

UNIVERSITÉ FRANÇOIS RABELAIS
UFR DE MÉDECINE – TOURS

&

AFRATAPEM

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

**UNE EXPÉRIENCE D'ART-THÉRAPIE
À DOMINANTE MUSICALE
DE PERSONNES ATTEINTES DE
DÉMENCES DE TYPE ALZHEIMER**

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

Présenté par Adrien Conte

Année 2014

Directeur de mémoire :

Jean-Marie Citerne

Art-Thérapeute

Lieu de Stage :

EHPAD Groisne-Constance

Le Bourg

63350 Culhat

UNIVERSITÉ FRANÇOIS RABELAIS
UFR DE MÉDECINE – TOURS

&

AFRATAPEM

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

**UNE EXPÉRIENCE D'ART-THÉRAPIE
À DOMINANTE MUSICALE
DE PERSONNES ATTEINTES DE
DÉMENCES DE TYPE ALZHEIMER**

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

Présenté par Adrien Conte
Année 2014

Directeur de mémoire :
Jean-Marie Citerne
Art-Thérapeute

Lieu de Stage :
EHPAD Groisne-Constance
Le Bourg
63350 Culhat

Remerciements

à tous les résidents et résidentes de l'EHPAD Groisne Constance
sans qui cette expérience n'aurait pas été possible

à toute l'équipe soignante de l'EHPAD Groisne Constance

à Mme La Directrice de l'EHPAD pour m'avoir accueilli et laissé travailler dans son
établissement

à Mme LEMAIRE, Cadre de santé et directrice de stage

à Mme BOUTIN, Psychologue, pour ses conseils avisés

au Dr ABRAHAM, Médecin coordonnateur

à Mr CITERNE, Directeur de mémoire

à Mme PLEINET, pour ses justes remarques

à Mr FORESTIER, Directeur Pédagogique du Diplôme Universitaire d'art-thérapie
de Tours, et aux nombreux intervenants rencontrés, pour la qualité de leur
enseignement

à mes parents, pour leur soutien

PLAN

Remerciements.....	1
Plan.....	2
Glossaire.....	6
Introduction.....	7

I- L'art-thérapie à dominante musicale peut-être indiquée pour prendre en soin les personnes atteintes de démences type Alzheimer.....9

1. Les démences de type Alzheimer sont des pathologies dégénératives chez la personne âgée.....	9
A. La maladie d'Alzheimer est identifiée depuis 1907.....	9
a) Historique.....	9
b) Le diagnostic reste encore controversé.....	9
c) Trois stades sont à distinguer dans l'évolution des DTA.....	10
B. Les DTA affectent progressivement tous les types de mémoire.....	11
a) Les différents types de mémoire sont à différencier.....	11
b) Les personnes atteintes de DTA développent une amnésie antéro-rétrograde progressive et irréversible.....	12
c) La mémoire affective est préservée chez les personnes atteintes de DTA.....	12
C. Les DTA causent différents troubles qui pénalisent l'autonomie.....	12
a) Les DTA causent des troubles du langage.....	13
b) Les DTA causent des troubles praxiques.....	13
c) Les DTA causent des troubles gnosiques.....	14
d) Les DTA causent des troubles de l'orientation dans le temps et dans l'espace.....	15
D. Les DTA peuvent affecter l'identité au plus profond.....	15
a) L'évolution de la maladie et les pertes progressives de mémoire engendrent des modifications de la personnalité.....	15
b) Les DTA engendrent ou s'associent à des troubles psychiques et comportementaux.....	15
c) Les DTA peuvent causer un syndrome ou des symptômes dépressifs qui altèrent l'estime, la confiance et l'affirmation de soi, déjà mises à mal par le vieillissement ordinaire.....	16
d) Le placement nécessaire en institution peut signifier une perte des derniers repères et une rupture du lien social.....	16
2. La musique est une modalité spécifique d'expression artistique.....	17
A. L'histoire de la musique suit l'évolution de l'Homme.....	17
B. La musique est l'Art de l'assemblage des sons et des silences au cours du temps.....	18
a) La musique commence par une perception de sons.....	18
b) La musique est une organisation volontaire de sons répondant à certaines règles, ayant un sens, l'harmonie.....	19

c) Le rythme musical puise son origine dans la nature, l'univers et le corps physique.....	20
d) L'intonation et le timbre donnent une identité au son.....	20
C. Les pouvoirs de la musique sont multiples.....	21
a) La musique peut avoir un pouvoir expressif.....	21
b) La musique peut avoir un pouvoir d'entraînement.....	21
c) La musique peut avoir un pouvoir relationnel.....	22
d) La musique peut avoir un pouvoir cathartique.....	22
e) La musique peut avoir un pouvoir éducatif.....	23
D. La musique implique le corps et l'esprit.....	23
a) La musique peut élaborer un sens au-delà du langage.....	23
b) La musique peut produire des effets sur le corps.....	24
c) L'écoute et la pratique de la musique sont distinctes.....	24
d) Les divers instruments de musique ouvrent des univers sonores différents.....	24
e) La musique mobilise de nombreuses zones du cerveau.....	25
3. L'art-thérapie est une discipline paramédicale.....	26
A. L'art-thérapie est une discipline proposant une amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de DTA en utilisant les pouvoirs de l'Art dans une visée thérapeutique.....	26
a) L'art-thérapie est une spécialité à part entière.....	26
b) L'œuvre d'Art est un point de rencontre.....	27
c) Le plaisir et l'émotion esthétique sont distincts.....	27
B. L'art-thérapie s'adresse aux profondeurs de l'être humain.....	27
a) L'art-thérapie s'adresse aux parties saines de la personne malade.....	27
b) L'art-thérapie repose sur des fondements scientifiques.....	28
c) L'art-thérapie repose sur des fondements humains.....	30

II- Une prise en soin en art-thérapie à dominante musicale a été proposée à plusieurs résidentes de l'EHPAD Groisne Constance de Culhat.....31

1. L'EHPAD Groisne Constance accueille des personnes âgées dépendantes.....	31
A. Les résidents bénéficient d'un suivi médical.....	31
B. Les résidents bénéficient d'une prise en charge paramédicale.....	31
C. Certaines résidentes ont bénéficié d'une prise en soin en art-thérapie à dominante musicale.....	32
2. Mme C. a bénéficié de 12 séances individuelles d'art-thérapie.....	32
A. La rencontre avec Mme C a permis d'établir un état de base.....	32
a) Mme C vit repliée sur elle-même dans sa chambre.....	32
b) Mme C souffre de troubles mnésiques, de douleurs physiques et de désorientation.....	33
c) Mme C a chanté et a fait du théâtre dans sa jeunesse.....	33
B. Cet état de base a permis d'élaborer une stratégie thérapeutique.....	33
a) L'indication et le cadre thérapeutique sont posés.....	33
b) L'objectif thérapeutique principal est la dynamisation de la sociabilité de Mme C accompagnée d'une diminution de son anxiété.....	34

c)	Des objectifs intermédiaires sont la mise en mouvement du corps moteur, la stimulation et le maintien des capacités cognitives préservées.....	34
d)	La stratégie thérapeutique s'appuie sur les capacités artistiques de Mme C et son goût pour le chant pour la valoriser et l'amener vers un mieux-être.....	35
e)	La pratique vocale ainsi que la lecture sont utilisées dans le cadre de cette stratégie.....	36
C.	Une évaluation des capacités cognitives, expressives et relationnelles de Mme C a été effectuée.....	37
a)	Les capacités cognitives sont observées à travers la lecture.....	37
b)	L'expression du choix est un critère particulièrement étudié.....	37
c)	Le bien-être et la relation avec le thérapeute sont également observés.....	38
d)	L'évolution de la sociabilité de Mme C est indéniable.....	39
e)	Un bilan est fait avec l'équipe de soins et la direction.....	40
3.	Mme T a bénéficié de 10 séances collectives d'art-thérapie.....	41
A.	La rencontre avec Mme T a permis d'établir un état de base.....	41
a)	Mme T souffre de la maladie d'Alzheimer et de dépression.....	41
b)	Mme T était une bonne sportive et reste en bonne santé physique.....	41
c)	Mme T est une personne ouverte qui aime beaucoup chanter et danser.....	42
B.	Cet état de base a permis d'élaborer une stratégie thérapeutique.....	42
a)	L'indication et le cadre thérapeutique sont posés.....	42
b)	L'objectif thérapeutique principal est la dynamisation de la sociabilité de Mme T accompagnée d'une diminution des symptômes dépressifs.....	42
c)	Des objectifs intermédiaires sont la mise en mouvement du corps moteur, la valorisation de l'histoire de vie et la stimulation des capacités mnésiques et cognitives préservées.....	43
d)	La stratégie thérapeutique s'appuie sur le goût pour le chant de Mme T, une dynamique de groupe et un cadre sécurisant.....	43
e)	La pratique vocale en groupe, la lecture et quelques jeux instrumentaux sont utilisés dans le cadre de cette stratégie : déroulement des séances collectives.....	44
C.	Une évaluation des capacités cognitives, expressives et relationnelles de Mme T a été effectuée.....	45
a)	Les capacités cognitives sont observées à travers la lecture.....	45
b)	L'investissement dans l'activité et la capacité de choix sont importants et particulièrement observés.....	46
c)	L'humeur, avant, pendant et après la séance est observée afin d'évaluer l'effet des séances sur Mme T.....	47
d)	La sociabilité, objectif principal, est étudiée avec soin.....	49
e)	Un bilan est fait avec l'équipe de soins et la direction.....	49

III- La prise en soin en art-thérapie à dominante musicale auprès de personnes atteintes de DTA mérite d'être critiquée au regard d'un recul nécessaire et d'autres expériences similaires ayant été menées.....51

1. La prise en soin en art-thérapie à dominante musicale auprès de personnes atteintes de DTA a déjà fait ses preuves.....51
 - A. La prise en soin en art-thérapie à dominante musicale répond aux besoins des personnes âgées.....51
 - a) Les personnes âgées ont un besoin d'esthétique.....51
 - b) Les personnes âgées ont un besoin d'appartenance, d'être aimées.....52
 - c) Les personnes âgées ont besoin d'estime, de confiance et d'affirmation de soi.....52
 - d) Les personnes âgées ont des besoins cognitifs.....53
 - B. L'art-thérapie permet de mettre en œuvre des apprentissages implicites.....54
 - C. L'art-thérapie entre dans la volonté de développer les thérapies non-médicamenteuses des démences.....55
 - a) Les interventions médicamenteuses rencontrent certaines limites.....55
 - b) L'art-thérapie est pertinente dans les thérapies non-médicamenteuses.....56
 - c) L'art-thérapie à dominante musicale permet d'établir une communication non verbale.....56
 - D. La réactivité de l'art-thérapeute doit lui permettre d'envisager des séances uniques presque improvisées tout en respectant le protocole thérapeutique, en dehors d'une prise en soin à long terme.....57
2. L'art-thérapie à dominante musicale a présenté des limites lors de l'expérience à l'EHPAD Groisne Constance.....58
 - A. L'art-thérapie à dominante musicale présente des limites face à des personnes atteintes de DTA.....58
 - a) Il peut être difficile d'amener les personnes âgées à faire de la musique.....58
 - b) Il a été difficile d'intégrer la danse en atelier collectif.....58
 - c) La vie de groupe en atelier collectif a pu déstabiliser certaines résidentes et il a fallu à l'art-thérapeute gérer certains problèmes.....59
 - d) Le cube harmonique n'a pas pu être mis en place avec des personnes démentes.....60
 - B. L'art-thérapeute lui-même est à critiquer lors de ses prises en soin.....61
 - a) L'art-thérapeute n'a pas su intégrer les familles lors des prises en soin.....61
 - b) L'art-thérapeute ne s'est pas suffisamment intégré dans l'équipe de soin et n'a pu rendre assez compte de son action.....61
 - c) L'art-thérapeute, de par son parcours personnel, a parfois confondu pédagogie et thérapie.....62
 - d) L'art-thérapeute s'interroge sur la notion d'art-thérapie et le devoir d'information dû au patient.....63
 - e) Certains résultats sont à relativiser compte tenu de la personnalité même de l'art-thérapeute.....63

Conclusion.....65

Bibliographie.....66

Glossaire

Art : Acte humain volontaire dirigé vers l'esthétique.

Beau : C'est une sensation agréable face à des situations extérieures, elle est conçue en elle-même, par elle-même, pour elle-même et sans autre but qu'elle-même.

Bien : Champ de la technique et du savoir-faire.

