1- Le stage.

- Le lieu est adapté à l'accueil du public atteint de la M.A. ou apparentée.

Le Clos Saint Jean, avec une capacité d'accueil de 90 résidents, dont 12 en UPPD, dispose des agréments pour accueillir des résidents atteints de M.A.. Soumis à des normes précises, l'établissement a obtenu, en début d'année 2013, l'accord de l'ARS et du Conseil Régional pour ouvrir un PASA, répondant ainsi au plan de loi Alzheimer.

80% de la population du Clos St Jean est touchée par des démences de type M.A. ou apparentée.

- Le projet thérapeutique de l'établissement est conforme aux exigences des organismes de santé publique.

Le projet de l'établissement:

a/ :Objectifs :

Accueillir chaque résident de façon unique en toute sécurité et confort, pour lui-même ou sa famille, pour les intervenants salariés ou non.

Accompagner tout au long de son histoire de vie, tout résident, en cohérence avec les moyens humains et techniques dont dispose l'établissement.

Servir dans un esprit de bienveillance et harmoniser les impératifs d'une vie collective avec les souhaits et habitudes de vie individuelle de chacun.

b/: Les valeurs du projet d'établissement :

Le **respect** de la personne (respect de l'intimité, du lieu de vie, de son droit d'expression).

Une transparence des engagements de l'établissement, envers les résidents, leurs familles, le personnel et les intervenants extérieurs.

Une **adhésion aux valeurs** de la Charte des Droits et Libertés des personnes âgées dépendantes.

c/: Convention avec le réseau de soins palliatifs.

Plusieurs conventions ont été signées pour participer activement au réseau gériatrique en partenariat avec des établissements de santé, parmi lesquels, le Centre Hospitalier des Courses à Maison Laffitte ou avec l'Hôpital de Saint Germain en Laye à Poissy.

Ces conventions garantissent aussi une qualité des soins, une prise en charge coordonnée entre l'EHPAD et l'équipe hospitalière.

D'autres conventions ont été signées avec une pharmacie de ville permettant un approvisionnement rapide des résidents, ainsi qu'avec le « Centre d'Imagerie Médicale Yvelines Nord » pour faciliter l'accès aux appareils de radiographie et scanographie, dans les meilleurs délais.

d/ : Le personnel de l'établissement est formé pour prendre soin des personnes présentant une démence de type Alzheimer ou apparenté.

Deux AMP ont suivi une formation d'assistante de soins en gériologie (ASG) d'un an pour assurer la prise en charge d'animations spécifiques des personnes présentant une démence de type Alzheimer ou apparenté dans le cadre du PASA.

Une animatrice formée pour travailler auprès des personnes dépendantes ayant des troubles cognitifs organise des animations avec des objectifs occupationnels au sens noble du terme.

Le personnel soignant est régulièrement formé pour l'accompagnement des personnes présentant une M.A. ou apparentée.

Il faut noter aussi la présence d'un médecin coordinateur, d'infirmières (IDE), d'aides soignants (AS) ou d'aides médico psychologiques (AMP) d'une ergothérapeute, d'une psychomotricienne, et d'une psychologue animant des groupes de paroles nécessaires pour soutenir l'ensemble du personnel.

Le turn-over du personnel dans l'établissement est important. Il est lié au stress et à la pénibilité du travail, bien que le personnel soit formé et accompagné pour mieux comprendre les troubles qu'engendre la maladie d'Alzheimer et notamment les symptômes psycho-comportementaux.

-L'établissement propose plusieurs prises en charge spécifiques de type M.A. ou apparenté.

La formation du personnel soignant assure des prises en charges spécifiques de la M.A. ou apparentée dans le cadre du PASA et de l'unité UPPD.

2- Les principes de l'art thérapie ont fait l'objet d'une présentation à l'ensemble du personnel de l'établissement, ainsi que les objectifs liés à la structure, les indications et les attentes liées à cette prise en charge spécifique.

C'est dans ce cadre en pleine évolution que l'art thérapeute a exercé un stage de 160 heures étalées sur un peu plus de trois mois, entre le 12 décembre 2012 et le 22 mars 2013.

Suite à la rencontre avec Madame Dominique RASO, directrice et Amélie GUILLIER, psychologue et maître de stage, une réunion de présentation de l'art thérapie (définition, indications, missions de l'art thérapeute...) a été organisée, regroupant le plus de personnel possible. Suite à la réunion, un budget a été alloué à l'art thérapeute pour l'achat d'instruments de musique ainsi que d'un chariot.

À l'issue d'un entretien personnel avec le médecin coordinateur Docteur Philippe BENAZETH, celui-ci s'est montré intéressé par l'art thérapie et a accepté d'être le directeur de mémoire de D.U. du stagiaire.

3- Deux études de cas sont présentées.

1-Mme F.

Indication : - Troubles de l'expression, de la communication et de la relation

A- La rencontre avec la psychologue, avec la patiente et la consultation du dossier ont permis d'établir **l'état de base**.

La première rencontre avec Mme F. laisse apparaître une grande jovialité et un désir d'entrer en relation. Elle semble prête pour une prise en charge en art thérapie après une présentation rapide de celle-ci.

1- Mme F. a 80 ans, elle souffre de la M.A à évolution lente, et d'un syndrome parkinsonien.

-La première rencontre se termine par une demande de sa part : « de bien vouloir noter le rendez-vous pour la semaine prochaine sur un papier et de le poser sur sa table de nuit ». Ses repères dans le temps et l'espace sont altérés, mais elle semble organisée.

- Malgré des troubles des praxies et autres troubles cognitifs, Mme F. dispose encore d'une grande énergie et surtout d'une vigueur d'esprit qui lui permettent de s'engager dans les activités proposées pour peu qu'elles lui plaisent et qu'elles se fassent dans un cadre rassurant.

2- Mme F. souffre de troubles de la déglutition, sa respiration est haletante (dyspnée), et ses gestes sont rigides. Elle semble perdre peu à peu l'usage de la parole.

-Elle est volontaire et dispose d'un bon tonus et ses gestes sont énergiques. Elle ne ferme pas sa porte, elle la claque.

- Elle souffre d'une sévère presbycusie. Appareillée, elle a souvent des problèmes de piles qui accentuent son isolement... Elle dit très souvent attendre que son fils lui ramène des piles.

3- Mme F. souffre d'isolement, elle se plaint de n'avoir pas de relation ni de discussion avec les autres résidents, et semble perdre toute confiance elle.

- Elle communique peu ou pas avec les autres résidents, même durant les repas.

- Sous ses aspects autonomes, elle se plaint souvent que personne ne lui parle, et semble en être très affectée. -Elle reste enfermée dans sa chambre et ne participe à aucune activité, elle s'isole de plus en plus. - Elle ne parle pas d'elle, ni de son passé dans le début de sa prise en charge.

4- Mme F. dit aimer la lecture, la musique et les grands chanteurs. Elle sort quotidiennement, seule, faire une promenade dans le parc.

- Elle ne peut donner aucun nom de poète ni de chanteur qu'elle apprécie. Ce n'est que lorsque l'A.T. donne quelques noms que Mme F. dit « oui c'est bien ça... ».

Elle regrette de ne savoir rien faire en musique et ne pas savoir chanter, voire de chanter très faux. Elle n'écoute jamais de musique dans sa chambre car elle ne dispose ni hifi, ni de poste radio. Sa sensibilité musicale est assez développée. Elle peut chanter avec aisance des chansons enfantines dont elle se souvient. Cherchant à imiter l'A.T. (avec une voix d'homme) elle chante faux... Mais, si tôt qu'on la replace à la bonne hauteur (dans sa tessiture) elle chante juste et sourit.

- De légers troubles de la motricité se manifestent dès qu'elle est inquiète ou excitée à l'idée de faire de la musique.

- Après une promenade dans le parc qu'elle réalise seule, été comme hiver, en solitaire, elle retourne dans sa chambre et s'allonge sur son lit.

5-Mme F. bénéficie d'une prise en charge en orthophonie.

- L'orthophoniste signale à l'art thérapeute une « stagnation dans les résultats ».

- Mme F. perd peu à peu l'usage de la parole et/ou le goût/l'envie de communiquer.

B- Au regard de l'état de base une stratégie thérapeutique a été élaborée.

-13 séances ont été prescrites, 14 ont été réalisées...avec l'accord du médecin coordinateur et de la directrice pour finaliser un travail.

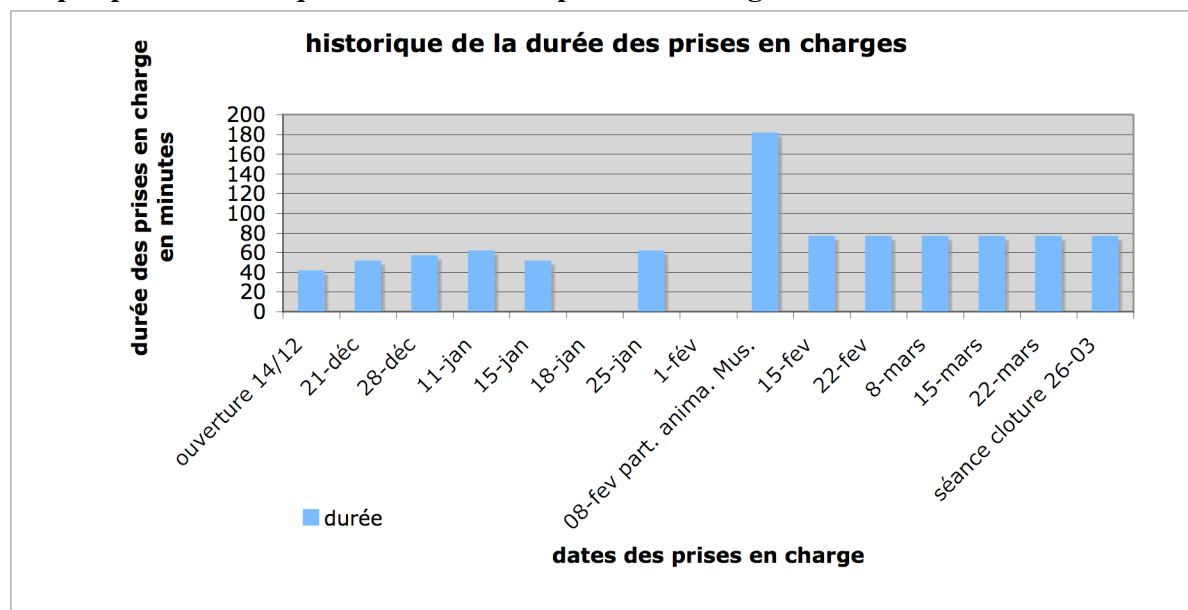
a) Objectif principal : amélioration de la vie sociale :

1) L'objectif principal est de permettre à Mme F **d'avoir une vie sociale** plus riche et interne à l'établissement.

Ses difficultés à s'exprimer, sa presbycousie la fragilisent, diminuent sa confiance en elle et l'entraînent dans l'isolement, même en présence d'autres personnes (comme à table par exemple) ce qui rend la situation incohérente puisqu'elle dit que personne ne lui parle et elle de son côté ne pas répond aux sollicitations des autres résidents.

2) L'objectif étant posé, les séances s'enchaîneront au rythme d'une par semaine. L'histogramme des prises en charge montre une augmentation de la durée des séances, avec un plafond à 70 minutes pour les six dernières prises en charge. Elle est demandeuse de poursuivre l'activité même si les bénéfices des dernières minutes sont réduits.

Graphique 2. Historique de la durée des prises en charges



Quelques commentaires au sujet de certaines dates :

-Les premières séances se limitent à moins d'une heure. Ses gestes sont désordonnés et maladroits. Il apparaît que son implication corporelle est immédiate, spontanée et « démesurée » durant les séances. Son désir de s'impliquer dans l'activité est important et l'autorise à demander à l'art thérapeute de monter le son « plus fort » dès la troisième séance lorsqu'elle n'entend pas assez bien mais elle se fatigue très vite.

Il faudra au moins trois séances avant de gérer sa fatigabilité pour allonger la durée des séances selon son envie.

-La séance du 15 janvier a été réalisée à la demande de Mme F. : En effet, ayant aperçu l'A.T. discuter dans le salon après le repas, elle est allée lui exprimer son impatience, de suivre son « cours de musique ». Il lui a été dit que ce n'était pas son jour. Déçue, elle a exprimé qu'elle aurait souhaité « avoir cours de musique ». L'A.T., heureux pour elle, réorganise son emploi du temps de prise en charge pour satisfaire sa demande. Ceci aurait pu troubler ses repères dans le temps, mais aucun préjudice n'a été observé. Au contraire, la séance lui a permis de renforcer sa motivation et de lui donner d'avantage confiance en l'art thérapeute : demande satisfaite, confiance renforcée.

- Durant la séance du 08 février Mme F. a participé à une animation musicale proposée par deux musiciens extérieurs venus jouer de la musique des Andes (Flûtes diverses et percussions) en compagnie des autres patients dont l'A.T. avait la charge. Ils invitaient les résidents à participer activement. Mme F. semblait fière de participer et regardait l'A.T.

comme par reconnaissance : « c'est grâce à vous (...) c'est vous qui m'avez appris la musique... » dira-t-elle plus tard devant d'autres personnes dont des AMP.

Cette manifestation est à mettre au compte des prises en charge car elle marque le début d'un changement de comportement en public de Mme F. qui ne participait jamais aux diverses animations proposées dans l'établissement.