Bon : Expression des ressentis, champ de l'esthésie.

Communication : (du latin *communicare*, mettre en commun, communiquer) Ensemble des phénomènes concernant la possibilité, pour un sujet de transmettre une information à un autre sujet, par le langage articulé ou par d'autres codes.

Emotion : (du latin *emovere*, ôter d'un lieu ; ébranler) Trouble affectif global, brusque, intense et passager d'un sujet, de tonalité agréable ou pénible (joie, peur, colère), provoqué par une situation inattendue, et qui s'accompagne d'une réaction organique confuse de dérèglement, de désadaptation et d'un effort plus ou moins désordonné pour rétablir l'équilibre rompu.

Esthésie : Sensibilité, capacité de percevoir une sensation. Qualité de cette sensation.

Esthétique : (du grec *aisthêtikos*, qui peut être perçu par les sens, de *aisthêsis*, sensation) Théorie de l'art et des conditions du beau, de conception très diverses selon les auteurs.

Fond : C'est ce que présente et contient l'œuvre. (Idée, sujet...) C'est un élément subjectif et qualitatif de l'Art.

Forme : La forme est redevable de la technique mise en œuvre. En musique, cela peut-être une structure de morceau ou une orchestration. C'est un élément objectif et quantitatif.

Pénalité : Un état ou un événement qui fait qu'une personne a une qualité de vie qui ne lui permet plus de s'épanouir et qui nécessite de l'aide.

Poussée corporelle : Cette énergie a le pouvoir d'entraîner la masse corporelle.

Qualité de vie : Perception qu'à un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement. (Définition de l'OMS, 1993)

Relation : (du latin *relatio*, dérivé de *relatus*, participe passé de *referre*, reporter une chose sur une autre) C'est être l'un avec l'autre. « La relation [...] est une mise en commun du sens¹ »

Ressenti corporel : Il permet l'autorégulation motrice et produit des sensations de nature à déterminer l'esthétique comme science du Beau.

Saveur existentielle : Sensation agréable qui donne le goût de vivre.

Site d'action : Localisation d'une difficulté qui se rapporte aux mécanismes humains défaillants.

Structure corporelle : C'est l'organisation des segments corporels (bras, avant-bras, main, doigt) en vue d'une activité. La structure corporelle produit une représentation schématique du corps.

Ces définitions sont issues des dictionnaires Le Robert et Larousse et de « *Tout savoir sur l'art-thérapie* » de Richard Forestier.

¹ R. FORESTIER, « *Regard sur l'Art, Approche épistémologique de l'activité artistique* » p 38

Introduction

Les affections neurodégénératives cérébrales liées au vieillissement et associées à une démence, concernent en France, plus de 850 000 personnes. Dans la liste de ces affections, la Maladie d'Alzheimer (MA) est la plus fréquente avec une prévalence qui pourrait doubler dans les 20 prochaines années. La MA et les troubles apparentés représentent un réel problème de santé publique au niveau mondial.

Elle préoccupe fortement les Français. Dans un sondage réalisé par Viavoice rendu public le 17 septembre 2012, 86 % des sondés se déclaraient inquiets, et 58 % très inquiets par cette pathologie neurodégénérative qui détériore progressivement le fonctionnement intellectuel. Cela fait de la MA la deuxième maladie la plus redoutée après le cancer.

Ces résultats furent publiés à quelques jours de la Journée mondiale de la maladie d'Alzheimer le 21 septembre, date qui fut choisie en 2008 par le gouvernement français pour annoncer le troisième plan Alzheimer. Le premier (2001-2005) était centré sur le diagnostic de la maladie, sur la prévention, ainsi que sur le soutien et l'information des personnes malades et de leur famille). Le deuxième (2004-2007) était destiné à faciliter le diagnostic précoce pour ralentir l'évolution de la maladie et prévenir ses complications, mettre en place une politique d'accompagnement renforcée pour les malades à un stade précoce et les familles, ou favoriser les études et la recherche clinique notamment. Ce troisième plan (2008-2012) prévoyait la mise en œuvre de grands moyens.

Les axes étaient cependant les mêmes : le développement de la recherche médicale, la simplification et l'amélioration du parcours du malade et de sa famille ou encore le renforcement de la dimension éthique de la prise en charge de la maladie.

Parallèlement au lancement du plan Alzheimer 2008-2012, le chef de l'Etat annonça la création d'une cinquième branche de la protection sociale, qui compléterait les quatre branches de la sécurité sociale (maladie-maternité, famille, vieillesse, accidents du travail et maladies professionnelles). Créée elle-aussi en 2008 à partir de l'actuelle Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), elle avait pour vocation de financer la prise en charge de la perte d'autonomie, qu'il s'agisse des personnes âgées ou des personnes handicapées.

Tous ces paramètres nous indiquent l'importance que prend dans nos sociétés occidentales, la problématique de la perte d'autonomie liée dans notre cas à la maladie d'Alzheimer ou aux démences séniles et la volonté des gouvernements de trouver des solutions.

Au long de mon parcours personnel, j'ai approché la maladie d'Alzheimer dans la sphère familiale et lors d'une expérience professionnelle de service hôtelier dans une maison de retraite médicalisée. Cette expérience m'avait intéressé par les relations qui avaient pu se nouer avec les résidents et par leur joie d'échanger malgré la maladie.

C'est pourquoi après la première année de formation en Intervenant Spécialisé en art-thérapie à l'AFRATAPEM de Tours durant laquelle j'avais choisi un stage en Psychiatrie, j'ai souhaité intervenir en EHPAD, convaincu de pouvoir apporter mon engagement et mes nouvelles compétences à des personnes, parfois démentes, parfois seules, dépressives ou en perte d'autonomie.

La chaleur de l'accueil qui me fut réservé par les résidents de l'EHPAD Groisne Constance m'a conforté dans mon élan pour mener des ateliers en art-thérapie à dominante musicale avec des personnes atteintes de démences type Alzheimer, sujet de ce mémoire.

Ce document, après avoir décrit les caractéristiques des démences type Alzheimer puis les fondements de la musique et de l'art-thérapie, relatera cette expérience, le fonctionnement des prises en soin et le protocole thérapeutique mis en œuvre et se terminera par une réflexion sur le travail effectué ainsi que l'intérêt et les limites de l'art-thérapie à dominante musicale avec ce public.

I- L'art-thérapie à dominante musicale peut-être indiquée pour prendre en soin les personnes atteintes de démences type Alzheimer

1. Les Démences de Type Alzheimer sont des pathologies dégénératives chez la personne âgée

A. La maladie d'Alzheimer est identifiée depuis 1907

a) Historique

C'est en 1903 qu'un anatomo-pathologiste allemand du nom d'Aloïs Alzheimer a relaté pour la première fois le cas d'une patiente dont le tableau clinique, aussi bien psychologique que physiologique, par son apparence insolite, n'avait pu être répertorié dans le registre des maladies connues. Aloïs Alzheimer décrit en 1907 la maladie qui retenait alors deux lésions comme caractéristiques de cette affection : la plaque sénile et la dégénérescence neurofibrillaire. Elles restent en 2000 les seuls éléments permettant un diagnostic de certitude².

C'est à l'initiative d'Emil Kraepelin (1856-1926), psychiatre allemand considéré comme le fondateur de la psychiatrie scientifique moderne que cette démence prit le nom de maladie d'Alzheimer, que dans son manuel de psychiatrie publié en 1910 il appela également démence présénile, comme un sous-type des démences séniles.

Cet éponyme fut à l'origine utilisé pour qualifier la démence sous sa forme présénile, cas survenant entre quarante-cinq et soixante-cinq ans. Auguste D., la première patiente d'Aloïs Alzheimer, avait cinquante et un ans. Cette forme précoce représente 15% des cas.

Les formes après soixante-cinq ans prirent le nom de DSTA (démence sénile de type Alzheimer), mais sous l'influence des neurologues nord-américains, la tendance aujourd'hui est de les réunifier en une forme, la DTA (démence type Alzheimer).

b) Le diagnostic reste encore controversé

On parle de démence de « type » Alzheimer (DTA) lorsque l'origine de la démence reste obscure et son diagnostic difficile. Si l'on inscrit la DTA dans les démences dégénératives, en raison notamment du constat post-mortem de la perte neuronale, le diagnostic du vivant du malade reste un diagnostic de présomption et de probabilité fondé sur l'exclusion d'autres pathologies (vasculaire, toxique, tumorale, infectieuse...) non constatées lors d'examens biologiques, radiologiques et neurologiques.

² J. Touchon et F. Portet « La maladie d'Alzheimer » p. IX

Après avoir fait passer tous les examens, éliminé toutes les causes possibles de démence secondaire (les causes de démence ayant une étiologie reconnue), ainsi que les pseudo-démences (dépression, confusion mentale...), pour asseoir le diagnostic, on fait passer un examen psychologique comprenant un entretien clinique et des tests d'évaluation cognitive. Certains tests sont simples comme le MMSE (Mini Mental State Examination, datant de 1975 et qui ne prend que quelques minutes), d'autres sont beaucoup plus complexes et ont pour but de dépister les formes débutantes de démence. Le diagnostic de la DTA reste aujourd'hui encore un domaine très complexe et, de ce fait, il est sujet à controverse. Pour un très grand nombre de médecins, la maladie est sous-diagnostiquée et certains auteurs neurologues vont jusqu'à estimer que 50% des cas Alzheimer ne sont pas reconnus comme tels (Dubois, Deweer, 2003). Pour d'autres, de nombreux patients victimes d'une certaine médiatisation de la maladie consultent parce qu'ils sont persuadés qu'ils souffrent de cette maladie et sont terrifiés à cette idée (Camu, 2003). Le diagnostic ne peut cependant être confirmé avec certitude que post-mortem.

c) Trois stades sont à distinguer dans l'évolution de la DTA

Trois stades sont communément admis dans l'évolution de la DTA. Si la maladie est une, les sujets humains sont multiples, d'où une clinique très riche. Ils sont synthétisés dans le tableau ci-dessous³.

Description	Durée	Caractéristiques
Premier stade	2-4 ans	Oublis répétés d'événements récents ou de conversations récentes. Questions posées de façon répétée, problèmes d'expression ou de compréhension. Ecrire ou utiliser certains objets devient difficile. Des phases de dépression peuvent apparaître. Changements de personnalité et apparition de troubles moteurs. Nécessité d'avoir des notes ou des rappels pour se souvenir quoi faire pendant la journée
Stade avancé	2-10 ans	N'arrive plus à surmonter seul ses problèmes. Pertes de mémoire persistantes qui impactent la vie courante. Confusion sur les événements récents, le temps, les lieux. Les troubles du sommeil et les changements de comportement s'aggravent. Environ 80% des patients font preuve de problèmes émotionnels et comportementaux empirés par le stress dû aux changements ressentis. Lenteur des mouvements, rigidité, troubles moteurs et perte de coordination. Besoin d'une assistance structurée dans la vie de tous les jours.

³ Site Internet www.maladiedalzheimer.com

Stade sévère	1-3 ans	Perte de repères temporels. Mélange le passé et le présent. N'arrive plus à reconnaître les personnes proches ou des lieux familiers. Perte sévère ou totale de la capacité à s'exprimer de façon orale. Incapacité à prendre soin de soi-même. Mobilité très réduite (voire inexistante). Difficultés à avaler, incontinence. Hallucinations, délires, troubles du comportement. Le patient a besoin d'un soutien et d'une assistance totale. Le décès survient généralement après une infection ou une pneumonie.
--------------	---------	--

B. Les DTA affectent progressivement tous les types de mémoire

a) *Les différents types de mémoire sont à différencier*

Dans les mécanismes d'acquisition, de stockage et de restitution des informations par le cerveau humain, il est difficile de parler d'une seule mémoire, c'est pourquoi il est nécessaire d'en présenter les différents types qui vont être affectés progressivement par la DTA.

La mémoire de travail est une mémoire à court terme. Elle permet de maintenir en mémoire, pendant un temps court (inférieur à deux minutes), des éléments nécessaires à une opération cognitive (exemple : retenir un numéro de téléphone le temps de le réaliser sur le clavier). Son atteinte, lorsqu'elle est importante, peut perturber de nombreux actes de la vie quotidienne.

La mémoire à long terme se définit par la possibilité de garder une information en mémoire au-delà de quelques minutes et jusqu'à plusieurs années. Elle concerne les faits anciens comme les faits récents. En fonction des modalités d'acquisition, on distingue mémoire explicite et implicite.