-Les six dernières séances, l'A.T. prendra la décision de mettre fin aux séances au bout de 70 minutes. Sa participation dynamique et active pendant la séance la fatigue, si bien qu'elle perd en efficacité et se déçoit elle-même. Malgré cela, à la fin de chaque séance, elle exprime son désir de poursuivre l'activité.

-D'autre part, **la durée affichée sur l'histogramme** ne prend pas en compte le temps du retour à la chambre du patient ou au salon. Pourtant il s'y exprime parfois des propos ou des attitudes alimentant la fiche d'observation. Précisément, il est arrivé de croiser son orthophoniste ou des résidents étant à sa table, ou bien des AMP avec qui elle a pu exprimer ses impressions et sa motivation...

- Deux séances n'ont pas eu lieu pour des raisons d'indisponibilité.

b) Objectifs intermédiaires :

1- Favoriser l'expression

Un objectif intermédiaire se dessine rapidement au cours des premiers contacts : Mme F. dit ne pas savoir faire de musique, ne pas savoir chanter. La fluidité de son expression est altérée par d'interminables déglutitions et une respiration haletante. Sa confiance en l'A.T. associée à sa volonté d'être dans l'action nous conduit à travailler sur la capacité à s'exprimer et la qualité de son expression.

2- Revigorer sa confiance en elle.

Un deuxième objectif intermédiaire, lié au premier, sera de travailler sa confiance en elle. Entrer en contact avec les autres peut être favorisé par une meilleure confiance en soi.

C- La stratégie mise en place exploite le goût musical et son désir de faire de la musique pour stimuler son expression ; son envie de communiquer et pour entrer en relation.

Mme F. s'exprime assez peu avec les personnes de son entourage, ce qui vient en opposition avec ses désirs exprimés.

Elle est très avenante, accueillante et polie avec l'art thérapeute et n'ose pas déranger ni même contrarier... « Comme vous voulez,... choisissez vous-même... ». Mais une écoute attentive de l'AT voit dans ce comportement autre chose que de la courtoisie, mais une réelle difficulté à prendre des initiatives.

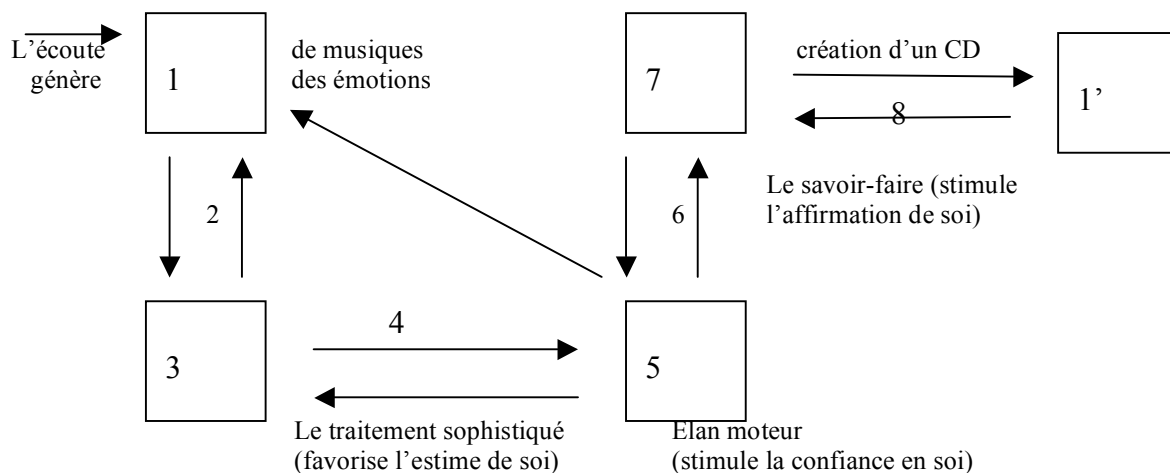
La stratégie thérapeutique va consister à exploiter son goût musical et surtout son désir de faire de la musique pour lui permettre dans un premier temps de s'exprimer autrement que par les mots, source de problème et d'angoisse pour elle : elle se souvient de telle chanson mais ne se souvient plus des paroles.

Dans un second temps, les chanteurs à textes devraient favoriser son envie d'exprimer son goût artistique, ce qui permettra de dynamiser son expression verbale.

Elle n'a pas de compétence artistique flagrante, mais elle désire « apprendre ».

La stratégie thérapeutique élaborée pour Mme F. trouve sa place dans l'opération artistique comme suit.

Graphique 3 : l'opération artistique pour Mme F



-L'orientation et le contrôle de son tonus musculaire dans les pratiques instrumentales permettent de trouver un confort et un bien-être et de créer une pause dans les troubles de la déglutition et de la respiration.

Mme F. manque de confiance et s'accroche à ce qu'elle sait et peut faire encore correctement : bouger.

Lorsqu'elle est dans l'élan moteur, elle se sent bien, mais elle a besoin de contrôler ses mouvements et de les orienter. Comme elle n'a pas de savoir-faire, nous devons exploiter les phases 6 (savoir-faire) afin de permettre à sa gestuelle (phase 5 poussée corporelle) de trouver un sens musical lui permettant de valoriser son affirmation de soi en étant orientée vers la phase 7 (production artistique).

La phase 4 (traitement sophistiqué) quant à elle, valorise son estime d'elle-même car elle se rend compte qu'elle sait réagir, s'adapter à la musique, elle manifeste une certaine fierté.

L'apprentissage du geste musical lui permet de trouver de l'efficacité, et d'économiser son énergie. À chaque nouvelle séance, le rappel rapide de la tenue de l'instrument de percussion ainsi que le geste approprié, sont là pour la rassurer.

Jouer en rythme en accompagnant une musique la stimule et lui apporte à la fois une gratification corporelle et sensorielle.

Des rythmes aux valeurs longues permettent un mouvement ample et apportent de la fluidité à ses gestes.

Les chants plus lents favorisent une respiration moins saccadée et une déglutition moins fréquente. Elle ne semble pas réaliser les effets bénéfiques apportés, mais qui sont visibles durant les séances.

-L'écoute et la pratique vocale et instrumentale lui sont proposées.

C'est dans cette approche que l'écoute, le chant et la pratique instrumentale comme les percussions et le piano (instrument de ses rêves) lui sont proposés.

-L'écoute invite Mme F. à se poser, **se détendre**. Aussi, il est souvent proposé en début de séance, sauf si une autre proposition est faite par elle-même, ce qui sera le cas à partir de la 5^{ème} séance). Elle se dirige spontanément et régulièrement vers le piano et serait prête à ne faire que cela.

Mme F. apprécie d'écouter des musiques qu'elle ne connaît pas forcément et laisse à l'art thérapeute le choix des thèmes musicaux. Toutefois, afin de l'amener à **exprimer ses choix**, il lui est demandé de dire si elle préfère : le chant, la musique seule, la musique

orchestrale ou à un seul instrument ? L'écoute de plusieurs versions d'un même chant stimule sa curiosité et lui permet d'aiguiser son **sens critique**.

- Se faisant une haute idée **du chant**, celui-ci était au début source d'**anxiété** pour Mme F. Avant même de se trouver dans l'atelier, elle disait « je ne sais pas chanter... je ne connais pas les paroles.. ». Cette anxiété provoquait une accélération de ses troubles de la déglutition et de la respiration. À partir de la troisième séance, elle accepte l'idée que le chant n'est qu'un outil et qu'elle peut remplacer les mots ou les phrases oubliées par des vocalises. Mme F. peut ainsi prononcer des phrases entières sans discontinuer et de respirer aux ponctuations musicales.

-La pratique instrumentale lui permet de réinvestir cette nouvelle énergie « maîtrisée ».

Elle apprécie que l'A.T. lui montre des rythmes à jouer pour accompagner les musiques. Elle considère la séance d'art thérapie comme un cours de musique qui lui fait du bien. Ces pratiques musicales stimulent son expression verbale : alors qu'elle s'exprimait très peu sur elle et son passé, elle a envie d'échanger, elle se met à parler spontanément de sa vie, de son histoire, de son enfance. Manifestation une estime de soi retrouvée, notamment lors des séances 4 et 6.

-Les enregistrements filmés des séances font partie de la stratégie et renforcent son estime d'elle-même.

Mme F. apprécie les enregistrements. Elle sourit et fait des commentaires en se voyant. Après avoir visionné ce qu'elle a produit la fois précédente, confiante elle s'implique davantage dans l'activité. Comme elle ne se souvient pas de ce qui a été réalisé les fois précédentes et elle retrouve grâce aux enregistrements un « **goût de plaisir** ». Cela stimule son estime et sa confiance en elle. Le choix de conserver ou de détruire ces enregistrements lui est proposé, et sans l'ombre d'une hésitation, elle choisit de les garder sans donner de raison.

Ses enregistrements jouent un rôle de **processeur**. Dès la troisième séance, ses appréhensions sur le chant sont tombées à l'écoute de sa production précédente, et l'idée de produire quelque chose semble la conforter dans sa volonté d'enregistrer.

Ainsi son **goût esthétique** étant sollicité sur ses productions passées, elle pourra dire ce qu'elle voudra conserver ou pas des enregistrements.

Elle passe ainsi de **l'art I** (voir glossaire) lors des premières séances où seule la production de sons sur les percussions semblait la satisfaire (trouvant sans doute du plaisir dans le mouvement corporel) à **L'art II** en orientant son attention vers la qualité esthétique de ses productions. Ainsi, elle se soucie davantage de la mise en place rythmique, ou de la justesse de sa voix, n'hésitant pas à demander « de lui montrer » et souhaitant découvrir les techniques de la musique.

D- Des grilles d'évaluation ont été mises en place afin d'évaluer :

1- Ses capacités d'expression et de relation

Une évaluation de ces capacités d'expression conjointement à ces capacités relationnelles est réalisée.

Rappel : l'objectif principal est d'**améliorer sa vie sociale** : Aussi, lors de la prise en charge, il sera important d'évaluer d'abord la qualité de la relation avec l'art thérapeute ainsi que ses facultés expressives avec l'A.T. et Mme X présente par la suite. **Le choix de cette évaluation conjointe n'est donc pas hasardeux**, il se justifie par l'idée que la relation est un préalable

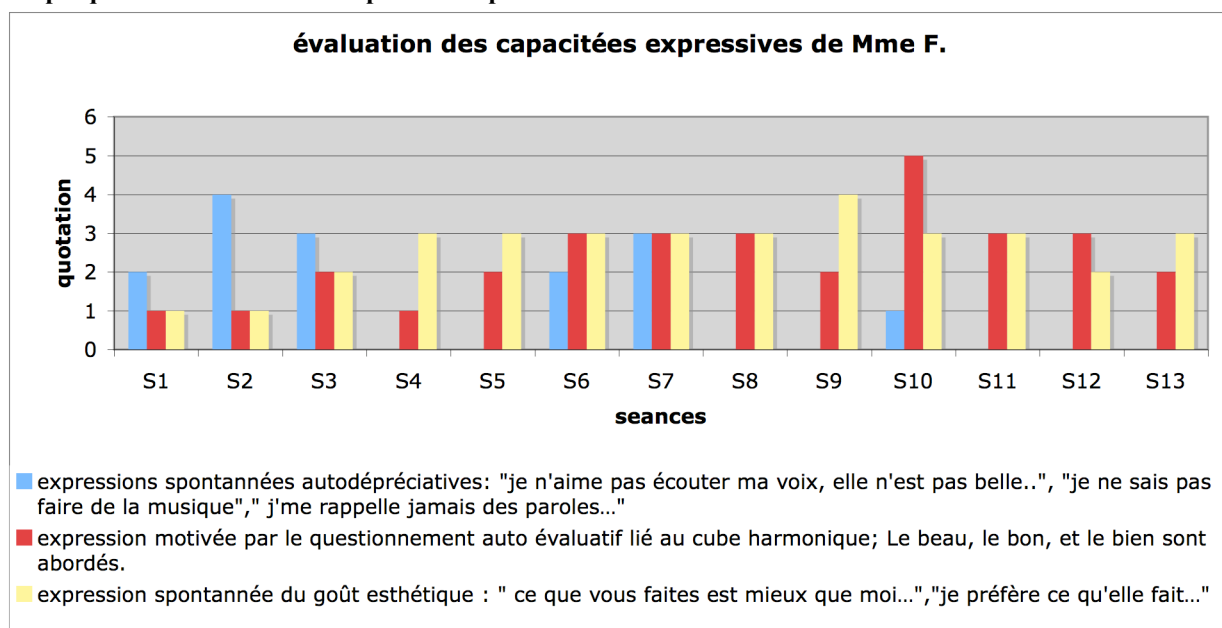
qui lui a permis de trouver un **cadre rassurant et dynamisant**, lui offrant la possibilité de s'exprimer.

La prise en charge individuelle, jusqu'au 25 janvier, les séances suivantes se réaliseront, en **présence d'une autre patiente**, voisine de table depuis deux ans et dont elle ne connaît pas le nom. Les présentations prennent du temps et l'intérêt porté par Mme F à notre invitée est important aussi. N'oublions pas que l'objectif est l'amélioration de la vie sociale.

Elle est aussi conviée par l'art thérapeute à participer à la « chorale » mise en place le jeudi après-midi. Elle accepte volontiers, et fait preuve d'une belle participation. Certains résidents sont surpris de la voir présente et si participante.

L'histogramme suivant exprime les trois types d'expressions de Mme F. durant une séance. La cotation de 1 à 5 exprime ici l'importance « en nombre » des expressions.