La mémoire explicite est une mémoire où l'acquisition du souvenir se fait de façon consciente et volontaire alors que pour la mémoire implicite, il n'y a pas d'effort d'acquisition. En fonction de la nature du matériel mémorisé, on distingue mémoire épisodique et mémoire sémantique.

La mémoire épisodique est une mémoire personnelle permettant l'enregistrement d'événements liés au sujet dans un contexte temporo-spatial particulier.

La mémoire sémantique correspond aux acquisitions culturelles, à la signification des mots ou des situations, elle est indépendante du vécu personnel. A titre d'exemple, le 14 juillet renvoie en mémoire sémantique à la Fête Nationale entre autres, et en mémoire épisodique à ce que le sujet a fait le 14 juillet 2010.

La mémoire procédurale porte sur les habiletés motrices, les savoir-faire, les gestes habituels. C'est grâce à elle que l'on peut se souvenir comment exécuter une séquence de gestes.

La mémoire dite perceptive correspond, elle, aux impressions sensorielles.

b) Les personnes atteintes de DTA développent une amnésie antéro-rétrograde progressive et irréversible

Le début clinique de la DTA est le plus souvent marqué par des troubles de la mémoire. Ils représentent en effet les symptômes révélateurs de la maladie dans 75% des cas. Ils ont acquis une valeur de prédicat et occupent une position centrale dans l'établissement du diagnostic. Ils intéressent surtout les faits récents et commencent à retentir sur la vie quotidienne. Ils se caractérisent par une diminution de la mémoire épisodique et donc des difficultés à apprendre de nouvelles informations, des oublis concernant des épisodes vécus récemment, des actions à effectuer...

La mémoire de travail est la plus précocement touchée dans la DTA. Ainsi, à l'examen, les patients peuvent manifester de grandes difficultés lorsqu'il leur faut manipuler plusieurs données ou lorsqu'ils doivent mener plusieurs opérations en même temps. On peut mettre en évidence ces difficultés en demandant au sujet, par exemple, de restituer dans un ordre croissant des chiffres donnés dans le désordre.

La mémoire explicite est également affectée tôt lors du Premier Stade ce qui entraîne de grandes difficultés d'apprentissage.

Ces troubles deviennent majeurs lors du Stade Avancé de la maladie. Les événements récents, même chargés affectivement, sont oubliés et les différents repères, personnels comme historiques ou socioculturels, tendent à s'effacer. Les troubles de la mémoire épisodique sont rétrogrades : l'amnésie concerne d'abord les faits les plus récents, puis progresse doucement en remontant le temps.

La DTA atteint ensuite peu à peu la mémoire sémantique, la mémoire perceptive et enfin la mémoire procédurale.

c) La mémoire affective est préservée chez les personnes atteintes de DTA

La mémoire affective est une mémoire implicite à long terme. Elle repose sur des mécanismes automatiques d'encodage des informations (à l'instar des publicités subliminales) et son rappel est involontaire et inconscient, la mémoire revient sans avoir été sollicitée. C'est cette mémoire qu'a exploré Marcel Proust (1871-1922) dans *A la recherche du temps perdu*. La réminiscence du souvenir surgit tout d'un coup d'elle-même à l'occasion d'un détail particulier de la perception : une musique entendue dans l'enfance, un parfum ou le goût d'une madeleine chez Proust. Ce souvenir étant marqué par une dimension affective et des sensations.

Cette mémoire affective n'est pas altérée chez les personnes atteintes de DTA qui enregistrent encore les regards, le ton de la voix, les postures ou les contacts des gens qui les entourent. Elles interagissent encore avec le monde extérieur car elles peuvent toujours percevoir des sensations : elles sont capables d'esthésie*.

C. Les DTA causent différents troubles qui pénalisent l'autonomie

Il existe plusieurs types d'autonomie et nous utiliserons les définitions du Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE), inspirées par le philosophe français Paul Ricoeur (1913-2005). Deux grandes classes d'autonomie sont distinguées : « l'autonomie physique » ou « autonomie d'action », et l'autonomie mentale subdivisée en « autonomie de pensée » et « autonomie de volonté ».

L'autonomie de pensée est le « pouvoir de mener une argumentation cohérente et réfléchie, comprendre les informations, avoir un esprit critique ». L'autonomie de volonté comprend la souveraineté (se positionner seul face à son bien-être, avoir une « conception personnelle du bien »), l'autolimitation (« se soumettre aux seules lois qu'il a choisi »), et la capacité (se déterminer, exécuter des actes de la vie quotidienne)⁴. Ces différentes formes sont affectées par l'évolution des DTA.

a) Les DTA causent des troubles du langage

Après les déficits intéressant la mémoire, les troubles du langage sont les plus importants du fait de leur fréquence et de leur retentissement. Ils sont observés dans près de 50% des cas dès le début de la maladie.

Le langage écrit est plus précocement touché que le langage oral. Le patient présente tout d'abord une altération des capacités narratives, des troubles au niveau du langage oral qui prennent la forme d'un manque de mots se manifestant par des hésitations, l'emploi de périphrases ou de phrases avortées.

Il manifeste ensuite une dysorthographe, trouble d'apprentissage caractérisé par un défaut d'assimilation important et durable des règles orthographiques, qui intéresse d'abord les mots difficiles alors que l'orthographe des mots simples est respectée ; puis un début de dysgraphie, difficultés à accomplir des gestes graphiques, qui peut se traduire par une tendance à l'utilisation préférentielle de lettres capitales ou par des troubles de l'agencement des lettres.

Ces troubles du langage s'aggravent lors du stade avancé de la maladie et amènent une aphasie : « *perte totale ou partielle des fonctions du langage sans lésion ni paralysie des organes de la phonation* ». Le discours devient peu informatif, pauvre, partiellement incohérent. L'expression devient jalonnée, émaillée de périphrases, de nombreuses paraphrasies phonémiques (modification d'un ou plusieurs phonèmes d'un mot) et sémantiques (remplacement d'un mot par un autre voisin par le sens), de néologismes, de persévérations, avec tendance à l'écholalie (répétition d'un phonème ou groupe de phonèmes énoncés par autrui) et à la palilalie (répétition spontanée d'un phonème ou groupe de phonèmes).

Les troubles de la compréhension deviennent évidents et s'aggravent régulièrement. Les troubles de l'écriture et de la lecture sont de plus en plus marqués. L'écriture en particulier devient illisible, la signature étant la dernière production graphique à disparaître. Lors du stade sévère ou phase terminale, la communication devient très difficile et ne peut passer que par le non-verbal (mélodie du langage, toucher, regard...).

b) Les DTA causent des troubles praxiques

Les troubles praxiques apparaissent peu lors du premier stade de la maladie en dehors d'une apraxie visuo-constructive ou constitutive, trouble visuo-spatial qui se traduit par une difficulté à définir les relations des objets entre eux, mise en évidence par la difficulté à reproduire graphiquement des formes.

⁴ Nicolas Kopp, Catherine Thomas-Antérion, Marie-Pierre Réthy, Jean-Philippe Pierron « *Alzheimer et Autonomie* » p36

Ils deviennent plus importants et plus complexes lors du stade avancé de la pathologie et peuvent être regroupés essentiellement en quatre types, dont l'apraxie visuo-constructive déjà évoquée.

L'apraxie idéomotrice concerne l'incapacité à exécuter un geste sur demande, sans support d'un objet réel, tandis que l'exécution spontanée est encore possible. Il peut s'agir de gestes sans signification à réaliser sur imitation (opposition pouce-index par exemple), de gestes symboliques à réaliser sur ordre ou imitation (envoyer un baiser) et de pantomimes (mimer l'utilisation d'objets comme se peigner ou planter un clou).

L'apraxie idéatoire est considérée comme une désorganisation de la représentation mentale des gestes à exécuter. Il est impossible pour le patient de réaliser un mouvement composé d'un ensemble de sous-mouvements élémentaires organisés. Elle s'applique à la réalisation de gestes avec manipulation d'objets réels (ciseaux, stylo...).

Enfin, l'apraxie de l'habillement se traduit par une difficulté à s'habiller correctement : erreurs dans l'ordre, la position ou l'utilisation des vêtements. Cette dernière est très fréquente dans la DTA et peut aussi survenir en l'absence des autres modalités apraxiques.

Ces troubles sont constants dans le stade avancé et rendent compte des difficultés dans la réalisation des moindres gestes quotidiens.

c) Les DTA causent des troubles gnosiques

L'agnosie est l'incapacité de reconnaître certains stimuli en l'absence de déficits sensoriels primaires comme la cécité ou la surdité. Certaines informations qui permettent d'interpréter certains types de sensations reçues sont perdues. Le sujet atteint perçoit donc les stimuli, mais ne le traite plus au niveau logique. Il existe plusieurs types d'agnosies selon la modalité sensorielle ou le type de perception qui est affecté, et elles sont généralement causées par un traumatisme crânien, un accident vasculaire cérébral, une tumeur, ou comme ici par des démences.

L'anosognosie est la méconnaissance, la sous-estimation ou la non-conscience des troubles. Elle peut apparaître au début de la maladie mais devient presque constante au stade avancé ce qui peut rendre difficile certaines prises en charge car le patient se conduit comme si ces troubles n'existaient pas.

L'agnosie visuelle est aussi fréquente à ce stade. Elle correspond à une lésion au niveau du lobe occipital et des aires associatives visuelles. Le patient a des difficultés à reconnaître les images d'objets, puis les objets eux-mêmes en l'absence de tout déficit visuel. Il peut cependant arriver à les identifier par d'autres sens tels que l'audition, l'odorat ou le toucher.

Venant du mot grec *prosos* qui signifie « visage », la prosopagnosie est l'incapacité pour le patient de reconnaître le visage de ses proches, comme parfois sa propre image dans le miroir. Il voit bien les morceaux du visage comme le nez, les yeux, et la bouche, mais ils ne forment pas un tout reconnaissable pour lui. Il peut malgré cela reconnaître parfois les gens par leur voix, leur posture ou leurs vêtements.

L'ensemble de ces troubles du langage, de la gestualité et de la reconnaissance perceptuelle définit le syndrome aphaso-apraxo-agnosique caractéristique des DTA.

d) Les DTA causent des troubles de l'orientation dans le temps et dans l'espace

La mémoire étant très affectée dans l'évolution des DTA, les repères temporels et parfois même spatiaux peuvent être précocement touchés. Les fonctions exécutives (faire des projets, organiser, ordonner dans le temps, avoir une pensée abstraite) sont également détériorées.

Les personnes atteintes perdent progressivement la notion du temps par l'oubli des actions déjà effectuées. La prise des repas peut être perturbée et peut conduire à une déshydratation, une dénutrition ou au contraire une boulimie si elle n'est pas structurée. Le rythme nyctéméral, ou rythme jour/nuit est également perturbé ce qui amène des somnolences ou des insomnies.

Des hallucinations (le plus souvent visuelles), perceptions sensorielles sans objet réel à percevoir, alors que les illusions sont des déformations ou des interprétations de perceptions réelles, peuvent amener le patient à mélanger le passé et le présent ce qui renforce sa confusion. La conviction qu'une personne décédée (souvent un des deux parents) vit toujours ainsi que le phénomène du compagnon imaginaire peuvent aussi s'observer.

Les troubles visuo-spatiaux correspondant à une altération de la perception spatiale entraînant des difficultés dans la localisation des objets et des lieux, sont fréquents. Ils peuvent provoquer des errances, fugues, déambulations ou chutes.

D. Les DTA peuvent affecter l'identité au plus profond

a) L'évolution de la maladie et les pertes progressives de mémoire engendrent des modifications de la personnalité

Les modifications de la personnalité sont la traduction directe du processus démentiel et sont mal supportées par l'entourage qui souffre souvent de ne plus reconnaître le patient, en rupture avec les traits de caractère qui étaient les siens jusqu'ici, et motivent souvent le placement en institution.

Elles peuvent se traduire par des difficultés d'adaptation à une situation nouvelle, un affaiblissement ou une perte du jugement. Mais aussi par une irritabilité, des accès de colère, des bavardages, des préoccupations hypocondriaques, une prodigalité ou à l'inverse une avarice, qui sont aux antipodes des habitudes de la personne.