Graphique 4 : Evaluation des capacités expressives de Mme F.



2- Expressions spontanées autodépréciatives: « je ne sais pas chanter », « j'aime pas écouter ma voix », « je ne sais pas jouer », « je ne me rappelle jamais des paroles... ». Le manque de confiance en soi ou d'estime de soi explique en partie cette autodépréciation. Elle s'attend plus à un cours de musique et semble se positionner comme une élève qui attend la clémence du professeur. Lors des premières séances, elle a besoin d'être rassurée sur les objectifs de l'atelier.

Ses autodépréciations ne seront présentes que dans les trois premières séances, au début de l'atelier et disparaîtront au fil des prises en charges, faisant la place à une expression liée à la musique, le goût, le plaisir éprouvé, ses envies et « projets » : « Il faut que j'apprenne encore le piano pour pouvoir jouer devant les autres.. ». Toutefois l'arrivée d'une autre patiente, pourtant attendue, fait ressurgir pour quelque temps (deux séances) son autocritique négative. Attitude qui réapparaît à la séance 10. Cette critique négative à son égard a pu être reprise avec elle. Elle craint que l'A.T. « l'oublie ». Craintes exprimées auprès du personnel et de sa sœur par courrier (intercepté par son fils). Ces propos ont été retransmis à l'art thérapeute par des membres de l'équipe (la secrétaire, et une AMP). Ces craintes faisaient suite au fait qu'elle n'avait pas eu de séance normale en atelier, la semaine précédente, car elle avait participé à une animation musicale collective dont elle ne se souvenait plus.

3- Expression du goût esthétique : « Ce que vous faites est mieux que ce que je fais... », « Je préfère celle chantée par Edith Piaf que Mireille Mathieu... », « J'aime bien les intonations de Piaf. ». Par la suite, en séance collective avec Mme X: « j'aime ce qu'elle fait... » Mme F. est à la fois fière de montrer ce qu'elle sait faire, mais à l'écoute de la production de Mme X elle retombe pour un moment dans une autocritique négative. Toutefois sa critique n'est plus tout à fait du même genre. Elle était relativement fondée d'un point de vue esthétique, car lorsque des explications lui ont été demandées, elle a pu donner quelques éléments pertinents.

Il va de soi que les questionnements de l'art thérapeute sur le bien, le beau et le bon conduisent Mme F à s'exprimer davantage, à donner son point de vue. Toutefois la progression de l'expression dans ce domaine est aussi liée à toutes les stimulations apportées lors des séances, comme l'apprentissage, la méthode, et s'ensuit enfin sur une meilleure confiance en elle et l'estime de soi. Mme F évolue à son rythme et une progression constante se remarque au fil des séances.

Il arrive que l'expression ne soit pas représentée quantitativement sur le graphique car certaines séances sont plus marquées par l'activité musicale.

4- Expressions spontanées :

« Je regrette de ne pas avoir appris le piano », « ma belle- mère ne m'a jamais appris », « j'aime bien ceux-là », dit-elle en montrant les bongos, « ha les instruments !!... » en entrant dans l'atelier.

Il est à noter que l'expression motivée par le questionnement et l'expression spontanée liées au goût esthétique s'équilibrent vers la séance 6. Il semble qu'un automatisme de questionnement se mette en place.

Dès la troisième séance Mme F. semble être en confiance et s'installe dans l'atelier tout à fait naturellement comme « chez elle ». Elle occupe l'espace sans appréhension et entre dans la salle en s'exprimant avec un large sourire : « ha le piano... ! ».

À la séance 6, à l'arrivée de Mme X, les trois types d'expression se juxtaposent et s'équilibrent, manifestant une volonté de s'affirmer musicalement et verbalement, avec quand même semble-t-il une peur du jugement de l'autre.

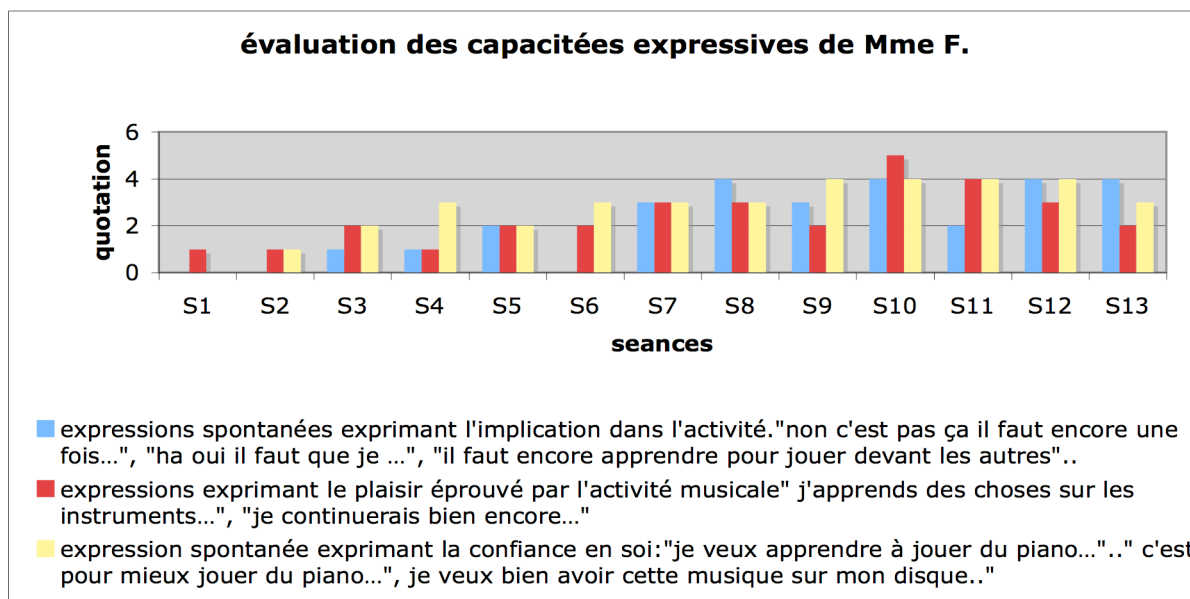
5- La pratique musicale :

La séance 6 est marquée par l'arrivée de Mme X. Le temps de pratique instrumentale est réduit, car il est partagé en deux, bien qu'elle participe essentiellement par l'écoute. C'est pourquoi les temps d'expression sont à peu près équilibrés. Pendant les séances suivantes, les pratiques sont collectives, d'où une augmentation de la durée des pratiques instrumentales.

6- Sa spontanéité dans la communication et dans l'expression du plaisir.

Passant d'une autocritique négative, à un esprit critique sur la musique, l'attention a été orientée sur autre chose, et le plaisir qu'elle éprouve est verbalement exprimé. Le graphique suivant met en relation son implication corporelle et spirituelle dans l'activité, le plaisir exprimé et sa confiance en elle.

Graphique 5 : Evaluation des capacités expressives de Mme F.



Son plaisir s'exprime non seulement dans l'activité musicale mais aussi dans son rapport avec Mme X qu'elle accueille favorablement, à qui elle donne la priorité et la faveur de commencer au piano, de proposer et de choisir ce qu'elle a envie de faire pour commencer l'atelier. Les regards, l'écoute envers Mme X sont plus sereins. Elle semble réaliser qu'elle n'est pas en compétition, ni dans un rapport de force mais dans un échange. Ses regards sont plus droits, moins méfiants. Il faut rappeler les consignes régulièrement car elle les oublie rapidement.

Ses ongles sont très longs et l'empêchent de jouer les doigts arrondis « comme moi » sur les touches du piano. Sur la suggestion de l'A.T., elle accepte d'aller à la séance de manucure proposée par l'animatrice à l'ensemble des résidents. C'est la première fois qu'elle y va, exprimant avec fierté à l'animatrice devant les autres résidents présents que : « c'est pour mieux jouer du piano... ».

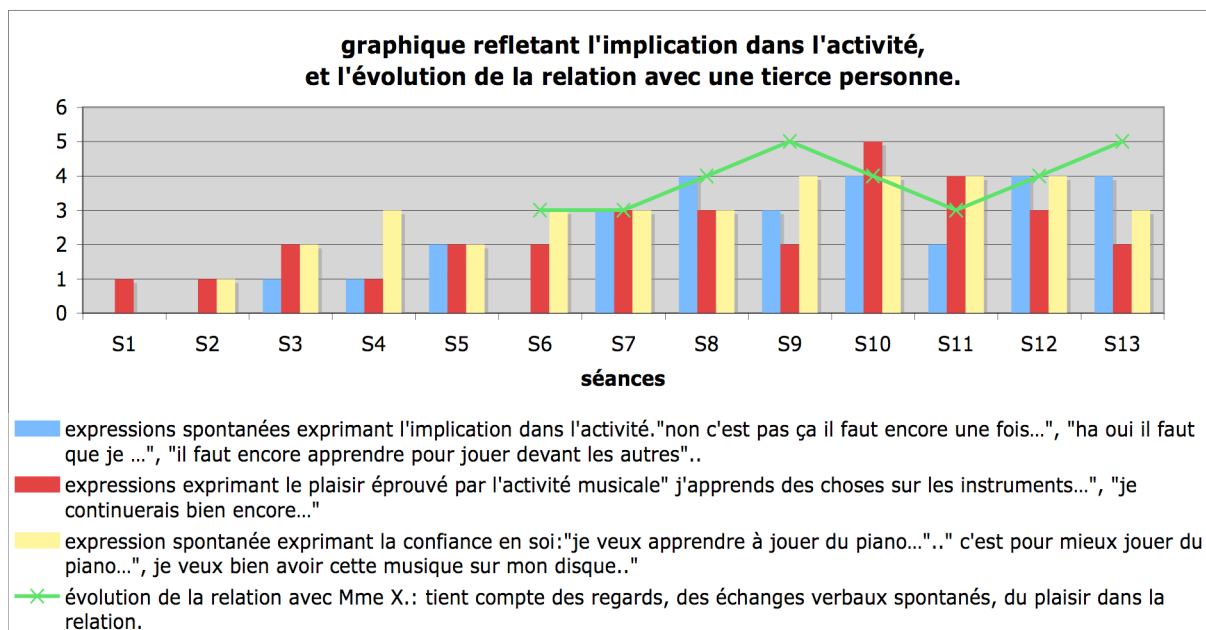
L'A.T. lui fait la proposition de sélectionner des chants et musiques de son choix entendus durant l'activité et de les conserver sur un CD élaboré par elle avec l'A.T.. Chaque séance rappelle l'existence de ce CD. Dès la formulation de ce projet et l'acceptation par Mme F., L'A.T. a contacté le fils pour qu'elle puisse disposer d'un appareil HI FI afin d'écouter « son CD » dans sa chambre. Elle n'oublie pas de le rappeler en fin de séance ... « vous n'oubliez pas d'appeler mon fils alors ?... » Elle qui oublie très rapidement les consignes.

Alors qu'en début de prise en charge, elle demande à l'A.T. de faire le choix des instruments et des activités, quelques mois après, son comportement a changé, elle est partie prenante de l'activité, s'investit, prend des initiatives, fait des choix.

1- Son implication dans l'activité et l'évolution de sa relation à autrui:

Le graphique suivant montre l'évolution de son implication dans l'activité tenant compte de trois paramètres liés à l'expression verbale et l'évolution des rapports avec la patiente Mme X.

Graphique 6 : Evaluation de l'implication dans l'activité et dans la relation de Mme F.



Son implication dans l'activité lui a redonné confiance et lui a permis d'entrer en relation avec Mme X.

Mme F ; a su s'adapter pour parer au problème de pile de ses appareils auditifs. Lorsqu'elle n'entendait pas, elle lisait sur les lèvres de l'A.T. afin de chanter ou de jouer à la même vitesse que lui. (Ce qui lui demandait de la concentration, autre point positif.) Elle était aussi capable de reproduire sa démarche en présence de Mme X. (lire sur les lèvres de Mme X.) pour jouer avec elle.

Les chants en questions/réponses posent parfois des problèmes de mise en place, mais **elle compense sa presbyacousie par la vue.**

E- Le bilan et l'interprétation des résultats sont transmis au médecin coordinateur et discutés en réunion :

À la 9ème séance, une aide-soignante signale lors d'une conversation informelle que « Mme. F. a beaucoup changé depuis les séances de musique, que maintenant elle parle, communique, participe, et sort plus volontiers de sa chambre... ».

Les résultats sont discutés lors de réunions informelles avec la psychologue, et transmis à l'équipe au cours des réunions hebdomadaires de synthèse. L'ensemble du personnel s'accorde sur le fait, que les séances d'art thérapie dont a bénéficié Mme F. ont été bénéfiques à plusieurs points de vue : **Elle cherche à communiquer et peut entrer en relation avec son entourage.** Elle se promène dans l'enceinte du bâtiment **et s'exprime avec les autres résidents.** **Elle sort plus souvent de sa chambre pour participer aux activités proposées.** Elle marche le regard fier et sourit facilement : **elle a gagné en confiance et en assurance.** Le lien conservé avec l'activité musicale grâce au CD confectionné par ses soins et l'A.T. ainsi que les enregistrements vidéo durant les séances ont permis à Mme F. **de trouver des repères dans le temps et l'espace** tout au long de cette prise en charge. Enfin elle a mis en place des stratégies de compensation lui permettant de s'appuyer sur la vue alors même que dans l'atelier musical l'audition lui posait problème.

Toutefois, une angoisse a pu être observée pendant une période de trois semaines environ, en partie à cause de l'arrêt de l'activité. Mais la présence de l'A.T dans l'établissement, notamment pour une animation musicale collective semble rassurer Mme F. Elle inscrit désormais l'A.T. parmi les personnes « qu'elle connaît depuis qu'il est jeune ».

Dans l'ensemble les résultats sont positifs. Toutefois, il n'a pas toujours été possible d'apporter une détente corporelle, même si les débuts de séances étaient orientés à cet effet. Rapidement sa volonté de s'impliquer physiquement dans l'activité a contrarié le bénéfice de la détente dans l'écoute.

Objectif futur : Poursuivre une/des activité(s) collective(s) permettant à Mme F. d'être valorisée dans ses compétences propres. Entretenir la relation à autrui qui semble être un sujet de préoccupation pour elle.

2- Mme A

Indication : 1- Troubles de la relation (apathie et comportement d'opposition).

A- La rencontre avec la psychologue, avec le patient, la consultation du dossier, et les discussions avec le personnel soignant permettent d'établir l'état de base.

1- Mme A. a 91 ans et souffre de troubles liés à la M.A.

Elle est anosognosique. Elle a des troubles de l'identification
Rigidités des bras, des poignets, plusieurs doigts ne plient plus.

Elle marche lentement et montre un léger trouble de l'équilibre qui s'accroît durant la durée de la prise en charge.

2- Mme A. a passé un mois en section protégée.

Suite à des troubles du comportement et une fugue elle a été placée en section protégée pendant un mois d'où elle est ressortie apaisée.

3- Sur le plan relationnel, Mme A. reste isolée.

Elle reste dans sa chambre assise sur son fauteuil face à la fenêtre. Elle s'oppose à toute stimulation. Elle refuse d'avoir quelque objet que ce soit (téléviseur, poste de radio, photos de famille...) dans sa chambre, prétextant qu'elle n'est pas là pour longtemps et qu'elle va bientôt partir... Elle est arrivée en 18.11.2011 (deux ans).

- Elle **ne cherche pas le contact** et « répugne » même à aller auprès des autres : Elle a souvent des regards méprisants, arrogants et des remarques agressives. Son regard est froid et **dissuasif** pour quiconque tenterait une approche.

-Elle refuse le contact avec l'art thérapeute. Il faut trois tentatives pour arriver enfin à échanger et commencer une première séance.

- Elle refuse toutes les animations.

- Elle est souvent sur l'attaque ou la défensive .

- Elle ne laisse apparaître aucune diminution de son estime, ni de sa confiance en elle-même.

- Elle se méfie de tout discours ou approche qui pourrait lui faire penser à du démarchage commercial.

- Elle n'exprime jamais aucun sentiment selon ses filles...

- Elle se lasse vite et l'exprime par le regard, et des soupirs.

4- L'hygiène corporelle devient un vrai problème.

- Les aides-soignantes doivent faire preuve de beaucoup de diplomatie et de ruses pour obtenir d'elle qu'elle se lave. Durant les séances, elle réalise que certaines odeurs créent un malaise.

5- Mme A dit n'avoir besoin de rien...

Mais **elle n'a envie de rien**. Elle est apathique. Il semble qu'en plus, un **syndrome dépressif** soit installé. Mme A doit sortir de son enfermement qui, selon les aides-soignantes, s'accroît de jour en jour : « elle reste là sans rien faire, toute la journée devant la fenêtre ».

6- Mme A. aime le tricot et la musique.

Elle aime le violon, mais que lorsque se sont de « grands violonistes » qui jouent de cet instrument.

- Elle dit aimer les « grands chanteurs », mais ceux qui ont de beaux textes.
- Sur sa table traîne toujours le même tricot qui n'avance pas.

7- Mme A. peut s'exprimer en faisant des phrases courtes et cohérentes.

- Elle fait preuve d'une « belle » élocution, son vocabulaire est adapté aux situations, et ses raisonnements sont pertinents.
- Elle arrive à finir ses phrases qui sont courtes mais cohérentes... Elle prend le temps de la réflexion avant de parler.

B- Au regard de l'état de base, une stratégie thérapeutique a été élaborée.

a) L'objectif thérapeutique principal est : réduire l'apathie.

13 séances sont proposées, 15 sont réalisées avec l'accord du médecin coordinateur et l'acceptation de la directrice pour finaliser le travail.

L'apathie, le syndrome dépressif et l'isolement laissent penser que Mme A. est dans un état de santé général en déclin.

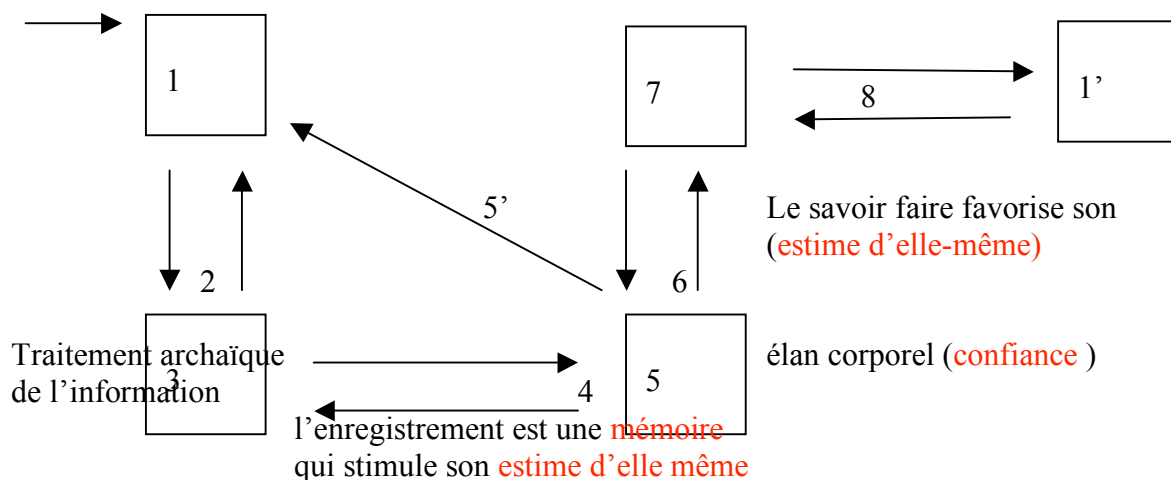
La priorité est de **redonner du goût, de la saveur à sa vie**. Lors de sa première séance, l'art thérapeute a observé les réactions spontanées du corps, des battements des pieds, à l'écoute de la musique. **Nous mettrons autant que possible le corps en mouvement en utilisant le levier des émotions et en stimulant autant que possible la « saveur existentielle ».**

L'émotion et le corps moteur s'autoalimentent.

L'écoute d'une musique met son corps en mouvement. La prise en charge de Mme A. nous amène à passer de la phase 1 (rayonnement) à la phase 2 (captation) puis phase 3 (traitement archaïque de l'information) à la phase 5 (la poussée corporelle) selon le modèle de l'opération artistique. Ceci afin de réalimenter les phases 4 (traitement sophistiqué) et 6 (savoir-faire) qui sont encore opérantes: **c'est donc à partir du corps comme moteur que le début de la prise en charge va commencer, car selon toute observation, il est hors de question qu'elle fasse volontairement le moindre effort.**

La stratégie thérapeutique élaborée pour Mme A. trouve sa place dans l'opération artistique comme suit.

Graphique 7 : l'opération artistique pour Mme A.

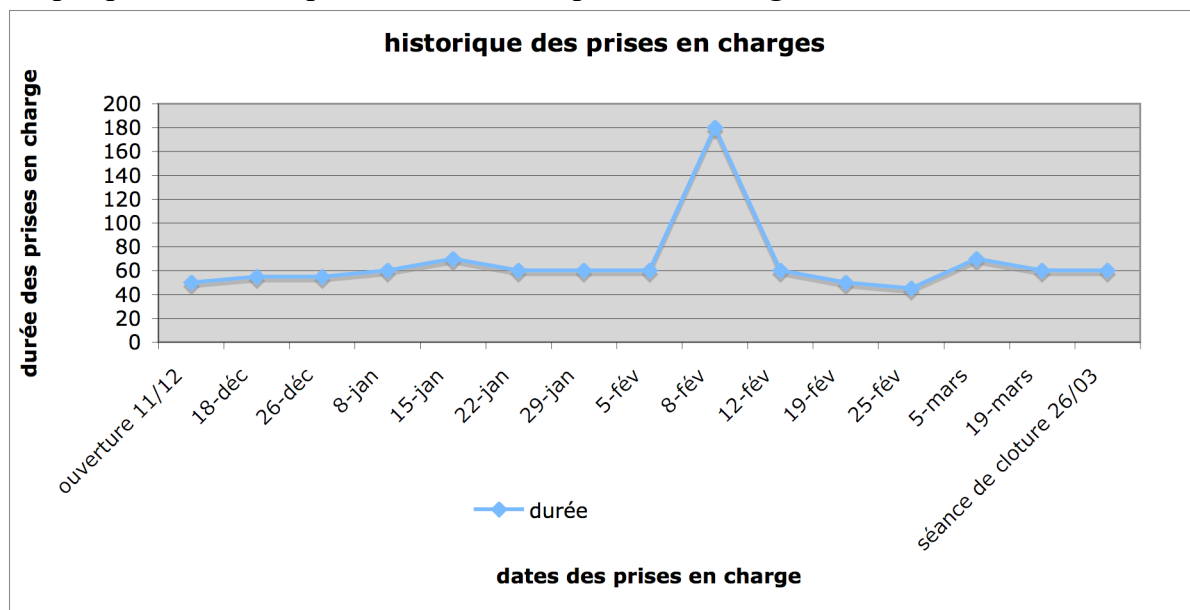


Le cadre thérapeutique :

Les prises en charge ont lieu dans sa chambre les mardis après-midi.
L'histogramme montre que la durée des séances varie de 50 à 70 minutes maximum.
Mme A. se fatigue rapidement.

La séance du 8 février est une participation à une animation musicale proposée par deux musiciens extérieurs, où tous les patients de l'A.T. s'associent.

Graphique 8 : Historique de la durée des prises en charges de Mme A.



b) objectifs intermédiaires :

1- revigorer la saveur existentielle

La stimulation émotionnelle a ravivé plus rapidement que prévu la mémoire, la culture, l'exigence de son esprit (phase 4 : le traitement sophistiqué de l'information), lui permettant d'exprimer son esprit critique (d'abord de manière négative) et sa capacité à exprimer son goût esthétique. Elle est souvent surprise de voir qu'elle est impliquée physiquement dans l'activité musicale... qu'elle bouge et joue.

Lorsqu'elle écoute une musique sans paroles, son regard s'intériorise ... ce n'est plus le même regard vide, absent, regardant pas la fenêtre. Celui-ci est dirigé, concentré.

Les chansons, lorsqu'elle les connaît, stimulent sa participation sans que l'A.T. lui demande ou lui propose. Même si elle oublie rapidement ce qu'elle fait, les enregistrements vidéos la mettent en confiance bien qu'elle ne se reconnaisse pas, la lecture de ces vidéos sont les preuves irréfutables que quelque chose a bien eu lieu, laissant les traces d'une joie indicible sur son visage, un sourire, des joues roses, un regard vivant. L'émotion déclenche sourires et éclats de rire. Mme A. éprouve des gratifications sensorielles.

2- favoriser une vie sociale.

Elle a besoin de comprendre les textes. Pour elle, tout ce qui n'est pas compréhensible ou d'un « bon niveau d'écriture » n'est pas digne d'être écouté. Elle les rejette d'un revers de la main et d'un rictus dédaigneux avec un « ce n'est pas de la musique », ou « c'est incompréhensible ».

Pourtant lors de l'évocation du thème du voyage, qui stimule son expression et la motive, la séance suivante est programmée et s'oriente naturellement vers l'écoute de musiques de pays différents (Australie, Afrique, Groenland, Chine, Tibet, Antilles...), cela afin de favoriser l'ouverture vers « les autres » et l'acceptation de la différence. Elle se montrera tolérante lors de la séance et des suivantes.

A partir de la séance N°7 Mme Y, patiente du même art thérapeute sera présente en alternance lors des séances avec Mme A. Alors qu'au début, elle se contentait de réponses brèves pour dire ce qu'elle acceptait ou non, au fur et à mesure des prises en charge elle s'exprime progressivement avec plus de plaisir et de motivation, mais sans toutefois s'étendre.

Si elle ne reconnaît pas l'A.T. d'une semaine à l'autre, elle est de moins en moins hostile ou sur la défensive. Elle accepte plus facilement les déplacements hors de sa chambre et va avec le sourire jusqu'à l'atelier. Elle va même jusqu'à écouter, et parfois participera aussi aux conversations (sur l'invitation de l'A.T) avec d'autres personnes sur le chemin qui mène à l'atelier.