Enfin, ces modifications de la personnalité entraînent une aspontanéité (apathie et absence d'activité spontanée associées à une perturbation du contrôle des émotions et de la pensée), un désintérêt pour l'entourage ou le travail, une tendance à l'isolement, une démotivation, ou une anhédonie (caractérise l'incapacité d'un sujet à ressentir des émotions positives lors de situations de vie pourtant considérées antérieurement comme plaisantes). Pour être encore active la personne a besoin d'être très stimulée.

b) Les DTA engendrent ou s'associent à des troubles psychiques et comportementaux

Les troubles du comportement moteur sont assez divers et parfois spectaculaires pour l'entourage ou les soignants. Ils vont des comportements stéréotypés comme le pliage et dépliage, habillage et déshabillage ou encore lavage des mains répétitif, jusqu'à une extrême agitation, des fugues déjà évoquées ou des comportements agressifs verbaux (injures) ou physiques (coups ou jets d'objets). Une modification de l'environnement, un traitement mal adapté ou une affection organique peuvent cependant également être à l'origine de ces crises d'agitation.

Les troubles des conduites élémentaires sont fréquents après une certaine durée d'évolution. Il peut s'agir de troubles sexuels (plus souvent indifférence et apragmatisme sexuel que troubles d'inhibition), de troubles des conduites alimentaires ou de la maîtrise sphinctérienne.

Les troubles psychotiques apparaissent lors des formes de DTA déjà évoluées ou présagent d'un déclin cognitif rapide. Les idées délirantes sont présentes dans 40% des cas de malades au stade avancé au moins et s'articulent autour d'idées de vol, d'abandon, de préjudice ou de jalousie.

De plus, le « syndrome de Capgras » est assez caractéristique de la maladie d'Alzheimer et il pourrait se retrouver dans 1/3 des cas. C'est la conviction délirante que le conjoint ou l'enfant n'est pas le proche réel mais un imposteur. La croyance en la présence réelle des personnages vus à la télévision est aussi une manifestation fréquente.

c) Les DTA peuvent causer un syndrome ou des symptômes dépressifs qui altèrent l'estime, la confiance et l'affirmation de soi, déjà mises à mal par le vieillissement ordinaire

Les troubles de l'humeur, dont la dépression, sont présents dans 30% des cas en moyenne. Néanmoins, il s'agit souvent plus de symptômes dépressifs associés que de syndrome dépressif, la dépression majeure restant exceptionnelle.

Ces symptômes sont associés à des troubles anxieux divers tels qu'une anxiété généralisée, des troubles phobiques, paniques ou obsessionnels compulsifs.

Un syndrome dépressif authentique peut toutefois survenir parfois consécutivement à la prise de conscience douloureuse par le sujet de sa dégradation intellectuelle. Il peut être renforcé par un environnement social amoindri voire un isolement de plus en plus fréquent chez les personnes âgées qui mettent à mal leur équilibre affectif.

Le sentiment de « perte de valeur » pour leurs proches ou la société altère durablement leur estime d'elle-même et nuit considérablement à leur projection dans l'avenir et donc à leur confiance en elle-même.

De même, la dyscalculie (trouble sévère dans les apprentissages numériques), les diminutions des capacités de raisonnement et des fonctions exécutives telles que penser de façon abstraite, initier, ou organiser dans le temps, sont autant de barrières aux capacités à s'affirmer ce qui place les personnes dans un repli qui leur apparaît nécessaire.

d) Le placement nécessaire en institution peut signifier une perte des derniers repères et une rupture du lien social

Comme nous l'avons vu, les troubles psycho-comportementaux et la perte d'autonomie des personnes atteintes de DTA entraînent souvent leur placement en institution pour les accompagner et éviter qu'elles ne soient un danger pour elles-mêmes. Dans cette alternative, l'entrée en institution constitue une menace permanente pour la personne qui peut se sentir fragilisée ou qui commence à être désignée fragile. La perspective d'un placement en institution est le plus souvent vécue comme un pis-aller voire un échec et comme une sanction de la vieillesse et/ou de la maladie. Elle peut aussi renforcer chez ces personnes un sentiment de déclassement. En état de vulnérabilité, elles sont dans la plupart des cas au mieux dans une position de choix sous contrainte et au pire de non-choix, d'autres ayant décidé à leur place. C'est une nécessité compte tenu de leur état de santé et de leur maladie.

Si ce placement est très souvent bénéfique à long terme pour la prise en soin des personnes et pour soulager l'entourage, il peut également représenter un déracinement réel. La personne atteinte de DTA, déjà en perte de repères temporels dans son appartement ou sa maison, se retrouve immergée dans un environnement non-maîtrisé peuplé d'inconnus ce qui peut accentuer sa désorientation.

De plus, au stade sévère ou phase terminale de la maladie, la perte d'autonomie est complète. La marche devient impossible entraînant l'alitement continu avec état grabataire. En institution, cela se traduit souvent par une personne seule dans sa chambre, n'ayant pour seules visites que celles régulières du personnel soignant, ou celles plus ou moins fréquentes de leurs proches selon les cas. La personne est donc de moins en moins stimulée par le monde extérieur.

2. La musique est une modalité spécifique d'expression artistique

A. L'histoire de la musique suit l'évolution de l'Homme

Il est très difficile de savoir dater l'apparition de la musique. Au départ, pour la plupart des musiciens, la musique provient des sons de la nature tels que le vent dans les arbres, le courant des ruisseaux ou le grondement du tonnerre. En tant qu'Art* proprement dit, les historiens s'accordent à dire que la musique est arrivée lorsque l'Homme est apparu sur Terre. Ainsi, on en trouve des traces dans toutes les sociétés humaines, depuis la Préhistoire.

Les premiers musiciens commencèrent probablement par de la musique corporelle, frapper dans les mains ou sur le torse, puis des frottements ou chocs de matériaux (bois, pierre), ou des incantations à destination de leurs semblables, des animaux ou des éléments (toujours présentes dans certaines peuplades d'Afrique ou d'Amérique). Le chant, plus structuré, serait ensuite rapidement apparu.

Le plus ancien instrument connu serait la flûte aurignacienne remontant au moins à 35 000 années (découverte faite en 2008 en Allemagne)⁵.

L'histoire de la musique retrace l'évolution de tous les types de musique, de toutes les régions du monde, et de tous les temps. Evoquons succinctement la diversité des musiques sacrées, profanes, orientales, occidentales, classiques, contemporaines voire industrielles, traditionnelles... Cette variété, richesse et évolution permanente, démontrent la notoriété de la musique, son impact de tous temps sur toutes les civilisations, et son utilisation à des fins de communication.

Etymologiquement, du grec *mousiké*, qui signifie « muse » et renvoie à Euterpe, l'une des neuf déesses de la mythologie antique présidant aux arts, la musique est l'art consistant à combiner et à ordonner sons et silences au cours du temps : le rythme est le support de cette combinaison dans le temps, la hauteur celle de la combinaison dans les fréquences.

⁵ Article paru dans le journal *Les Dernières nouvelles d'Alsace* le 27 juin 2009

B. La musique est l'Art de l'assemblage des sons et des silences au cours du temps

La musique, comme tout Art, est un rapport entre la forme, règles d'harmonie ou de rythme qui seront développées plus loin, et le fond, le sens ou l'idée contenue dans une œuvre. Ce juste rapport

a) La musique commence par une perception de sons

Tout objet susceptible de vibrer peut produire un son et la production de ce son est obtenue par la mise en vibration de l'air. Un son qui se propage va de sa source (l'émetteur) à tout récepteur approprié s'il y a entre les deux une chaîne continue de matière (air, eau, métal...). En effet, la vibration de l'objet se transmet aux particules d'air environnantes, créant une onde vibratoire qui se propage de proche en proche dans toutes les directions, un peu comme les vaguelettes produites par un caillou jeté dans l'eau⁶.

L'oreille humaine peut percevoir des sons très graves (16 Hertz) et très aigus, à la limite des ultras sons (16000 Hertz). Chaque son parvenant à l'oreille entre dans le pavillon et se propage dans le conduit auditif où il rencontre le tympan. Les vibrations de l'onde sonore mettent en mouvement le tympan lié à trois petits os, nommés osselets : le marteau, l'étrier et l'enclume. Ces premières étapes amplifient les vibrations qui atteignent la cochlée, l'organe récepteur de l'audition.

C'est la cochlée, tapissée de cellules cillées, qui permet de transformer les vibrations acoustiques en impulsions nerveuses véhiculées par le nerf auditif.

Les sons « purs » n'existent pas dans la nature. L'homme perçoit le plus souvent des sons complexes (la voix en est un exemple) constitués de plusieurs sons purs émis simultanément. Lorsque le nombre de sons purs mélangés s'élève et accroît la complexité du son, on parle de bruit.

Le bruit et le son se perçoivent tous deux par l'ouïe mais le bruit est caractérisé par l'aspect naturel et non intentionnel de sa production. Le son est caractérisé par sa qualité et sa volonté d'émission. Le son musical doit manifester des propriétés esthétiques* et/ou logiques particulières, c'est donc un ensemble restreint de l'ensemble des sons physiques (acoustique musicale), le son ressenti comme agréable sera appelé musical. Le philosophe français Jean-Jacques Rousseau définissait ainsi la musique : « La musique est l'art d'accommoder les sons de manière agréable à l'oreille⁷ ».

Le son d'ailleurs s'impose à nous bien avant notre naissance. Depuis plusieurs décennies, la recherche scientifique a apporté la certitude que le fœtus perçoit non seulement les sons internes comme la voix, les battements cardiaques de sa mère, mais aussi les bruits ou sons venant de l'extérieur : la voix du père, les cris ou la musique, transmis par le liquide amniotique.

S'appuyant sur l'impression d'unité et de cohérence des sons les uns par rapport aux autres, le musicien prend plaisir à ordonner et assembler les sons s'il est compositeur, à les produire s'il est interprète ou à les écouter simplement s'il est amateur de musique ou esthète.

⁶ Jean-Pierre Changeux « *Du vrai, du beau, du bien, une nouvelle approche neuronale* » p 155

⁷ Jean-Jacques Rousseau, Article Musique, dans « *Encyclopédie ou Dictionnaire Raisonné des Sciences, des Arts et des métiers* » de Diderot et d'Alembert (1751-1776)

b) La musique est une organisation volontaire de sons répondant à certaines règles, ayant un sens, l'harmonie

L'harmonie, suivant la définition donnée par le dictionnaire le Robert, est « *la combinaison de sons agréables à l'oreille* » ou « *l'ensemble des principes qui règlent l'emploi et la combinaison de sons simultanés* ». Le mot "harmonie" vient du grec αρμόζω (armozō), qui veut dire joindre, faire coïncider, adapter, emboîter. L'harmonie relève de l'utilisation délibérée de fréquences simultanées, dans la perspective d'apporter relief et profondeur au chant ou au jeu instrumental : elle représente donc l'aspect vertical de la musique, tandis que la mélodie en représente l'aspect horizontal (relativement au sens de lecture d'une partition : la lecture horizontale décrit la succession de notes qui composent la mélodie, la lecture verticale décrit la ou les notes jouées simultanément à un instant T). La musique commence là où les sons organisés ont un sens.

Le compositeur Igor Stravinsky dans *La Poétique musicale* se pose la question de savoir si le chant des oiseaux constitue de la musique. Il considère que non car les oiseaux n'ont pas de volonté particulière d'organiser leurs sons, leurs chants sont spontanés.

La musique des Grecs anciens, telle qu'on la connaît à travers les textes philosophiques et les traités d'harmonie, dont le premier est celui d'Aristoxène de Tarente, un élève d'Aristote qui se démarque de la pensée de son maître, apparaît fortement imprégnée de concepts philosophiques : théorisation de « l'éthique musicale » par Platon⁸ puis Aristote qui s'inspiraient de la pensée pythagoricienne : respect des rapports mathématiques qui « régissent l'univers » et la musique considérée comme une « source de sagesse ».

Le système dit des « *harmonies* » n'était pas une théorisation des usages en matière de simultanés sonores, mais une description des échelles de base, fondées sur l'accord de la lyre, c'est-à-dire, la « manière d'accorder » cet instrument : aspects de l'octave, choix de la note fondamentale, succession des intervalles conjoints...

L'échelle mélodique en usage, l'accord pythagoricien, est produit par la « génération des quintes » sur un monocorde. Pythagore ayant remarqué que la hauteur du son est inversement proportionnelle à la longueur de la corde, avait défini les rapports harmoniques comme des rapports de longueur ou des rapports de fréquence. Par exemple, l'octave correspond au rapport 2/1, la quinte au rapport 3/2, la quarte au rapport 4/3, et ainsi de suite. Ces trois intervalles étaient par ailleurs considérés comme les principales consonances du système musical cette conception sera maintenue jusqu'à la fin du Moyen Âge.

Ainsi, sont imposées les premières lois musicales, les lois de l'harmonie qui permettent un développement de la musique occidentale fondé sur une cohérence absolue.

La musique est donc plus qu'un Art du temps, elle est aussi un Art de l'espace. Une mélodie est constituée d'intervalles de hauteur entre les sons qui la composent, et le rapport des sons entre eux peut être mesuré sur la longueur d'une corde ou d'un tube. L'harmonie, tout comme le timbre d'ailleurs, est une superposition de sons dont on peut abstraire la durée pour ne concevoir que les écarts et la hiérarchie entre eux : accords mineurs, majeurs...

⁸ Platon « *La République* »

c) Le rythme musical puise son origine dans la nature, l'univers et le corps physique

Le rythme est défini par le Robert comme étant, soit « le retour à intervalles réguliers d'un repère constant », soit comme « la répartition des sons musicaux dans le temps, du point de vue de l'intensité et de la durée », soit, comme « un mouvement périodique, régulier » ou encore comme « l'allure à laquelle s'exécute une action, se déroule un processus ».

Le rythme est partout, nous entoure, il est universel. Les astres se meuvent dans l'espace selon des lois d'attractions qui donnent un rythme régulier à leur trajectoire. Cela est sensible à notre échelle avec dans la nature les rythmes cycliques des saisons, des jours et des nuits, et des marées (cycle lunaire).

Le rythme fait également partie intégrante des cycles biologiques humains : respiration, circulation sanguine, rythmes du sommeil ou de l'alimentation...

Ainsi, la musique ou le rythme musical peuvent être considérés comme un prolongement de ces rythmes naturels ressentis par le corps, une interprétation humaine se traduisant par des mouvements corporels (taper dans les mains, du pied...) suscités par un élan qui peut lui-même modifier les rythmes internes de l'organisme biologique tels que l'accélération ou au contraire l'accalmie (apaisement, relaxation) des battements cardiaques ou de la respiration. La perception du rythme, comme les autres perceptions humaines, se développe par des entraînements spécifiques notamment l'apprentissage du solfège (étude des éléments permettant de lire, écrire, jouer ou chanter une partition).

Le tempo, donnant la vitesse d'exécution d'une œuvre musicale se trouve donc intimement lié au rythme auquel il apporte un élément supplémentaire qui apporte à l'œuvre son identité définitive. A chaque pièce musicale son tempo, comme à chaque individu le sien. Le nôtre est lié à nos fonctions biologiques (battements cardiaques, rythme respiratoire) et influence directement notre rythme de vie. Il ralentit d'ailleurs pendant le vieillissement.

d) L'intonation et le timbre donnent une identité au son

L'intonation, quant à elle, est à la base de la communication animale et humaine. Du chant du merle au rugissement du lion, du radar acoustique de la chauve-souris à celui de la baleine, des pleurs du nouveau-né aux râles du mourant, la capacité à moduler une intonation et à interpréter en retour ces modulations permet de s'orienter, de comprendre et d'exprimer, de séduire ou d'intimider.

L'intonation musicale, qui devient mélodie en s'associant au rythme, est impulsée par un mouvement volontaire, une coordination musculo-squelettique faisant appel à une certaine maîtrise technique. Prenons pour exemples le jeu de l'organiste, engagé de la tête aux pieds (ces derniers contrôlant les basses par l'intermédiaire de pédales), la position particulière des doigts du pianiste ou la tenue d'archet spécifique des violonistes et la coordination de celui-ci avec l'autre main appuyant sur les cordes afin de créer les notes.

Le timbre est la qualité particulière du son, indépendante de sa hauteur ou de son intensité mais spécifique de l'instrument, de la voix qui l'émet. Il est lié aux intensités relatives des harmoniques qui composent le son. Le timbre désigne l'ensemble des caractéristiques sonores qui

permettent d'identifier un instrument⁹. Cette composante essentielle, quoique longuement étudiée, par l'organologie notamment (du grec ancien *ὄργανον*, organon, « instrument » et de *λόγος*, logos, « discours » : l'étude des instruments de musique et leur histoire) n'a été que tardivement comprise.

C'est donc le caractère original d'un son ou d'une voix qui lui confère sa personnalité et auquel les individus vont être différemment sensibles (différence entre le son chaud et profond du violoncelle et celui plus « nasillard » du hautbois par exemple).

C. Les pouvoirs de la musique sont multiples

a) La musique peut avoir un pouvoir expressif

Pour les penseurs de l'Antiquité, la musique est d'abord une science par son approche mathématique.

Cependant, l'organisation des sons porte en elle l'expression de celui qui les organise, l'auteur ou le compositeur. Ainsi, de science la musique devient Art parce que porteuse d'un message, qui peut être poétique, et qu'il s'agit de trouver et de transmettre ensuite.

La musique exprime et provoque des émotions. Elle possède ce privilège de pouvoir exprimer dans une unité, dans une même phrase, des sentiments très divers et peut-être également des sensations intenses et richement habitées car superposables dans une même expression musicale.

Nous pouvons dire que la musique peut avoir un pouvoir expressif car elle se présente comme une expression volontaire humaine orientée vers l'esthétique, « la nature de l'expression humaine implique un effet fondé sur cette confrontation entre les mondes intérieurs et extérieurs de l'homme »¹⁰.

De façon générale, l'impression qui est cette capacité qu'a l'homme de recevoir des informations extérieures par les sens, provoque en lui une stimulation des facultés mentales comme la mémoire, l'imaginaire ou l'intelligence, amenant une réaction corporelle complexe définie comme le pouvoir expressif de l'Art. Il existe d'ailleurs manifestement des universaux expressifs puisque les comptines du monde entier partagent de nombreux traits structuraux.

b) La musique peut avoir un pouvoir d'entraînement

Le pouvoir d'entraînement de la musique est simple à observer. A l'écoute de la musique, les individus réagissent et mettent leur corps en mouvement : battre la pulsation avec le pied, mimer les gestes des batteurs, ou bien évidemment danser. Mais l'âme de l'homme aussi est entraînée.

Le mouvement de l'âme humaine unie au mouvement musical entraîne l'esprit humain. Platon, dans « *Les Lois* », expose que c'est le principe de sympathie, telles deux cordes de lyres qui résonnent ensemble, qui régit cette action d'entraînement de l'âme.

L'œuvre d'Art en général, et la musique en particulier, a la propriété d'entraîner celui qui la contemple. En approfondissant la notion d'imitation qui est le propre de l'art dans l'Antiquité, la musique imite, non plus des formes sensibles comme la nature ou des actions, mais l'âme elle-

⁹ Michèle Castellengo, « Les sources acoustiques », dans Denis Mercier (direction), « *Le livre des techniques du son, tome 1 - Notions fondamentales* » et Michèle Castellengo, « La perception auditive des sons musicaux », dans Arlette Zenatti, « *Psychologie de la musique* » p 83-84

¹⁰ R. Forestier « *Tout savoir sur l'Art Occidental* »

même. Ainsi, apparaissent des styles artistiques correspondant aux différents états d'âme possibles : une musique harmonieuse et régulière imite l'âme du sage vertueux, une musique majestueuse, impressionnante, imite l'âme du brave, une musique rapide et folle imite l'âme de l'homme attiré par les plaisirs terrestres.

De même, le plaisir que l'on ressent en contemplant une œuvre d'Art correspond aux plaisirs de ces différentes formes d'âmes comme le plaisir effréné, l'exaltation guerrière...

c) La musique peut avoir un effet relationnel

Un principe de sympathie peut aussi s'instaurer entre deux individus dans la musique et par la musique. Il existe donc un lien entre l'artiste et plus généralement la communauté des hommes. Cela produit un effet relationnel qui permet l'épanouissement de l'activité artistique de l'homme et de sa faculté critique.

L'artiste qui produit une œuvre d'Art musicale (ou toute autre technique artistique) pose dans le temps et l'espace, une détermination formelle qui implique les autres hommes. Il instaure par là même un processus de communication quand il y a transmission d'informations et un processus de relation quand se crée un état singulier de réunion des individus (quand plusieurs musiciens jouent ensemble, ils parviennent à créer un rapport intime et une connivence, à ne plus faire qu'un tout en gardant leur personnalité propre).

Par exemple, les œuvres musicales ont une structure expressive suffisamment puissante pour imposer des états émotionnels communs à un grand nombre d'auditeurs. La musique peut mettre à l'unisson émotionnel une foule entière. Ce pouvoir lui confère une force de cohésion sociale essentielle dans la plupart des cultures du monde.

Cette fonction de cohésion sociale s'exerce tout au long de la vie, et plus particulièrement à l'adolescence. A ce stade, la musique traduit les états émotionnels traversés par les adolescents, ce qui facilite les regroupements par affinités.

d) La musique peut avoir un pouvoir cathartique

La catharsis est l'épuration des passions par le moyen de la représentation dramatique : en assistant à un spectacle théâtral, l'être humain se libère de ses pulsions, angoisses ou fantasmes en les vivant à travers le héros ou les situations représentées sous ses yeux. Le spectateur ne se purge pas de ses émotions en voyant des exemples édifiants, mais c'est plutôt le dispositif scénique, le mode de la représentation, qui purge le spectateur de ses émotions.

L'homme peut « prendre plaisir aux représentations » : « nous prenons plaisir à contempler les images les plus exactes de choses dont la vue nous est pénible dans la réalité, comme les formes d'animaux les plus méprisés et des cadavres »¹¹.

Ce n'est pas tant dans la Poétique que dans La Politique d'Aristote qu'on trouve le terme développé, à propos de la musique envisagée d'un point de vue politique : « nous voyons ces mêmes personnes, quand elles ont eu recours aux mélodies qui transportent l'âme hors d'elle-même, remises d'aplomb comme si elles avaient pris un remède et une purgation. »

La musique liée aux paroles peut produire des effets purificateurs sur l'homme. La révélation de la vérité qui émane des discours, accompagnés par la musique, a le pouvoir de mener les âmes et tout auditeur peut en subir les effets de façon non contrôlée.

¹¹ Aristote. « Poétique » 1448b10

e) La musique peut avoir un pouvoir éducatif

« La meilleure éducation est celle qui a son origine dans la musique, parce que l'harmonie et le rythme pénètrent jusqu'au plus profond de l'âme et ils en prennent possession, donnant à celui qui en bénéficie sagesse et raison. »¹².

La doctrine platonicienne de l'éthos conçu comme l'« effet produit par la musique sur le tempérament ou sur la psyché des individus et par conséquent sur le bon fonctionnement de la société et de l'état » est à l'origine de notre conception de la musique. L'éthos est un mot grec signifiant le caractère, l'état d'âme, la disposition psychique.

La musique en tant que telle joue pour Platon un rôle de tout premier plan dans la bonne éducation des enfants, car elle rentre par les oreilles et crée une disposition vers la Raison avant même qu'ils soient en mesure d'en comprendre le sens.

La musique doit être « la partie maîtresse de l'éducation », selon Platon, « parce que le rythme et l'harmonie sont particulièrement propres à pénétrer dans l'âme et à la toucher fortement ; et que, par la beauté qui les suit, ils embellissent l'âme, si l'éducation a été donnée comme il convient, tandis qu'elle s'enlaidit dans le cas contraire ; et aussi parce que l'éducation musicale convenablement donnée fait sentir très vivement la négligence et la laideur dans les ouvrages de l'art et dans ceux de la nature. On en est alors justement offusqué, et tout en louant les belles choses et en les recueillant joyeusement dans son âme pour en faire sa nourriture et devenir un honnête homme, on blâme justement les vices, on les hait dès l'enfance, avant de pouvoir s'en rendre compte par la raison, et quand la raison vient, on l'embrasse et la reconnaît comme une parente, avec d'autant plus de tendresse qu'on a été nourri dans la musique ».

Les musiques mauvaises, celles qui à force de les écouter, rendent le caractère violent, ou trop langoureux et triste, ou encore, lascif, s'insinuent peu à peu dans l'âme et changent son orientation de façon imperceptible.

D. La musique implique le corps et l'esprit

a) La musique peut élaborer un sens au-delà du langage

La musique et le langage sont des traits humains universels. Lorsque nous utilisons des mots, chaque mot a un signifié que n'a pas chaque son. Il semble que nos pensées latentes peuvent devenir perceptibles à travers une communication non-verbale alors qu'elles sont difficilement explicables dans le langage verbal. Ainsi peut-il y avoir une expression et compréhension directe d'un individu à un autre à travers la pensée musicale sans qu'il faille nécessairement passer par une traduction verbale ?