-Les items d'observation sont :

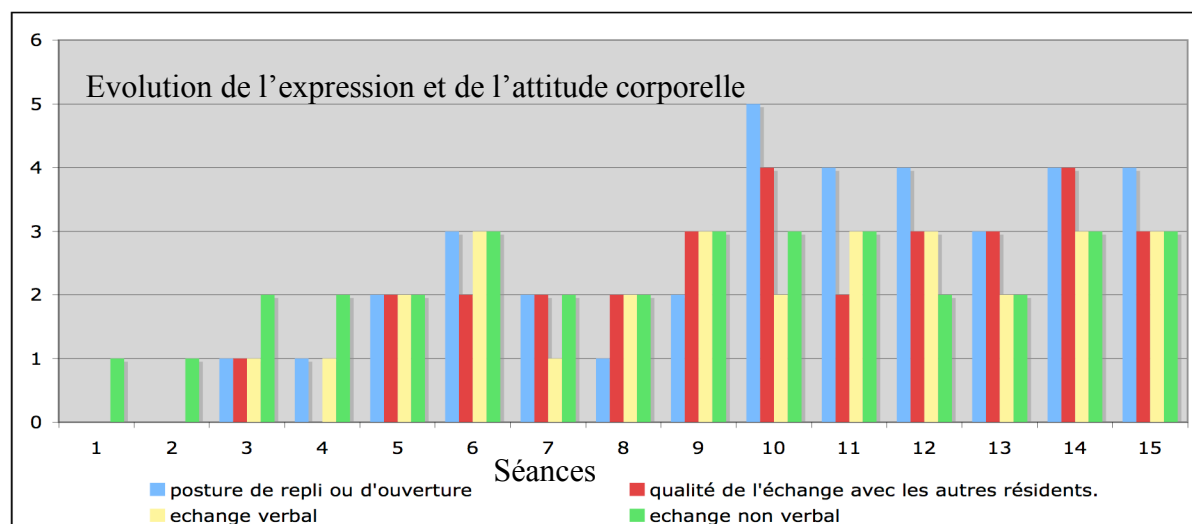
- L'intérêt porté aux autres résidents,

- La qualité du regard et des échanges verbaux,

- La disposition corporelle, face à l'A.T. d'abord, et ensuite face à l'autre patiente.

Il faut noter que plus sa toilette (hygiène et tenue vestimentaire) est assurée par Mme A, plus elle est en posture d'ouverture et non de repli).

- La qualité de l'échange verbal et non-verbal.



Graphique 9 : Evolution de l'expression et de l'attitude corporelle

Sur ce graphique, nous voyons nettement la progression quant à l'ouverture corporelle faite à l'A.T. et à l'autre patiente. Malgré les séances 7 et 8 où l'on note un repli fortement marqué, elle ne s'agrippe plus à son sac à main, elle le laisse et donne volontiers son bras à l'art thérapeute durant le trajet. Elle se détend durant la séance, sans pour autant lâcher prise : L'image qu'elle semble avoir d'elle-même ne peut la décevoir.

Plus d'une fois l'expression verbal et non-verbal s'équilibrent. Manifestement, une aisance dans l'un et l'autre domaine s'installe. Chaque nouvelle rencontre provoque une réaction de repli, mais qui est moins marquée au fur et à mesure des prises en charge.

C- Des grilles d'évaluation sont mises en place afin de mesurer :

- Premièrement, son plaisir et son implication dans les activités proposées.
- Deuxièmement son expression spontanée et son implication relationnelle.

Il a été observé l'évolution de qualité de la relation conjointement à l'évolution de la thymie et de l'intérêt pour la musique.

-Les items d'observation pour la qualité de la relation sont : L'accueil et les manifestations d'agacement.

a) Accueillante, hostile, indifférente : les regards ou les paroles.

b) Elle regarde ou pas l'A.T., elle a envie de dialoguer ou pas, elle est sensible à l'attention de l'A.T. .

Plus on monte dans la cotation, plus la relation est bonne.

-Les Items d'observation pour la thymie sont : dépressive, (n'a aucune envie), anxieuse, joyeuse : Plus on approche de 5, plus la thymie est bonne.

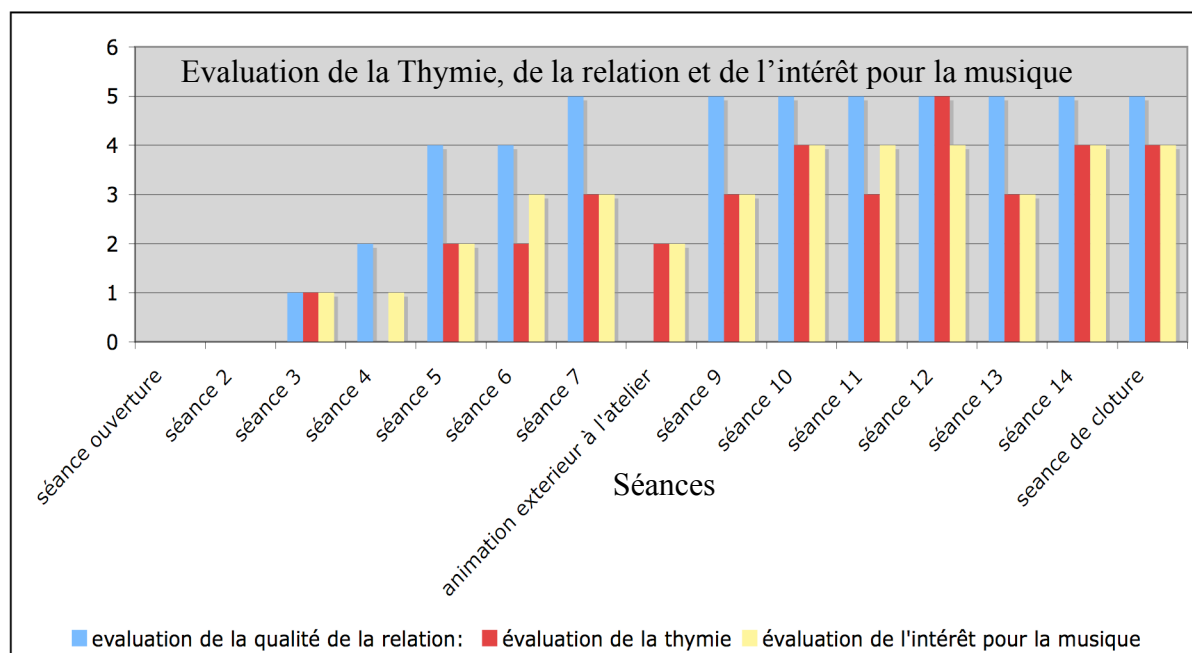
Les items d'observation pour l'implication dans l'activité sont : le refus, la passivité, la participation, les propositions, va jusqu'au bout ou arrête en court de la production, elle répond ou pas aux consignes. Plus on approche de 5, plus l'implication est bonne.

Le tableau suivant montre l'évolution des expressions dans des situations différentes permettant d'évaluer trois paramètres : la relation, la thymie et l'intérêt pour la séance.

Items d'observation	Situations :	Exemple d'expressions
Qualité de la relation	Avant et au début de la prise en charge, le rejet de l'A.T. était total et s'exprimait par un regard froid et intimidant. Impossible d'entrer en contact ni dans le salon et encore moins dans sa chambre. .../... - En fin de séance : .../... - Suite à une production où je la félicite, elle dit dans un éclat de rire... .../... - En fin de séance 3 à la demande souhaitez-vous que je revienne la semaine prochaine ?	- « Je ne vois pas pourquoi...ça ne sert à rien... », « ..vous savez à mon âge, on aspire à la paix ... » « Oui et alors ça va durer longtemps ? » « Vous êtes généreux... » « oh. Vous êtes indulgent... » Elle dit timidement « oui je veux bien si ça ne vous dérange pas ». Elle accepte de venir à l'atelier d'art thérapie à la séance 4.

Thymie	- Elle est fermée et agressive : - Elle refuse de quitter sa chambre jusqu'à la séance 4 .../... - Petit à petit les sourires se font plus fréquents et plus accueillants...et de qualité notable, voire des éclats de rire de plus en plus marqués par la joie.	« Quelle heure est-il ? ça va durer longtemps ? » - Elle soupire de manière ostentatoire. .../... « Je vous remercie de m'accorder de votre temps... »
Intérêt pour la musique et la séance d'A.T.	À la découverte de plusieurs instruments de musique comme le triangle, les bongos, les maracas... .../... - À l'écoute d'une suite pour violoncelle de Bach : .../... - Lors du visionnage de l'enregistrement de sa production de la semaine passée : En souriant... .../... - Séance 6 : Alors qu'elle joue sur le tambourin et découvre les variations de tempo :	- « Ça n'a aucun intérêt... », « Mais ce n'est pas de la musique... » .../... « C'est très agréable et reposant » .../... «C'est moi ici ? ... c'est drôle, je ne me souviens pas avoir fait ça... ». .../... ...Elle demande à l'A.T. de passer de la guitare au piano.

Graphique 10 : Evolution de la Thymie, de la relation et de l'intérêt pour la musique :



Il est à noter que meilleure est la relation, plus l'implication dans l'activité augmente et meilleure est l'humeur. Le raisonnement serait valable quel que soit l'ordre des facteurs observés. Il semble évident que la qualité de la relation est primordiale même si elle ne peut suffire.

Bien souvent, le temps du trajet de la chambre à l'atelier suffisait pour changer la thymie de Mme A., facilitant son implication rapide dans la séance.

- L'intérêt du projet de soin : impact sur son hygiène corporelle.

L'intérêt porté à l'atelier d'A.T. par Mme A., a permis de mettre en place un projet de soin avec les AMP, autour de l'hygiène qui devenait un vrai problème pour tout le monde. Aucune grille d'évaluation n'a été mise en place, mais la communication établie avec certaines AMP et le rôle de la psychologue, et les différents échanges à ce sujet ont permis de noter une nette amélioration et a réveillé motivation et intérêt chez Mme A. pour sa toilette et sa tenue vestimentaire.

D- Le bilan et l'interprétation des résultats sont transmis au médecin coordinateur et discutés en réunion.

L'ensemble de l'équipe a remarqué de nombreuses améliorations et juge le bilan positif. La prise en charge de Mme A. en art thérapie a été bénéfique à plus d'un titre : Son apathie a diminuée voire disparu. En tout état de cause, ce n'est plus l'apathie qui était liée au syndrome dépressif présent en début de prise en charge.

La qualité de la relation, tant avec l'art thérapeute qu'avec les autres résidents, s'est améliorée. L'intérêt pour les activités d'animations collectives est apparu. Celles-ci ont permis à Mme A. d'intégrer le PASA et de profiter des activités proposées, permettant d'entretenir les effets de la prise en charge avec l'A.T.

De plus, à ce jour, le 5 octobre 2013, les bénéfices de la prise en charge sont pérennes :

Mme A. participe à l'atelier chant d'une heure trente minutes du jeudi après-midi animé par l'A.T.

E)- Ce type d'évaluation est discutable :

Les évaluations proposées ici ne tiennent pas compte de l'évolution de l'état mental, physique et social du sujet au cours des séances. Il aurait été possible de penser l'évaluation de manière à prendre en compte les éléments permettant d'observer des changements. La qualité de la relation, des choix et des méthodes de travail ne sont pas abordés. Ainsi, la thymie selon l'évaluation proposée montre une amélioration au cours des 13 séances mais pas en cours de séance.

Conclusion de la deuxième partie.

Pour les deux cas étudiés, les résultats sont positifs.

Le stage exécuté dans l'Ephad le Clos St Jean a été un succès pour l'art thérapeute, sur le plan humain, relationnel et technique.

L'art thérapie a permis à quelques patients de retrouver un sens à leur vie grâce aux plaisirs sensoriels et moteur, retrouvés ainsi qu'aux relations sociales, recrées redonnant ainsi une qualité de vie laissée de côté.

Les deux patientes présentées ici ont pu aussi retrouver la confiance, l'estime et une image positive d'elles-mêmes.

Le soin d'une personne en art thérapie apporte joie et satisfaction non seulement aux patients eux-mêmes mais aussi à l'entourage immédiat : les proches, le personnel du Clos St Jean.

Les relations se trouvent modifiées dans leur globalité. L'image, l'estime et la confiance d'elle-elle sont renforcées pour elle-même mais aussi pour les autres dont le personnel soignant.

Nous n'avons pas la prétention d'avoir guérit les patients présentés ici, tout au moins sur le plan de leur maladie neurodégénérative, néanmoins nous pouvons néanmoins dire que la prise en charge de soin d'art thérapeutique a été bénéfique tant sur le plan mental, physique et social, dimensions indispensables, selon L'OMS, à l'état de bonne santé.

Troisième partie : Discussion

Outil incontournable de l'art thérapeute, l'évaluation nécessite des réflexions et des compétences.

La modestie et l'humilité qu'il convient d'avoir, en tant que thérapeute auprès de malades doivent nous amener à relativiser les résultats de notre intervention.

D'une part, il s'agit d'une expérience en tant qu'art thérapeute en formation et l'enthousiasme naît, souvent à tort, d'une méconnaissance d'une expérience nouvelle. L'exigence et la précision de notre observation se développeront avec l'expérience.

Comme le souligne Raphaël Terreau⁷⁴, musicien et art thérapeute dans son travail remarquable soutenu en 2012, les résultats bien qu'encourageants, notamment sur la thymie, portent sur une période assez courte, et ne reflètent sans doute pas la réalité du quotidien des patients.

Toutefois, les bienfaits des séances, aussi éphémères qu'ils puissent être, créent une rupture avec leur quotidien. La bonne humeur à la sortie des séances favorise des échanges relationnels, qui entretiennent, par la même, la bonne humeur ou la confiance en soi.

L'art thérapeute ne prétend pas guérir une D.T.A. Sa place est limitée dans la prise en charge globale du patient. Il convient donc de veiller à ce qu'il y ait une continuité dans les objectifs poursuivis et une hiérarchisation de ces objectifs entre tous les membres de l'équipe de soins. De ce point de vue, les **projets de soins**, comme celui qui a été mis en place pour Mme A. en ce qui concerne l'hygiène, sont un bon exemple de continuité. Il en est de même pour les activités mises en place dans le cadre du PASA.

Le travail de réflexion présenté et soutenu en 2002 par Fabrice Chardon⁷⁵, musicien, art thérapeute et psychologue, soulève notamment l'idée que la prise en charge commence dès le trajet de la chambre à l'atelier. Cette remarque a notamment permis d'observer et d'agir sur la thymie de Mme A. durant le trajet, afin de lui permettre de s'impliquer dans la séance dès son arrivée dans l'atelier.

Parler d'évolution, de déclin, d'augmentation, de renforcement, de stimulation ... suppose un outil qui permet d'observer et mesurer le changement, le passage d'un état à un autre: c'est l'évaluation.

« Évaluer c'est mesurer, peser, en un mot comparer deux choses ».⁷⁶

L'élève fait son travail scolaire au regard de ce que le professeur attend de lui ou de ce que l'exercice le pousse à trouver. Le musicien s'écoute et détermine son niveau d'interprétation en fonction de son niveau d'exigence, de culture, de savoir-faire. Il perçoit le chemin qu'il lui reste à parcourir. Celui qui travaille s'évalue en permanence.

⁷⁴ Raphaël Terreau : « *une prise en charge en A.T. à dominante musicale de personnes atteinte de Démence de type Alzheimer* ». DU Art thérapie soutenu en 2012 à Tours.

⁷⁵ Fabrice Chardon : « *Atelier d'art thérapie à dominante musicale auprès de personnes âgées démentes* » DU Art thérapie soutenu en 2002 à Tours

⁷⁶ Richard Forestier : *L'évaluation en art thérapie*, actes du congrès international : Elsevier, p 17

1- L'évaluation est primordiale :

1- L'évaluation permet de suivre l'évolution du patient dans la prise en charge.

L'enseignant note sur ses fiches d'observation : « acquis » ou « en voie d'acquisition », des termes qui indiquent un cheminement, « une direction vers » un but à atteindre.

L'évaluation est donc régulière et jalonne tout le parcours de l'élève.

Il en va de même, dans les écoles de musique ou sur les terrains de sport, où l'audition et la compétition sont des moyens d'évaluer les niveaux d'acquisitions, le niveau de performance.

L'art thérapeute observe les items qui correspondent à ses choix. Eux-mêmes liés aux objectifs généraux ou intermédiaires, fixés en début de prise en charge. L'évaluation permet, de constater les effets de la prise en charge et d'adapter la stratégie thérapeutique au regard de l'objectif.

L'évaluation est donc fondée, et justifiée.

2- L'évaluation doit être facilement lisible.

Il convient donc de savoir interpréter les observations et d'en tirer des conclusions.

Ces conclusions doivent pouvoir être transmises à l'équipe de soins et à bon escient.

Elles peuvent donc déterminer une nouvelle prise en charge, l'arrêt ou l'adaptation d'un traitement médicamenteux, ce qui n'est pas anodin.

Une évaluation doit être facilement lisible afin que tout professionnel en art thérapie puisse poursuivre un travail dans le même sens et dans l'intérêt du patient en cas d'absence prolongée ou de départ. « L'évaluation est une dynamique qui doit souvent être intégrée dans une approche plus large d'amélioration globale du soin et dans une politique d'amélioration de la qualité »⁷⁷.

L'évaluation est donc un outil indispensable qui permet d'objectiver les changements.

3- L'évaluation doit être la plus objective possible.

a/-Evaluer c'est savoir observer et savoir quoi et comment évaluer.

L'évaluation est liée à l'observation. Le choix des indicateurs doit être pertinent et reflète ce que l'on cherche à évaluer. L'évaluation doit utiliser des outils validés. « Ce n'est que par la création de l'ANDEM (en 1985) que l'évaluation médicale et ses outils se sont vraiment développés dans notre pays ».⁷⁸

Evaluer pour évaluer n'a aucun sens.

b/- Le temps de l'évaluation :

En fonction de ce qui est observé, l'évaluation doit pouvoir s'effectuer hors de l'atelier d'art thérapie, ceci afin d'observer si les effets de la prise en charge se poursuivent dans le quotidien des patients.

c/- Evaluer objectivement c'est aussi tenir compte de subjectivité des observateurs :

L'A.T. n'est pas toujours présent, il convient donc de tenir compte des retours du personnel soignant, des AMP, des proches, et parfois même les autres patients, en fonction de

⁷⁷ Les outils de l'évaluation des soins Série «Évaluation des soins » coordonnée par C. Chouaid et A. Vergnenègre : Les objectifs de l'évaluation des soins p3

⁷⁸ idem ° : l'Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation en Médecine.

ce que l'on cherche à observer. L'objectivité de l'évaluation est donc parfois liée à la multiplicité et la subjectivité des observateurs.

Pourtant, il s'agit souvent d'impressions, de ressentis. Or, pour étayer notre grille d'évaluation, ces informations devront se limiter à décrire afin de laisser le moins de place possible aux impressions, aux ressentis, au subjectif.

Même si la part de subjectivité est toujours présente quoi qu'on en dise, il y a ce que l'on voit de l'extérieur et ce que l'on en saisit, avec notre propre sensibilité, notre culture et surtout notre degré de compréhension. Seule une machine pourrait évaluer « objectivement », mais froidement, des paroles, des réactions, des regards, des mimiques... Et encore, comment pourrait-elle faire la différence entre un sourire lié à la manifestation de la joie, d'un bien être et une grimace liée à une douleur : « Evaluer la santé implique des critères objectifs et subjectifs, ce qui amène à déterminer une cohérence entre l'objectif et le subjectif, cohérence qui est source elle-même d'une évaluation. »⁷⁹

Les objectifs de l'évaluation, ainsi que l'interprétation diffèrent sur le terrain, « selon que l'on se place du point de vue du système de santé (le gouvernant), le payeur, un établissement de santé, un service hospitalier, un soignant, un patient ou si, dans un objectif plus général, on envisage cette évaluation dans le champ de la santé publique ».⁸⁰

L'objectivité d'une mesure, d'une évaluation, c'est trouver des critères observables, des signes visibles, les plus descriptifs possible et ne laissant pas la place à l'interprétation, au jugement. L'ensemble des critères, des indicateurs sont ensuite rassemblés et analysés pour prendre sens et sont nécessairement confrontés à la théorie, ou en tous cas à l'hypothèse de départ et mis en relation avec les objectifs de départ pour savoir s'ils sont remplis ou non, partiellement ou pas...

On comprendra l'intérêt de l'art thérapeute à être en rapport avec toute l'équipe de soin.

4-L'évaluation est aussi un outil important pour le patient et ses proches.

De même que l'évaluation est un outil indispensable pour l'enseignant mais aussi pour l'élève, car elle lui permet de se situer par rapport à ce que l'on attend de lui, et de s'impliquer ou pas dans les objectifs pédagogiques. Elle est pour le patient qui peut être à même de savoir si son traitement est adapté, et surtout de lui permettre de s'impliquer dans sa prise en charge. Dans les cas présentés plus haut, elle peut être tout au plus la marque d'attention, et de respect qui rehausse leur estime d'elle-même.

Dans le cas de Mme F. dont il était question dans la deuxième partie de notre présentation, l'impact du cube harmonique s'est avéré intéressant pour atténuer l'autocritique négative. En effet, même si le cube harmonique n'a pu être utilisé seul par Mme F, les questionnements inhérents à cet outil ont permis de détourner et d'orienter l'attention sur un objet extérieur (ici la musique) plus que sur elle-même. Bien que le cube harmonique puisse être aussi un moyen de s'autoévaluer en prenant de la distance par rapport à sa production : posture, efficacité du geste, expressivité de la phrase musicale... il aura permis de faire prendre conscience à Mme F. que l'objectif de l'activité portait sur la musique, le plaisir et l'intérêt de la découvrir et non sur la recherche d'un quelconque jugement.

L'esprit critique du cube harmonique, peut nous permettre d'élaborer des grilles d'évaluation objectives en posant des questions du genre :

« Que ressentez-vous à tel endroit de cette pièce musicale ? un frisson ? Une envie de pleurer ? de continuer à écouter, de couper le son ?... le genre de questions qui dénotent des

⁷⁹ Richard Forestier : *L'évaluation en art thérapie* : actes du congrès international, Elsevier, p 17

⁸⁰ Les outils de l'évaluation des soins Série «Évaluation des soins » coordonnée par C. Chouaid et A. Vergnenègre : Les objectifs de l'évaluation des soins p3

réactions spontanées, motrices, pulsionnelles, plus objectives que de demander : « avez-vous eu du plaisir » ?

Par ailleurs, les évaluations sont parfois l'objet d'attentions particulières pour les proches des patients. Elles encouragent à mener le combat, stimulent et permettent de trouver l'énergie nécessaire pour soutenir le patient. D'autres fois elles découragent, mais permettent au moins de savoir pourquoi et où sont les limites de l'espoir.

Voir la réalité et assumer ses peurs, c'est bien, mais encore faut-il en être capable. Et là, nous ne sommes pas tous logés à la même enseigne. Se voiler la face pour continuer à vivre sereinement ? Pourquoi pas ?

Évaluer, c'est donc ensuite se poser la question de communiquer les résultats, sous quelle forme et à qui ?

5-L'évaluation permet de prendre de la distance.

Évaluer, c'est prendre de la distance par rapport à un objet, par rapport à soi.

Les résultats d'analyse de prise de sang par exemple, quand on les voit sur papier et si l'on est capable de les comprendre et de les interpréter, permettent de voir son problème autrement que dans son corps, de pouvoir en parler, d'avoir un regard distancié.

La distance que nous mettons dans notre production musicale permet d'évaluer et de nous adapter par rapport à nos objectifs.

Toutefois, cette distance, bien que primordiale, donne parfois le sentiment que l'objet évalué ne nous appartient plus, comme si tout à coup nous en étions dépossédés.

Les conséquences qu'une telle perception peut avoir sont doubles :

a/Un effet angoissant, car nous n'avons plus d'emprise sur l'objet évalué en question, et qu'il est livré, soumis au regard ou à l'écoute des autres. Il peut donc faire l'objet d'un jugement. L'évaluation est d'ailleurs plus souvent perçue comme un jugement de soi que comme une évaluation des acquis, des compétences. De fait, le mot « évaluer » n'est-il pas défini dans le dictionnaire Robert par « porter un jugement », ainsi que le rappelle J.L. Sudres.⁸¹

Le patient se sent stigmatisé et prisonnier d'une représentation, dans un instant T..

Mais, tout dépend de quelle façon est impliqué l'individu dans l'évaluation.

L'évaluation doit donc être réalisée avec et en accord avec le patient. La détermination des objectifs et l'intérêt de l'évaluation et de son implication doivent ou peuvent être rappelés chaque fois que cela est nécessaire. Il nous est souvent arrivé de le faire auprès des patients dont nous avons la charge durant notre stage.

De plus nous attendons les notes, les bilans, les cotations avec impatience, inquiétude, incertitude... Le meilleur comme le pire est à venir. À ce titre, la présentation des résultats de l'évaluation peut avoir un effet déstabilisant, voire traumatisant.

b/ L'autre versant est un effet bénéfique : « L'évaluation n'a aucune connotation négative et doit être bien différenciée d'une sanction ». ⁸² Elle nous libère de ce qui est en nous et que l'on ne peut gérer. C'est pourquoi le regard d'un « expert » s'avère parfois rassurant, car il soulage du malaise de ne pouvoir s'évaluer nous-même ou évaluer le niveau d'importance de la maladie.

Enfin, pour conclure, si l'évaluation est essentielle, elle « n'est pas une fin en soi » comme le rappelle à juste titre J.L. Sudres dans son article précédemment cité.

⁸¹ J.L.Sudres : l'évaluation en art thérapie ? De constats en prospectives... -l'évaluation en art thérapie : actes du congrès international : Richard Forestier : Elsevier p105

⁸² Les outils de l'évaluation des soins Série «Évaluation des soins » coordonnée par C. Chouaid et A. Vergnenègre : Les objectifs de l'évaluation des soins p3

Néanmoins, nous comprenons bien qu'une évaluation n'est pas simple et qu'une réflexion s'impose avant de la mettre en place.

Acquérir la capacité de mettre en place des grilles d'évaluation efficaces et objectives qui reflètent autant que possible l'état de santé du patient à un instant donné est une nécessité.

La maîtrise de telles compétences est réservée aux personnes formées.

2-Un art thérapeute est un professionnel qui adapte les moyens aux objectifs.

1-A- La musique est un outil qui peut servir au meilleur comme au pire, et l'évaluation permet d'en mesurer les effets.

« La musicothérapie est l'utilisation judicieuse de la musique comme outil thérapeutique de base pour rétablir, maintenir ou améliorer la santé mentale, physique et émotionnelle d'une personne. Des améliorations d'ordre cognitif, social, etc., peuvent ainsi être induites par des activités musicales variées et la relation de confiance qu'elle instaure. »⁸³

La musique à de nombreuses vertus, mais mal employée, elle peut :

a -Générer des troubles psychologiques.

Comment la musique, qui est « un des dons les plus magnifiques de Dieu » selon Martin Luther, peut-elle être à l'origine de tant de bien et tant de mal ?

Comment l'orienter pour que ses effets ne soient que bénéfiques ?

-La musique peut « transformer l'homme en animal », par les attitudes et les comportements qu'il adopte, quand il est en état de transe par exemple. La musique est tantôt l'ennemi du diable, tantôt elle sert à lui rendre hommage et à l'appeler. En témoigne les fêtes bachiques que Platon bannit et auxquelles Erasme s'oppose aussi, parce qu'elles « abrutissent les hommes »⁸⁴ et plus récemment, la « rave party ».