La musique représente une sorte de raccourci, qui permet de faire ressentir l'essentialité des thèmes qu'elle aborde sans passer par le langage. Elle peut en quelque sorte aller au-delà du sens des mots et parler directement à l'âme sans s'adresser à la raison.

« Langage d'universelle audience, expression de pensées sans concepts, fluide et immatérielle, la musique peut le miracle »¹³.

¹² Platon « *La République* »

¹³ René DUMESNIL « *Nature du drame wagnérien* »

b) La musique peut produire des effets sur le corps

La participation du corps joue dans la musique un rôle essentiel. Il est intéressant d'observer et d'essayer de pénétrer le sens des comportements de l'individu confronté à la musique, avec ses réactions personnelles, spécifiques par rapport aux ondes sonores qui l'envahissent. L'homme primitif frappe le sol avec ses pieds, bat des mains et fait bouger son corps en cadence ; dans cette participation totale, le corps est tantôt le support, tantôt l'instrument musical lui-même, quand il chante ou quand il émet des sons.

Le lien entre le monde auditif et le monde corporel peut s'observer dans le processus de la marche qui est différent selon qu'il s'agisse d'une procession ou d'une marche guerrière.

De même, la production de la musique nécessite l'implication du corps. Pour produire de la musique, l'artiste doit s'impliquer physiquement.

Certains morceaux de musique entraînent chez certains individus des réponses physiologiques de type « frissons » en plus de changements dans la fréquence cardiaque, l'électromyogramme (mesure des courants électriques qui accompagnent l'activité musculaire) ou l'amplitude respiratoire¹⁴. Blood et Zatorre (2001) ont examiné les images cérébrales en résonance magnétique fonctionnelle de sujets ressentant des frissons à l'écoute, par exemple, du concerto pour piano de Rachmaninov en ré mineur, ou d'une autre pièce émotionnellement forte. Ils ont montré une augmentation du débit sanguin cérébral dans le nucleus accumbens, le VTA, l'insula, le thalamus et le cingulaire antérieur proportionnellement au nombre de frissons ainsi qu'une diminution dans le cortex préfrontal ventro-médian (comme dans les cas de la prise de cocaïne). Il s'agit de circuits intervenant dans les systèmes de récompense qui engagent dopamine et opiacés. La réponse par les « frissons » est d'ailleurs diminuée par la naloxone (qui bloque les récepteurs des opiacés).

Il y a donc un effet puissant de la musique sur les systèmes de récompense

c) L'écoute et la pratique de la musique sont distinctes

L'écoute de la musique concerne la contemplation de l'œuvre musicale qui est une stimulation et une perception sensorielle particulière où l'activité spirituelle de l'homme se trouve engagée dans un mouvement qui va de « l'extérieur vers l'intérieur ».

Dans l'action artistique qu'est la pratique musicale, le mouvement inverse a lieu puisque il y a une production volontaire de l'homme et une complémentarité entre les activités intériorisées et extériorisées de l'artiste.

d) Les divers instruments de musique ouvrent des univers sonores différents

La musique a commencé par le chant. La voix est l'instrument premier car elle fait partie intégrante du corps humain, elle est donnée par la nature. Tous les autres instruments sont construits en recherchant les constituants de la voix humaine.

La plupart des instruments créés par l'homme La majeure partie des instruments primitifs créés par l'homme représente l'expérience sonore qu'il vit avec son propre corps. Si le corps humain est lui-même un instrument résonnant qui peut émettre des sons et recevoir des messages

¹⁴ Jean-Pierre Changeux *op. cité* p 165

sonores, les instruments de musique sont des prolongements et des représentations du corps humain ; leur forme n'est pas due au hasard mais à un besoin inconscient de projection et d'identification.

Dans la Grèce antique, deux instruments retiennent particulièrement l'attention: il s'agit de la lyre, instrument d'Apollon, attachée à la raison et l'aulos, instrument de Dionysos, attaché à l'instinct.

La lyre est l'instrument par excellence préconisé pour la bonne éducation des enfants car son accord est fixe et ses airs sont reproductibles par tous les musiciens. Le rapport entre la longueur de la corde et le son musical est visible et donc imitable. La lyre obéit aux règles de l'harmonie divine, fondement de toute beauté.

L'aulos a un statut plus controversé puisqu'il provoque en premier lieu une importante déformation du visage de l'instrumentiste et qu'il permet des modulations très subtiles avec l'utilisation de demi tons voire de quart de tons, ce qui apparaît totalement incompatible avec cette harmonie divine. L'intervalle du ton qui est l'espace sonore compris entre la quarte et la quinte constitue la plus petite unité sonore non divisible et en rapport direct avec l'organisation divine matérialisée par les mouvements des astres. Il s'agit bien là de deux orientations de la musique, l'une faite de lumière et d'harmonie, l'autre de ténèbres, de chaos et de démesure. « La lyre permet de comprendre, l'aulos permet de ressentir ». ¹⁵

Ainsi, la musique utilise des outils particuliers que sont les différents instruments de musique.

Tout instrument à vent prolonge le souffle. Or, souffler, c'est expulser, rejeter. Les peuples primitifs attribuaient ainsi aux instruments à vent des vertus magiques.

La multitude des instruments à percussion a probablement son origine dans le rythme cardiaque et dans l'utilisation des bras et des jambes, de la marche dans la danse, le jeu et le travail.

Les instruments à cordes sont plus en contact avec le corps. La guitare se pose sur le corps et a un galbe de corps de femme, violon et alto, faits pour chanter l'amour, s'appuient sur l'épaule gauche. Le violoncelle a forme humaine et ce sont des termes d'anatomie qui désignent les parties de sa caisse de résonance : tête, ventre, dos...

Enfin, le piano, instrument de l'art-thérapeute dans notre cas, fait partie de la famille des instruments à cordes frappées. Le son musical du piano est produit par la vibration de ses cordes (frappées par des marteaux) tendues devant une table d'harmonie, à laquelle elles transmettent leurs vibrations par l'intermédiaire d'un chevalet. Il est caractérisé par la plus grande tessiture de tous les instruments de musique (avec l'orgue). Le piano peut être considéré comme l'instrument le plus complet, car il est dans le même temps accompagnateur (main gauche effectuant des accords) et soliste (main droite pour les mélodies). Il se caractérise aussi par une lecture simultanée de deux portées musicales, une pour chaque main, souvent dans deux clés différentes : clé de sol pour la main droite, et clé de fa pour la main gauche.

e) La musique mobilise de nombreuses zones du cerveau

Plusieurs régions cérébrales participent à la musique. Le son est d'abord traité par les structures de l'oreille et les aires sous-corticales et corticales du système auditif. Puis interviennent différentes parties du cerveau impliquées dans la mémoire, les émotions, les mouvements ou d'autres modalités sensorielles. Certaines seraient communes à la musique et au langage et d'autres seraient spécifiques à la musique.

¹⁵ R. Forestier « *Tout savoir sur la musicothérapie* » p 27

Ecouter des sons active notamment le noyau cochléaire, le tronc cérébral et le cervelet. L'information se déplace ensuite vers le cortex temporal où se trouvent les aires auditives primaires et secondaires.

Ecouter une musique familière active entre autres des régions impliquées dans la mémoire, par exemple l'hippocampe et des aires du cortex frontal.

Battre la mesure avec le pied nécessite une synchronisation temporelle et implique le cervelet et les cortex moteur et frontal.

Inventer une musique, par exemple en chantant, met en jeu certaines régions situées dans les cortex frontal et temporal.

Ecouter une musique et traiter ses structures impliquent des régions qui participent au langage, telles les aires de Broca et de Wernicke, ainsi que d'autres régions du cortex temporal.

Les émotions ressenties à l'écoute musicale activent les structures participant aux émotions, telles l'amygdale cérébrale et le cortex orbito-frontal.

3. L'art-thérapie est une discipline paramédicale

A. L'art-thérapie est une discipline proposant une amélioration de la qualité de vie* des personnes atteintes de DTA en utilisant les pouvoirs de l'Art dans une visée thérapeutique

a) L'art-thérapie est une spécialité à part entière

L'art-thérapie se définit comme « l'exploitation du potentiel artistique dans une visée humanitaire et/ou thérapeutique ». Toutes les difficultés d'expression et de communication de l'homme et leurs dérivés, deviennent, par la disposition naturelle de l'art à travailler sur ces facultés, les indications privilégiées de l'art-thérapie.

Les divers champs d'application de l'art-thérapie sont les déficits physiques, les déficits psychiques et les déficits socio-relationnels. L'art-thérapie prend en considération l'exploitation thérapeutique des effets produits par l'activité artistique d'une façon nouvelle et originale.

Il convient tout d'abord de distinguer l'art-thérapie de l'animation artistique et de l'atelier d'art qui sont du ressort de l'artiste et n'ont pas de nature thérapeutique en soi, mais peuvent induire des effets thérapeutiques dont la compréhension et la maîtrise nécessitent des compétences spécifiques particulières que l'artiste ne possède pas nécessairement.

L'art-thérapie se distingue également de la psychothérapie à support artistique, qui ne prend pas réellement en compte la pratique artistique en tant que telle et les critères de l'esthétique, axant plutôt son travail sur l'interprétation de l'œuvre et utilisant l'outil psychanalytique qu'est le transfert, de nature radicalement différente de la communication utilisée en art-thérapie, comme nous allons essayer de le montrer.

« Complément thérapeutique dans l'équipe pluridisciplinaire de soins, l'art-thérapeute s'impose comme intervenant privilégié dans des domaines humains aussi variés que l'émotion, le plaisir, l'idéalisation, l'expression ou la communication, qui par ailleurs sont autant d'éléments qui vont déterminer le principe esthétique. »¹⁶.

¹⁶ R. Forestier « *Tout savoir sur l'art-thérapie* »

b) L'œuvre d'Art est un point de rencontre

Que l'œuvre soit contemplée ou produite, elle agit toujours comme une sorte de catalyseur entre l'Art, l'artiste et le contemplateur. Elle peut être uniquement contemplée, ou réalisée pour elle-même ou pour un public mais dans tous les cas, elle établit un lien d'individu à individu, qui est une rencontre réalisée par le dépassement de l'œuvre elle-même.

En art-thérapie, l'intention, l'application et le cheminement du patient seront plus déterminants que la qualité artistique de l'œuvre qui ne sera plus qu'un élément de cette totalité. Ainsi, le champ de l'esthétique peut s'ouvrir aux patients touchés par les pathologies les plus lourdes, « qui, s'ils n'ont pas les moyens physiques et mentaux de produire des œuvres d'art, n'en sont pas pour autant démunis de la faculté de plaisir et peuvent au moins accéder à l'orientation d'une jouissance archaïque et pulsionnelle vers un plaisir personnalisé et volontaire grâce à la dynamique et aux moyens artistiques. »¹⁷

c) Le plaisir et l'émotion esthétique sont distincts

L'esthétique, qui se définit comme la science du beau* se détermine par rapport à une sensation agréable, un plaisir. Or le plaisir, un état premier indéfinissable, une sensation agréable particulière, est à distinguer de l'émotion, deux données fondamentales avec lesquels l'art-thérapeute travaille.

L'impact sensoriel que produit l'œuvre d'art sur l'homme qui est un être « impressionnable », provoque en lui des réactions physiologiques et psychologiques d'une nature particulière. La qualité déterminée par le rapport complexe qui s'instaure entre les perceptions induites par les stimulations extérieures et leur traitement mental permet une première définition du plaisir.

Ainsi dans le domaine de l'esthétique, nous distinguerons la sensation brute et globale qui est le plaisir, du traitement mental de cette même sensation sur un plan affectif et spirituel qui est l'émotion.

Le plaisir sera un élément déterminant en art-thérapie sur lequel l'art-thérapeute saura travailler, et l'émotion pourra être une orientation artistique incluse dans un objectif thérapeutique.

B. L'art-thérapie s'adresse aux profondeurs de l'être humain

a) L'art-thérapie s'intéresse aux parties saines de la personne malade

Par la recherche d'un plaisir esthétique, l'être humain s'implique vis à vis de lui-même et vis à vis des autres, que ce soit dans l'expression de son goût et de sa personnalité, dans la production d'œuvres artistiques ou dans la tension physique et spirituelle vers un idéal de beauté.