« Certaines musiques sont (considérées comme) un piège pour l'homme » aussi le Concile de Cologne de 1316 interdit l'utilisation des chants capables de produire un dommage, une souffrance, d'aboutir à un crime.⁸⁵

Les problèmes de motricité ou d'apraxie, par exemple, mal identifiés, et mal pris en compte par l'art thérapeute peuvent générer du stress, ou une perte d'estime de soi. En effet, le ralentissement moteur et un mauvais contrôle du geste, même si la musique est bien perçue, peuvent engendrer un décalage entre la production du patient et la musique sur laquelle il devrait jouer.

Une émotion forte, peut engendrer un syndrome de Stendhal⁸⁶. En effet, l'hypersensibilité de certaines personnes, isolées de surcroît, n'étant que très peu stimulées, peuvent être « choquées » par la beauté d'une œuvre d'art. L'art thérapeute se souvient avoir chanté une chanson qu'il venait d'écrire à une élève adulte. Celle-ci a failli se trouver mal à la fin de la chanson, tant l'émotion avait été forte. Sans aller jusque-là, le sujet peut avoir tout au moins une réaction de recul ou de repli, difficilement identifiable pour se protéger de l'envahissement de la musique.

⁸³ <http://www.autisme.qc.ca/accueil.html> : *L'emploi de la musicothérapie avec les autistes*

⁸⁴ Marc Lescarbot : *Histoire de la nouvelle France*, Paris : p 655,656 : descriptions de scènes chantées et dansées qui durent des heures faisant suite à de la violence apparentée à la folie collective.

⁸⁵ Didier Zaffran : « les représentations des pouvoirs de la musique dans la littérature du XVI^{ème} siècle » 1992 p 53/54

⁸⁶ <http://www.vulgaris-medical.com/encyclopedie-medicale> « Geophilla Magherini raconte l'histoire suivante : à la suite d'un voyage en Italie, Stendhal, alors qu'il visitait une église à Florence, fit un malaise qui l'obligea à s'asseoir pour reprendre des forces ».

Mais qu'en est-il exactement de ce syndrome ? Une psychiatre explique : « Quelques centaines de voyageurs « décompensent » chaque année à divers points du globe au cours de ce que les psychiatres appellent « voyages pathologiques », la grande majorité de ces touristes ou expatriés, souffrant déjà **d'un trouble psychiatrique** avant leur départ. ». La beauté d'une œuvre d'art peut donc déclencher des crises chez les sujets psychologiquement fragiles. « Les crises vont de l'attaque de panique à l'inconfort physique, comme la peur de s'évanouir, de suffoquer, de mourir ou de devenir fou, avec des vertiges ou de la tachycardie, et dans certains cas la sensation extrêmement désagréable de se trouver dans un environnement hostile »⁸⁷.

La pratique du chant ou d'un instrument par des personnes en soins ayant quelques exigences esthétiques peut leur renvoyer une image dépréciée, pour peu que leurs productions ne semblent pas au niveau de leurs attentes. Se retrouvant en situation d'échec elles risquent de perdre l'estime d'elles-mêmes et de perdre la motivation à suivre une prise en charge en art thérapie.

b- Générer des troubles corporels.

La critique négative, d'une personne extérieure peut casser l'élan spontané vers la musique et le chant. Nous avons tous dans nos relations une ou plusieurs personnes n'osant pas chanter, qui ont une opinion très négative de leur voix à cause d'une mauvaise critique du temps passé.

- Le chant sans préparation des mécanismes de la respiration peut faire suffoquer. Certaines personnes âgées ne contrôlent plus bien leur souffle et cela déclenche des quintes de toux qui les fatiguent et les découragent pour chanter de nouveau.

- Une méconnaissance de l'anatomie, une mauvaise connaissance des troubles de la motricité, notamment, chez certains patients peut entraîner « une utilisation impropre de l'instrument du point de vue ergonomique »⁸⁸ et provoquer rapidement des tensions musculaires, et avec répétition provoquer « les dommages et les difficultés qui s'ensuivent. »

- Les états de stress créés par une mauvaise préparation peuvent générer des tensions et des crispations voire des crampes musculaires. Il n'est pas rare de voir des musiciens professionnels ou amateurs avec une mauvaise technique, souffrir de dystonie de fonction.

La mauvaise tenue de l'instrument provoquée par des douleurs déjà existantes (arthrose, artérite déformante...) peut engendrer des tensions ou des douleurs supplémentaires. « Il est évident que chaque instrument présente des risques spécifiques »⁸⁹.

« La fonction de la main dépend non seulement des muscles, des os ou des articulations, mais aussi de nombreux facteurs psychologiques et environnementaux ».⁹⁰

Une musique entendue trop faiblement ne provoque pas de troubles auditifs. Mais elle peut conduire le patient mal entendant à prendre un peu plus conscience de ses troubles de l'audition et lui faire perdre sa motivation et sa confiance en lui, pour peu qu'il ne puisse ou n'ose exprimer son malaise.

En revanche, l'oreille humaine présente des limites, en intensité et en fréquence. « La fréquence idéale d'audition se situe aux alentours de 4000 Hz. (...) cette sensibilité accrue à cette fréquence explique les lésions cochléaires plus importantes dans cette zone induites par un traumatisme auditif. »⁹¹ Il y a donc un seuil de perception, d'inconfort et de douleur dont il

⁸⁷ <http://www.slate.fr/story/47489/foxies-voyage-florence-choc-esthetique>

⁸⁹ Henry Tramier et Jean-Pierr Roll : *Le corps et la musique*, confluent des sciences p 112

⁸⁹ Henry Tramier et Jean-Pierr Roll : *Le corps et la musique*, confluent des sciences p83

⁹⁰ Henry Tramier et Jean-Pierr Roll : *Le corps et la musique* confluent des sciences p118

⁹¹ Henry Tramier et Jean-Pierr Roll : *Le corps et la musique*, confluent des sciences p 69/70

faut tenir compte lorsque des patients sont en situation d'écoute notamment. « Le traumatisme auditif induit des lésions souvent irréversibles à plusieurs niveaux du système auditif »⁹². « Comme n'importe quel son, à des niveaux d'intensité trop élevés et pour des durées d'exposition trop longues, la musique peut entraîner des lésions irréversibles du système auditif périphérique ».⁹³

Il faut permettre au patient d'exprimer si le son est insuffisant ou assez fort et lui laisser faire le chemin vers la musique plutôt que de l'imposer.

-Chanter c'est utiliser un instrument à vent qui s'appelle la voix. Pour émettre un son, il faut envoyer l'air des poumons sur les cordes vocales se trouvant dans le larynx. Ainsi, trois systèmes mécaniques se complètent dans le chant : la soufflerie pulmonaire et les muscles respiratoires (surtout le diaphragme, mais aussi la ceinture abdominale, et les muscles fessiers...), le larynx, ainsi que les résonateurs (gorge, et les cavités du visage..).

Une mauvaise utilisation de la soufflerie par exemple, peut engendrer des troubles de la voix appelés dysphonie ou aphonie. Ces troubles peuvent nécessiter une prise en charge en orthophonie s'ils persistent. « La voix peut être enrôlée, voilée, cassée ou devenir plus grave, plus faible ou plus fatigable... Lorsque la voix n'est plus audible, réduite au chuchotement, on parle d'aphonie ».⁹⁴

Ainsi, un thérapeute non expérimenté, peut demander à un patient de chanter autrement que ce qu'elle fait naturellement par goût esthétique, ne faisant que provoquer douleur, incertitude, dégoût, et enfin renoncement. En plus des dommages causés sur l'appareil vocal, le patient peut se sentir mal compris ou pas apprécié, puisque inconsciemment tout individu sait que sa voix « révèle son identité, et (...) qu'elle est soumise au jugement qualitatif de l'auditeur »⁹⁵.

2- L'art thérapeute est sensible et attentif aux plus infimes vibrations de vie qui sommeillent en chaque patient et tente par les moyens de l'art, de redonner à chacune d'eux la possibilité de s'épanouir.

L'art thérapeute à dominante musique, tel qu'il nous est présenté par F. Chardon,⁹⁶ est un artiste aux multiples facettes. Il sait rester à l'écart pour observer, percevoir, susciter l'intérêt du patient pour l'artiste qu'il est et pour la musique. Cela a pour but, bien entendu, d'inviter le patient à faire le premier pas vers ce qui sera peut-être le début d'une future prise en soin.

L'art thérapeute est d'abord un artiste qui maîtrise des techniques de son art et de quelques autres en plus. Ceci afin d'en percevoir les difficultés, les comprendre, les analyser et d'en connaître les effets afin d'en tirer le potentiel thérapeutique optimum. « Cette connaissance musicale permet une meilleure adaptation et exploitation du pouvoir artistique de la musique. C'est la bonne justesse du moyen qui permet l'efficacité de l'action ».⁹⁷

Certains patients, même s'ils ne sont pas des artistes confirmés, ou de bons amateurs ont un goût et un regard critique d'une grande exigence, qu'un art thérapeute aux qualités artistiques médiocres ou nulles ne pourrait tromper longtemps.

Ses compétences techniques doivent lui permettre de s'impliquer physiquement dans l'activité, afin de transmettre des savoir-faire, donner l'exemple.

⁹² Henry Tramier et Jean-Pierr Roll : *Le corps et la musique*, confluent des sciences p83

⁹³ Henry Tramier et Jean-Pierr Roll : *Le corps et la musique*, confluent des sciences p92

⁹⁴ <http://www.fo-rothschild.fr/soins/orl/informations-medicales/troubles-voix.html>

⁹⁵ Henry Tramier et Jean-Pierr Roll : *Le corps et la musique*, confluent des sciences p 96/97

⁹⁶ *L'évaluation en art thérapie* : actes du congrès international : Elsevier, p 17 présenté par F. Chardon p 56

⁹⁷ Richard Forestier : *Tout savoir sur la musicothérapie*, Favre p73.

Les différentes facettes de sa compétence d'art thérapeute l'obligent à posséder plusieurs disciplines afin de répondre à des demandes diverses des patients. Tous les patients ne sont pas sensibles ou prêts à s'impliquer dans les arts plastiques, dans la musique ou le théâtre de la même façon. De plus, il arrive parfois que deux disciplines artistiques se réalisent en même temps. Dessin et musique, musique et danse... et qu'il faille maîtriser les deux activités en même temps.

1-Mais plus qu'un artiste, il est aussi un pédagogue et un thérapeute intégré à l'équipe de soin.

En tant que pédagogue, il est motivé par l'envie de transmettre des compétences. Ainsi, il est capable de mettre en place des objectifs et une progression pédagogique personnalisée, adaptée à chaque patient. Il est apte à évaluer sa démarche thérapeutique et l'évolution de ses patients, nous avons vu qu'en tant que thérapeute c'est déjà le cas. Si la transmission des savoir-faire n'est souvent pas le principal aspect de sa pratique, en tout cas auprès de personnes atteintes de maladies dégénératives ou apparentées, elle n'en demeure pas moins indispensable pour répondre efficacement à des attentes précises, spontanées pouvant survenir à chaque instant comme cela s'est présenté à plus d'une reprise dans les deux cas présentés en deuxième partie. Il est capable de formuler une consigne claire, précise, courte avec peu d'éléments d'information à la fois. Attentif et habile dans l'évaluation, il évalue le patient ainsi que son propre travail pour mieux se remettre en question, de même qu'il sera évalué par son employeur d'ailleurs.⁹⁸ Ainsi, l'art thérapeute s'intéresse aux évolutions des méthodes pédagogiques, aussi bien qu'aux recherches dans le domaine du soin.

2-L'art thérapeute est motivé par l'envie d'apporter soins et qualité de vie aux patients dont il a la charge.

La qualité de sa thérapie ne sera pas seulement basée sur la connaissance des pathologies, ni sur la seule connaissance de son art, mais aussi sur les connaissances des effets de son art sur les pathologies ainsi que sur les faiblesses, mais surtout les forces des patients. C'est là sa force et sa spécificité en tant qu'art thérapeute.

Ces objectifs seront tantôt proposés par l'équipe de soins, par le patient lui-même ou par les proches, en fonction du milieu où il exerce. Dans les deux cas, présentés plus haut, les objectifs ont été suggérés par la psychologue et affinés par l'art thérapeute.

Dans les deux cas, en tant que pédagogue et thérapeute, outre le fait qu'il soit formé dans une institution reconnue, il aura des qualités d'observateur préalables, ou acquises grâce à sa formation, et devra faire preuve de patience et de créativité.

Il doit être capable de personnaliser ses démarches et stratégies thérapeutiques en fonction de chaque patient.

Il doit être capable de soumettre son projet de soins, le justifier et exposer sa démarche auprès du personnel soignant. Il doit pouvoir répondre à des demandes de résultats par les proches du patient, dans le respect de la dignité.

Sa connaissance des pathologies des patients qu'il prend en charge doit lui permettre d'identifier ce qui relève de l'âge, de la maladie ou d'une mauvaise utilisation de l'outil thérapeutique. Il doit être honnête et capable de reconnaître ses faiblesses.

⁹⁸ Claire Poupet : *l'évaluation des art thérapeutes dans leur demande d'emploi : L'évaluation en art thérapie* : actes du congrès international p137

Conclusion de la troisième partie.