L'art-thérapeute, par ses moyens artistiques qui touchent aux profondeurs de l'être humain, va prendre en compte la partie vivante et qui fonctionne en l'individu et l'aider à s'épanouir au mieux, même si cette partie ne s'apparente plus qu'à une infime parcelle de santé. Il ne considérera pas le malade objet de sa maladie, mais sujet avec une maladie et c'est là un point fondamental dans le travail art-thérapeutique, qui conçoit l'idée du soin comme intérêt porté à la vie saine des individus, conception proche de celle de l'Antiquité, mais en préservant l'originalité de la personne.

¹⁷ R. Forestier *op cité*

« En travaillant avec des moyens thérapeutiques adaptés sur et avec les qualités naturelles humaines, ainsi que sur et avec les facultés émotives, expressives et communicatives de l'homme, l'art-thérapie exploite des moyens thérapeutiques originaux complémentaires aux autres activités médicales et paramédicales. » (R. Forestier)

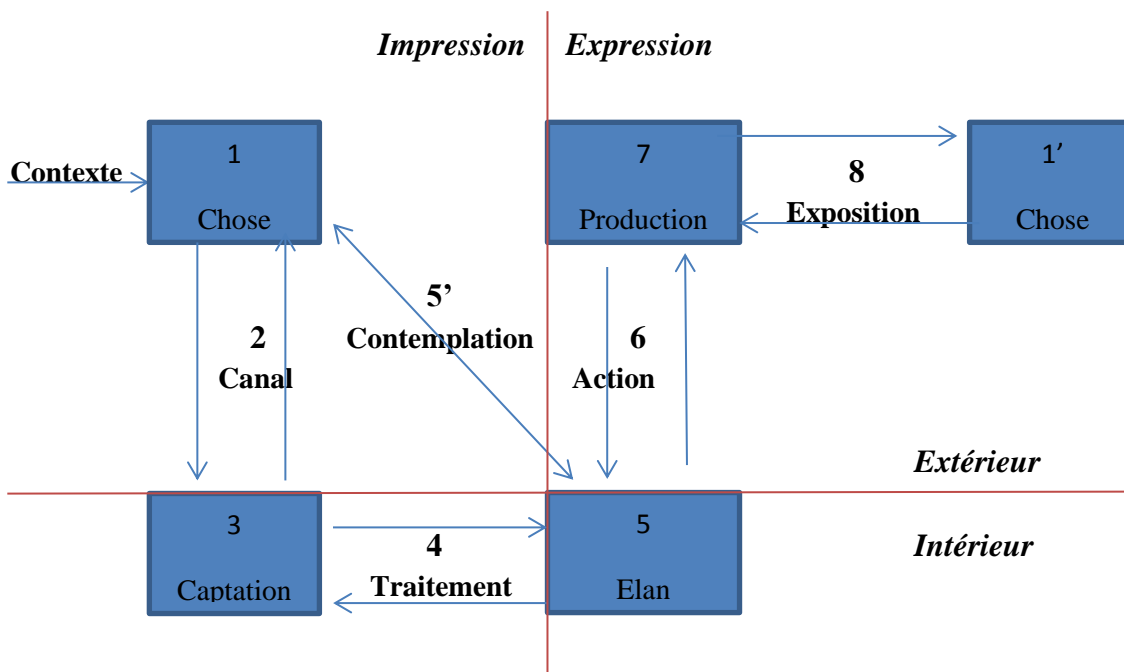
b) L'art-thérapie repose sur des fondements scientifiques

Afin d'exploiter la partie saine du patient en la valorisant, l'art-thérapeute doit s'efforcer de mettre en place une stratégie afin de revigorer la saveur existentielle* de la personne. En agissant indirectement sur les mécanismes défaillants qu'il doit localiser, et grâce à une bonne gestion et analyse des observations recueillies au cours de la séance d'art-thérapie, l'art-thérapeute tend vers son objectif en considérant le cheminement le plus adapté pour y parvenir.

La fiche d'observation établie à chaque séance, adaptée à chaque patient et situation, a pour fonction d'être à la fois une mémoire des événements de la séance, de permettre une organisation et évaluation des informations recueillies et un regard critique. C'est un processeur de l'activité.

L'opération artistique, interface entre l'être humain et l'art, est une modélisation du lien qui existe entre les deux. Étudiée et définie par les chercheurs de l'AFRATAPEM (l'Association Française de Recherche et Applications des Techniques Artistiques en Pédagogie et Médecine), elle propose une organisation des mécanismes humains de nature à tirer profit de l'activité artistique et permettre une bonne gestion de la pratique artistique. Elle décrit de façon topologique les différentes phases du processus de création et de contemplation d'une œuvre d'art.

Schéma de l'opération artistique



Toute chose n'est pas de l'Art, et la chose d'Art ne s'impose comme telle que parce qu'on la reconnaît, au plan culturel, social et patrimonial, ce qui implique un contexte qui la précède et peut la déterminer, un « avant » auquel l'œuvre renvoie également.

- 1 : « Chose » d'Art : rapport d'un fond et d'une forme, tension vers un idéal esthétique
- 2 : Canal de rayonnement, contexte par lequel la « chose » et la personne sont en relation
- 3 : Captation par les récepteurs sensoriels et traitement primaire, archaïque, des stimuli
- 4 : Traitement sophistiqué activant émotion, mémoire, intelligence, personnalité, intention
- 5 : Élan, poussée, en rapport à l'intention, allant vers l'action et/ou la contemplation (5')
- 6 : Action volontaire utilisant une technique et pouvant être tendue vers un idéal esthétique
- 7 : Production résultant de cette action volontaire, ou lui étant simultanée (arts scéniques)
- 8 : Exposition, traitement « mondain » validant la production comme « chose » d'art (1')

L'opération artistique constitue aujourd'hui un des outils les plus originaux de l'art-thérapeute, qui lui permet d'analyser les relations qui existent entre l'impression et l'expression humaine, animées par l'échange sous forme de mouvement incessant entre le monde intérieur et le monde extérieur de l'être humain. Le phénomène artistique est ce qui observable lors d'une réalisation artistique, et ce sur quoi il faudra porter une grande attention (phases 5-6-7).

L'art-thérapeute est alors à même de repérer les sites d'action* sur lesquels il se doit de travailler. Il devra adapter ses connaissances théoriques aux situations concrètes de son travail et les transformer en compétences spécifiques. Il agira alors sur une cible thérapeutique, élément précis sur lequel il travaillera au regard de l'objectif thérapeutique.

c) L'art-thérapie repose sur des fondements humains

Tout être humain cherche le bonheur. Ainsi, pour être heureux, il cherche ce qui lui plaît. En ce sens, l'Art qui est un vecteur de l'esthétique, peut aider les personnes qui y sont sensibles, à s'épanouir. Si tout individu tend à être heureux et si l'Art a la capacité de rendre heureux, c'est qu'il a aussi une place dans les activités humaines. C'est en se penchant sur les fondements de l'existence humaine et la tension existentielle vers le bonheur que l'on peut comprendre les bienfaits de l'art-thérapie.

L'être humain est détenteur d'un savoir qui s'apparente à un programme de développement et qui s'autorégule vers sa bonne réalisation et son épanouissement par la saveur. C'est dans le rapport entre la saveur et le savoir, que naît la qualité existentielle. La complémentarité opérante du savoir et de la saveur détermine la présence humaine.

C'est ainsi que l'art-thérapie est en mesure d'atteindre les couches les plus profondes de l'être humain et revigorer sa qualité existentielle. C'est là son enjeu le plus essentiel.

« L'émotion*, la sensibilité, l'engagement physique, le ressenti amènent à repenser les conditions, les moyens et les mécanismes humains nécessaires et indispensables au bonheur humain¹⁸. »

¹⁸ R. Forestier « *Tout savoir sur la musicothérapie* »

II- Une prise en soin en art-thérapie à dominante musicale a été proposée à plusieurs résidentes de l'EHPAD Groisne Constance de Culhat

1. L'EHPAD Groisne Constance accueille des personnes âgées dépendantes

L'EHPAD Groisne Constance de Culhat est situé à 25 km au sud-est de Clermont-Ferrand et a été entièrement reconstruit en 2006. Il accueille 84 résidents de plus de 60 ans, dépendants ou à risque de dépendance, répartis en trois unités de 28 lits. L'établissement est entièrement médicalisé et une attention particulière est portée au cadre de vie et au maintien de la vie sociale.

De statut public hospitalier autonome, l'établissement est géré par un Conseil d'Administration.

A. Les résidents bénéficient d'un suivi médical

Un **médecin coordonnateur** assure la coordination des soins en lien avec la Cadre de santé. Quatre médecins généralistes assurent le suivi médical des résidents du lundi au vendredi.

Les médicaments et dispositifs médicaux sont fournis par le Centre Hospitalier de Billom dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire.

Les consultations auprès de médecins spécialistes et les transports en ambulance sont organisés par l'établissement en fonction des besoins.

B. Les résidents bénéficient d'une prise en charge paramédicale

Des **infirmiers diplômés d'Etat** assurent la distribution des traitements médicamenteux et les soins. Des **équipes de soignants** (aides-soignants et aides médico-psychologiques) accompagnent les résidents dans les actes de la vie quotidienne (toilette, habillage, soins d'hygiène, aide au repas, échanges).

L'établissement est équipé de **l'outil informatique**, le dossier de chaque résident est informatisé ce qui favorise la continuité de la prise en charge, notamment lorsqu'une urgence se présente ou qu'une hospitalisation est nécessaire.

L'établissement propose les services d'une **motricienne** dont la mission principale consiste à adapter le matériel au plus près du besoin du résident. Elle est présente à mi-temps.

Une **psychologue** est à la disposition des résidents et de leur famille et travaille également avec les équipes soignantes, notamment autour des accompagnements les plus complexes.

Une **diététicienne** participe et s'assure du bon déroulement des repas des résidents, que ce soit en termes d'apports nutritionnels, ou de goûts et préférences. Elle veille au maintien des habitudes de vie des résidents en matière alimentaire.

Des **kinésithérapeutes libéraux** interviennent chaque semaine auprès des résidents dont l'état de santé nécessite des séances de rééducation.

Des **soins dentaires** et des **soins de pédicurie** sont proposés à la demande.

De plus, l'établissement propose en son sein un **salon de coiffure**, des **soins esthétiques**, de la **balnéothérapie**, un espace **détente / relaxation** (fauteuil de massage haut de gamme), une **salle de massage**. Enfin, un **animateur** est présent pour assurer des activités telles que jeux Wii, salon de thé, repas à thème...

C. Certaines résidentes ont bénéficié d'une prise en soin en art-thérapie à dominante musicale

De mars à juin 2013, le stage m'a permis d'intervenir à l'EHPAD Groisne Constance deux jours par semaine, le lundi de 10h à 16h et le mardi de 9h30 à 12h30. Durant les vacances scolaires, j'ai pu également effectuer des séances supplémentaires le jeudi et le vendredi, et assister à des réunions de staff concernant l'accompagnement individualisé des résidents et leur projet de vie, ou des transmissions entre les équipes du matin et du soir pour me tenir informé des souhaits ou de l'évolution de la santé des personnes qui participaient à l'atelier.

L'atelier d'art-thérapie était à dominante musicale, avec des activités d'écoute, de pratique instrumentale et de chant. J'avais à ma disposition mon propre matériel : un piano électrique transportable, des petites percussions et un ordinateur relié à un ampli.

Mon activité était divisée en séances individuelles en chambre, ou en ateliers collectifs dans la grande salle de réunion de l'institution ou dans un des salons du rez-de-chaussée. J'intervenais principalement avec des personnes atteintes de démence type Alzheimer à un stade modéré, sur proposition de la cadre de santé et de la psychologue, ou sur les conseils de l'équipe soignante.

J'ai choisi de présenter dans ce mémoire le travail avec deux résidentes, l'une en atelier individuel, et l'autre en atelier collectif.

2. Mme C. a bénéficié de 12 séances individuelles d'art-thérapie

A. La rencontre avec Mme C a permis d'établir un état de base

a) Mme C vit repliée sur elle-même dans sa chambre

Mme C. est entrée à l'EHPAD Groisne Constance le 29 juin 2010. Elle a 90 ans. Elle est veuve, mère de deux filles dont l'une vient la voir régulièrement.

Elle m'est présentée par la psychologue et la cadre de santé comme une personne de plus en plus repliée sur elle-même, qui refuse de sortir de sa chambre et qui reste de plus en plus souvent alitée.

Elle ne participe donc plus aux animations dans la structure, et n'est pas du tout à l'aise lors des repas événementiels. Elle a souhaité quitter le dernier, alors que la psychologue et sa fille avaient insisté pour qu'elle s'y rende.