L'évaluation est un outil indispensable de l'art thérapeute. Elle donne une dimension objective à ses observations et scientifique à ses prises en charge. Les effets d'une mauvaise utilisation de la musique peuvent s'avérer inefficaces voire néfastes. L'évaluation apparaît comme un moyen d'éviter de générer des troubles psychologiques et/ou moteurs.

Une parfaite connaissance des outils thérapeutiques et artistiques est du ressort d'une personne dûment formée.

L'art thérapeute est au carrefour de plusieurs disciplines médicales dont il se nourrit pour évoluer. Il est toujours en évolution lui-même, sur sa/ses discipline(s) artistique(s), sur ses connaissances du milieu où il exerce, et représente un lien essentiel dans l'institution.

Persuadé que jamais rien n'est figé éternellement ou terminé avant l'heure, que tout reste possible jusqu'au dernier souffle d'une personne, il donne espoir et énergie avec méthode et parcimonie.

L'art thérapeute fait l'objet de curiosité et a, de ce fait, un rôle de communication auprès de tous ceux qui s'intéressent à son travail. Il se doit de satisfaire la curiosité des professionnels qui souhaitent travailler avec lui, afin que l'Art ne soit plus perçu comme ayant des effets magiques et inexplicables, ou réservé à une caste de privilégiés.

Conclusion générale :

Nous avons vu que le vieillissement normal entraîne une diminution des capacités physiques, sensorielles, cognitives et psychiques. Que le vieillissement pathologique lié à une maladie neuro dégénérative, altère le système nerveux central et entraîne des troubles des facultés cognitives et des troubles psycho-comportementaux. Que malgré les prises en charge médicamenteuses actuelles, aucune guérison n'est possible à ce jour. Le gouvernement, à travers une série de plans, permet à l'art thérapie de trouver sa place dans un système de soins où la relation, l'expression et la communication des patients étaient trop longtemps négligées.

L'art thérapie, ouvre grand les portes du milieu médical. L'engouement des systèmes de soin pour cette discipline, laisse présager de belles années d'évolution en perspective. Cette reconnaissance des effets de l'art n'est pas née d'aujourd'hui, mais le manque de méthodologie permettant d'orienter les pouvoirs de l'art dans un but thérapeutique et humanitaire ne permettait pas à cette discipline d'accéder au niveau des sciences. C'est chose faite grâce au travail de recherche d'envergure et d'enseignement de grandes personnalités, parmi lesquelles Richard Forestier. L'apport des neurosciences stimule cet intérêt pour l'art thérapie.

L'art thérapie se justifie pleinement au sein des Ehpad. Les prises en charge présentées dans ce mémoire ont permis aux patients de retrouver le goût d'entrer en relation, de communiquer et de s'exprimer. Par la même, ils ont retrouvé leur dignité humaine, pas seulement pour eux-mêmes, mais aussi pour le personnel soignant et les proches. Les méthodes de l'art thérapie sont et resteront en pleine évolution, tant que les arts, les sciences médicales et pédagogiques évolueront, de quoi se réjouir donc.

Nous avons terminé notre travail en portant un regard particulier sur l'évaluation en art thérapie parce qu'elle est un outil incontournable bien qu'elle ne soit pas une fin en soi.

L'évaluation est le fait d'une réflexion et d'un savoir-faire dont l'art thérapeute formé ne peut faire l'économie.

Epilogue.

Ainsi se tourne la première page d'une belle expérience humaine. Une histoire qui restera collée au corps et qui ne se terminera jamais. Une histoire où les mots, les sentiments, les émotions, les remises en question s'entrechoquent. Une histoire qui parle, à chaque instant de la journée, de la nuit, avec ses personnages qui vous hantent, ses sourires timides, ses regards absents, ces mains qui se lèvent et qui se tendent vers vous. Et vous, pour qui les mots semblaient avoir un sens et qui ne trouvent plus rien d'autre à exprimer que le silence. La méditation que vous inspire une telle entreprise vous invite à vous demander qui a le plus apporté à l'autre... Vous qui ne pouvez que promettre que demain vous serez là, et que vous leur prendrez la main, dans le couloir qui mène à l'atelier. Que demain vous serez là et qu'ils veuillent bien vous attendre, des fois qu'il leur prenne l'envie de ...

Suite au stage effectué à l'Ehpad du clos St Jean, l'art thérapeute s'est vu accorder quatre heures et trente minutes de pratique, trois heures de prise en charge et une heure trente d'animation musicale collective.

Liste des graphiques et illustrations :

- Graphique 1 : Schéma de l'opération artistique
- Graphique 2 : Historique de la durée des prises en charges
- Graphique 3 : L'opération artistique pour Mme F
- Graphique 4 : Evaluation des capacités expressives de Mme F.
- Graphique 5 : Evaluation des capacités expressives de Mme F.
- Graphique 6 : Evaluation de l'implication dans l'activité et dans la relation de Mme F.
- Graphique 7 : l'opération artistique pour Mme A
- Graphique 8 : Historique de la durée des prises en charges de Mme F.
- Graphique 9 : Evolution de l'expression et de l'attitude corporelle
- Graphique 10 : Evolution de la Thymie, de la relation et de l'intérêt pour la musique

Sources Bibliographique et multimédia.

Ouvrages :

- Jean Pierrero Bois : *les vieux*, Fayard.
- Véronique le Ru : *la vieillesse de quoi avons nous peur*, Larousse.
- Georges Minois : *histoire de la vieillesse*, Fayard.
- Patrick Lemaire et Louis Bherer : *Psychologie du vieillissement*, De Boeck,
- H. Tramier et J.P. Roll : *Le corps et la musique*, confluent des sciences.
- Olivier Sacks : *musicophilia*, Point.
- Richard Forestier : *Tout savoir sur l'art occidental*, Favre
- Richard Forestier : *Tout savoir sur la musicothérapie*, Favre
- Richard Forestier : *Tout savoir sur l'art thérapie* Favre 6^{ème} édition
- Sous la direction de Richard Forestier : *Profession art thérapeute*, actes du congrès international d'art thérapie 2010, Elsevier Masson
- Sous la direction de Richard Forestier : *l'évaluation en art thérapie* : actes du congrès international : Richard Forestier : Elsevier
- V.Hahn-Barma, E Guichart-Gomez : *Manuel de neuropsychologie clinique des démences-Troubles mnésiques inauguraux*, Phase 5, 2007.
- Antoine Lejeune & co. : *Musique, Mouvement et Maladie d'Alzheimer*, De Boeck
- Edith Weber : *l'apport de la pédagogie musicale*
- Marc Lescarbot : *Histoire de la nouvelle France*, paris
- Platon : *loi II 654a*.

Travaux :

- Raphael Terreau : une prise en charge en A.T. à dominante musicale de personnes atteinte de Dementia de type Alzheimer . DU Art thérapie soutenu en 2012 à Tours.
- Fabrice Chardon : *Atelier d'art thérapie à dominante musicale auprès de personnes âgées démentes* DU Art thérapie soutenu en 2002 à Tours
- Didier Zaffran : *les représentations des pouvoirs de la musique dans la littérature du XVI^{ème} siècle*, Maîtrise de Lettres Modernes soutenue en 1992 à Nanterre

Revues :

- Le monde de l'intelligence N°29 février/ mars 2013.
- Science et vie : août 2013 N° 1151
- Science et vie, juin 2013 N°1149, p 52 à 67
- OMS : Cent quinzième session Point 4.15 de l'ordre du jour provisoire EB115/29 2 décembre 2004
- 7^{ème} point du Plan d'action international sur le vieillissement : rapport sur la mise en œuvre.
- Grandir jusqu'à la mort ? à propos de M. Balint « the psychological Problem of Growing old » Michelle Moreau-Ricaud, Cairn info : Topique, 2005/4 n°93 ;
- Etude Neuropsychologique des rapports entre outils, gestes et usage François OSIURAK, thèse de doctorat psychologie univ. Angers année 2007 N°887
- Groupe de paroles pour les proches de personnes concernées par un diagnostic de démence - année 2011 : CODES comité départemental d'éducation pour la santé.

-Polycopié du module 5 « vieillissement » 2005/2006 pour le DCEM2- faculté de Médecine de Strasbourg : p 17
-DSM IV
-4^{em} colloque international des instituts Gineste-Marescotti, Paris 2011 Revue francophone de gériatrie et de gérontologie : octobre 2011. Tome XVIII. N° 178

Liens internet :

-<http://www.universcience.fr/fr/accueil>
-<http://www.alzheimer-adna.com/Gn/index.htm>
-<http://www.alzheimer-adna.com/Abeta/cascade.hypothesis.html>
-Tableau réalisé à partir des données sur le site : <http://www.psychomedia.qc.ca/>
-<http://www.social-sante.gouv.fr/espaces,770/affaires-sociales,793/>
-<http://alzheimer.comprendrechoisir.com/comprendre/alzheimer-essentiel>
-<http://espacepatient.aphp.fr/avant-de-venir/minformer-sur-les-soins/les-soins-de-longue-duree/>
-[http://www.groupe-korian.com/Les-Fiches-Conseil/La-vie-en-etablissement/LE-PASA-Poles-d-activites-et-de-soins-adaptes - self](http://www.groupe-korian.com/Les-Fiches-Conseil/La-vie-en-etablissement/LE-PASA-Poles-d-activites-et-de-soins-adaptes-self)
-<http://www.fo-rothschild.fr/soins/orl/informations-medicales/troubles-voix.html>
-Les neurosciences révèlent le pouvoir de l'inconscient <http://www2.cnrs.fr/journal/2684.htm>;
- <http://dictionnaire.doctissimo.fr/>
-universcience.fr : science et actualité.fr : neurobiologie : article « ce plaisir unique de l'écoute musicale » article de Véronique Marsollier, du 15/04/2013 traduisant un article paru le 12/04/2013 dans Science.
-L'emploi de la musicothérapie avec les autistes <http://www.autisme.qc.ca/accueil.html>
-<http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/N392.xhtml>
-<http://www.doctissimo.fr/html/dossiers/maisons-retraite/articles/aide-technique-aide-quotidien.htm>
-<http://www.doctissimo.fr/html/dossiers/maisons-retraite/aide-a-domicile.htm>
-<http://www.futura-sciences.com/magazines/sante/infos/dossiers/medecine/>
-Les neurosciences révèlent le pouvoir de l'inconscient <http://www2.cnrs.fr/journal/2684.htm>;
-<http://www.vulgaris-medical.com/encyclopedie-medecale>
-<http://www.slate.fr/story/47489/foies-voyage-florence-choc-esthetique>

Emissions radiophoniques :

- Reportage diffusé sur France culture diffusé le 11 mars 2013 et posant la question suivante :
« Les maisons de retraite sont-elles des lieux de privation de liberté ? »

Annexe.



Le chariot musical mise au point par l'art thérapeute lui a permis d'être identifié par les patients, le personnel et les visiteurs.

Il n'est pas rare de voir des personnes venues en visite, se retourner et dire « ha c'est le musicien... », affichant un large sourire. De même, les résidents qui connaissent l'art thérapeute s'exclament au passage du chariot « tient c'est Didier... » ou bien : « ha on va faire de la musique ? » ou encore « tu nous fais quoi aujourd'hui ? ».

Depuis le stage, le chariot a encore évolué, Il s'adapte pour accueillir un ordinateur portable, et d'une guitare.

**UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
UFR DE MEDECINE-TOURS**

&

AFRATAPEM

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

**Une expérience d'art thérapie à dominante musique
auprès de personnes âgées atteintes de démence
type Alzheimer ou apparenté.**

Mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art Thérapie
Présenté par **M. Didier ZAFFRAN en 2013**

Français :

Aujourd'hui les Démences de Types Alzheimer (D.T.A.) sont bien identifiées. Toutefois, aucun traitement ne permet de les soigner. L'histoire de l'art, indissociable de celle des hommes, nous apprend que la musique, la danse, le théâtre ont toujours été présents dans tous les instants de la vie humaine.

Fort de ce constat, l'art thérapie apparaît comme une alternative dont les effets sont appréciés et reconnus par les professionnels de la santé, les familles et les patients eux-mêmes.

Ce mémoire relate une expérience d'art thérapie à dominante musique en Ehpad. La première partie, traite des Démences et des bienfaits de l'art thérapie sur les troubles de la relation, de l'expression et de la communication liés à ces pathologies.

La deuxième partie expose deux cas de prise en soins art thérapeutique en Ephad.

Et la troisième soulève l'intérêt de la formation de l'art thérapeute, des moyens de l'évaluation, afin que les vertus de la musique soient efficacement éprouvées par les patients.

Mots clefs : Art thérapie, Démence de Type Alzheimer, Vieillesse, Neurosciences.

Anglais :

Dementia of the Alzheimer's type (D.A.T) is well characterized today. There is however no efficient way of treating the different types of this disease. Art history is an integral part of man as much as that of mankind. It tells us that, music, dance and drama have always been part of the human life at every moment.

Thus art therapy appears to be an alternative with valuable effects that are generally acknowledged by the health professions, the relatives and the patients even.

This thesis is about my experience in art therapy with music in Ehpad as a dominant. In my first part about several types of dementia, I will tackle the beneficial effects of art therapy on the disorders such as speech difficulties, relational or communicative problems which are closely connected with these pathologies. Secondly, I will expound two cases where art therapy in Ephad has been involved in the treatment. Finally, I will discuss the importance of the art therapist training together with the means of assessment so that the best possible action that music can have may be experienced by the patients efficiently.

Key words : Art therapy, Dementia of the Alzheimer's type (D.T.A), old age, Neurosciences.