Elle refuse parfois les soins de toilette le matin à cause d'une mauvaise humeur ponctuelle mais marquée.

Elle est également atteinte d'un cancer qui l'affaiblit et qui lui cause des douleurs importantes et des symptômes dépressifs.

Au niveau physique et sensoriel, si elle est très affaiblie par l'évolution de son cancer, elle entend et voit encore bien, et sait encore lire un texte même si elle a perdu l'habitude de tourner une page ce qui montre une perte progressive des repères spatio-temporels.

Lorsque je la rencontre pour la première fois, elle est allongée dans sa chambre, encore en chemise de nuit, la tête tournée vers la fenêtre et le regard absent. Elle a le visage émacié et paraît très amaigrie.

Pourtant, il a suffi d'un « bonjour » de ma part pour qu'elle se retourne vers moi, comme de retour dans cette vie, et qu'un échange, plutôt jovial, s'installe entre nous.

b) Mme C souffre de troubles mnésiques, de douleurs physiques et de désorientation

Si sa culture générale, son langage et sa mémoire des faits anciens sont remarquablement préservés, les éléments plus récents ne paraissent pas solidement engrammés dans sa mémoire. J'ai eu beaucoup de difficultés à savoir si elle me reconnaissait tout au long de la prise en soin. Elle a une mémoire de travail d'environ cinq minutes, et me demandera parfois de rechanter une chanson sans se souvenir que nous l'avions déjà chantée juste auparavant.

Toutefois, au fur et à mesure de mes visites, j'ai ressenti qu'elle avait de moins en moins de réticence à m'accepter dans sa chambre

Mme C ne veut pas que l'on ferme la porte de sa chambre mais elle est contrariée par les passages dans le couloir, râle contre les « curieux » ou les « jaloux ».

Mme C se sent physiquement diminuée et manifeste sa douleur : elle me dira parfois en début de séance qu'elle a « mal sur tout le côté gauche », ou, lorsque je lui parle de l'actualité ou du beau temps, « que ce n'est pas cela qui va [la] guérir ». Estime, affirmation et confiance en elle sont très affectées, sauf lorsque l'on évoque un sujet : la musique et le chant.

c) Mme C a chanté et a fait du théâtre dans sa jeunesse

Mme C m'est présentée par le personnel soignant comme une personne qui aime beaucoup le chant et le théâtre. Dans sa jeunesse elle participait à des représentations pendant lesquelles elle jouait puis chantait au cours des entractes. Elle chante remarquablement bien et en est consciente car beaucoup de personnes le lui ont déjà dit. Andrée, l'une des aides-soignantes présentes dans le service, me dit chanter parfois avec elle lors de ses toilettes pour la détendre et faciliter celles-ci.

L'une de ses phrases leitmotiv, notamment lorsque nous chantons ensemble, est : « quand on chante, le temps passe et on n'fait pas des bêtises », phrase révélatrice de son bien-être à ce moment-là.

Elle aime le répertoire de sa jeunesse : Tino Rossi, Berthe Sylva, Yves Montand ou encore Joséphine Baker.

Elle fréquentait aussi beaucoup les bals, notamment celui qui se tenait juste en face de chez elle, qu'elle pouvait entendre de sa fenêtre.

B. Cet état de base a permis d'élaborer une stratégie thérapeutique

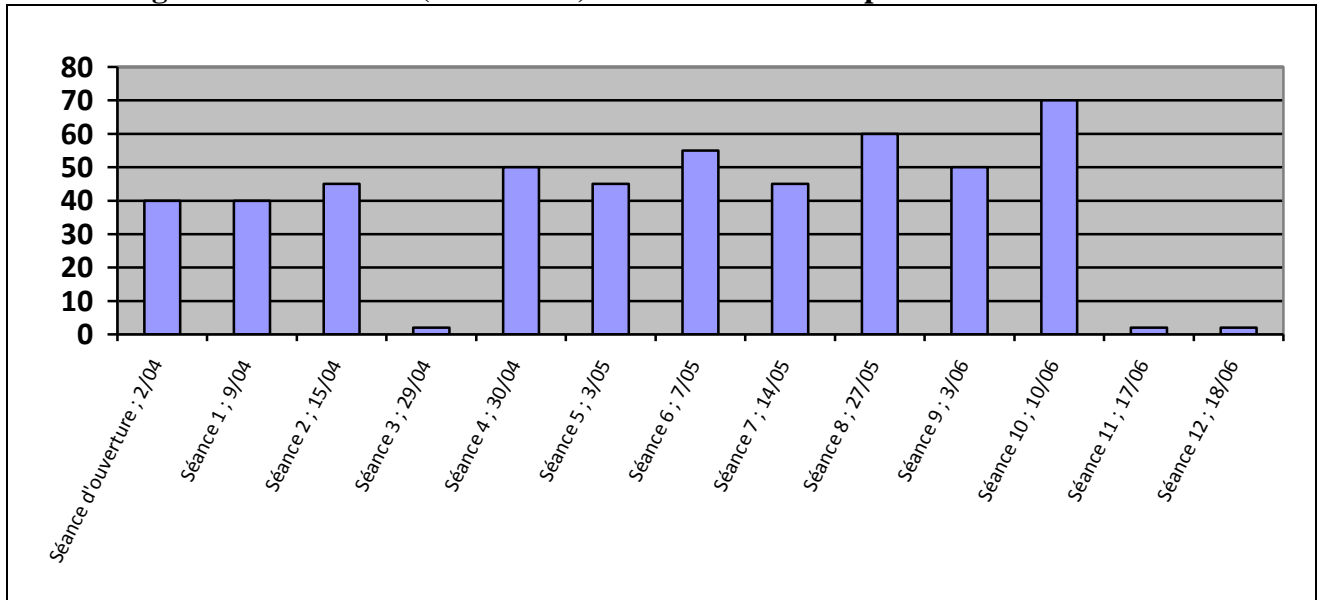
a) L'indication et le cadre thérapeutique sont posés

Après concertation avec la cadre de santé et la psychologue, il est décidé que je prendrai en soin Mme C dans sa chambre le lundi ou le mardi matin à 10h, avant sa toilette. La séance d'ouverture se tient le 2 avril, après néanmoins deux refus de sa part (un rendez-vous chez le coiffeur, et une volonté de regarder la télévision). Les séances suivantes dureront entre 2 minutes (refus de faire la séance) et 70 minutes, et s'étaleront d'avril à juin 2013. Après un refus, j'essayais

toujours de retourner voir Mme C dès le lendemain lorsque cela était possible. Ces refus pouvaient être motivés par une grande fatigue ou une envie de ne voir personne. Il m'était alors impossible, malgré mes tentatives, de commencer l'atelier. Il est à noter que je n'ai pas pu effectuer de séance de clôture avec Mme C après deux refus consécutifs dus à l'aggravation de son état de santé.

L'histogramme suivant présente la durée de ces séances.

Organisation et durée (en minutes) des séances dans la prise en soin de Mme C



La durée des séances a légèrement augmenté au fur et à mesure de la confiance que Mme C m'accordait. J'essayais toutefois de prendre congé dès que les premiers signes de fatigue se manifestaient afin de ne pas nuire à la qualité du moment partagé. La séance 10, la plus longue, correspond à la venue dans sa chambre, durant l'atelier, d'une autre résidente et d'une aide-soignante, comme nous le verrons plus loin.

b) L'objectif thérapeutique principal est la dynamisation de la sociabilité de Mme C accompagnée d'une diminution de son anxiété

L'isolement de Mme C dans sa chambre laisse craindre un déclin de ses capacités relationnelles, une anxiété accrue par rapport au monde extérieur, et une attitude de plus en plus pénible pour les soignants qui pénètrent dans ce lieu. Il est bien question ici de son estime, mais surtout de son affirmation et de sa confiance en elle, suffisamment altérées pour nourrir une peur de l'extérieur ou de l'avenir liée à la maladie, ou une rancœur vis-à-vis des personnes qui dérangeraient sa tranquillité.

c) Des objectifs intermédiaires sont la mise en mouvement du corps moteur, la stimulation et le maintien des capacités cognitives préservées

Mme C présente des capacités cognitives encore préservées par la maladie d'Alzheimer et son cancer. Elle sait encore lire même si elle ne pratique plus, sait reconnaître des airs de musique et même les chanter sans les paroles. La mémoire à long terme est préservée.

Elle peut également bouger son corps, surtout ses bras et tenir des objets en main. Il s'agit donc pour nous de mobiliser ces « parties saines », s'appuyer sur elles pour restaurer l'estime, la confiance et l'affirmation de soi, et remettre en mouvement le corps moteur et à terme l'aider à se ré-ouvrir vers l'extérieur.

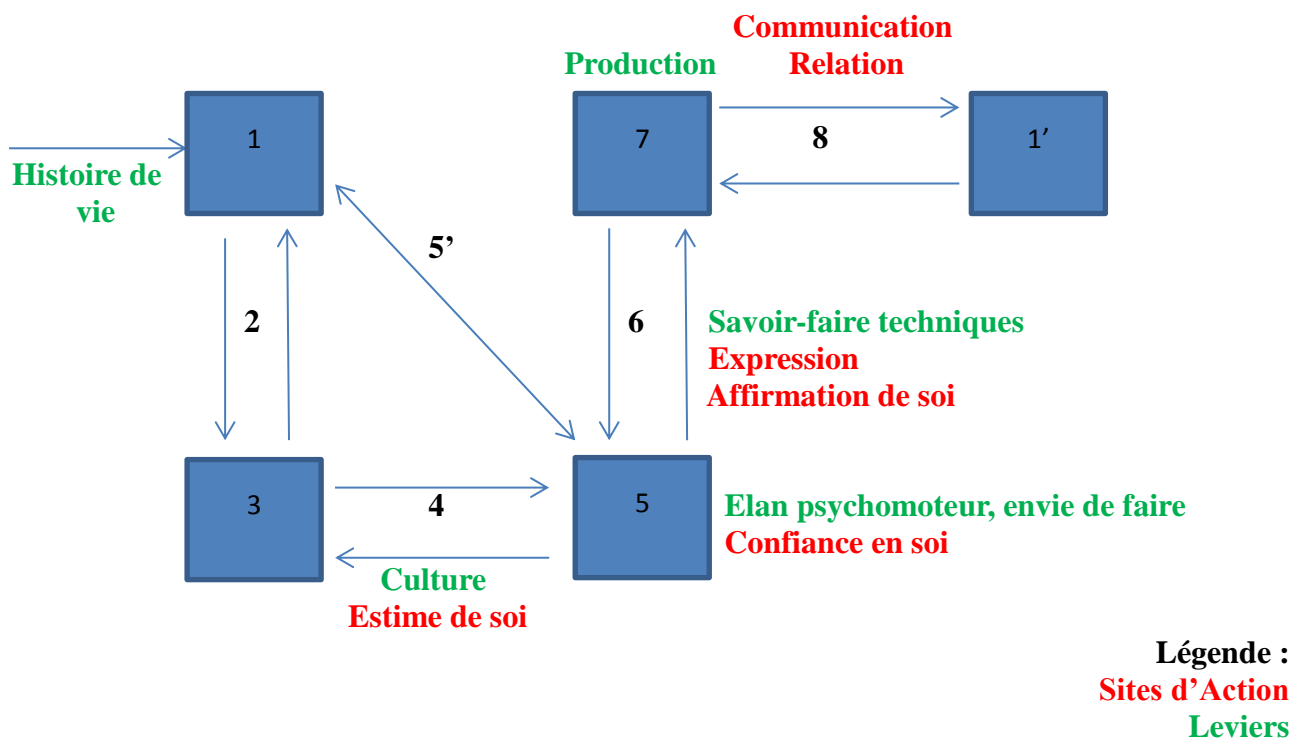
d) La stratégie thérapeutique s'appuie sur les capacités artistiques de Mme C et son goût pour le chant pour la valoriser et l'amener vers un mieux-être

Mme C aime le chant, se rappelle des airs des chansons de sa jeunesse et se souvient surtout qu'elle était aimée et appréciée pour ses prestations scéniques.

C'est donc en s'appuyant sur ses capacités artistiques et techniques reconnues que la stratégie thérapeutique vise à restaurer l'estime, la confiance, et l'affirmation d'elle-même qu'elle possédait au cours de sa jeunesse afin de dynamiser sa sociabilité et ses facultés d'expression, de communication et de relation.

La figure suivante synthétise cette stratégie au regard du schéma de l'opération artistique.

Stratégie thérapeutique mise en place pour Mme C au regard du schéma de l'opération artistique

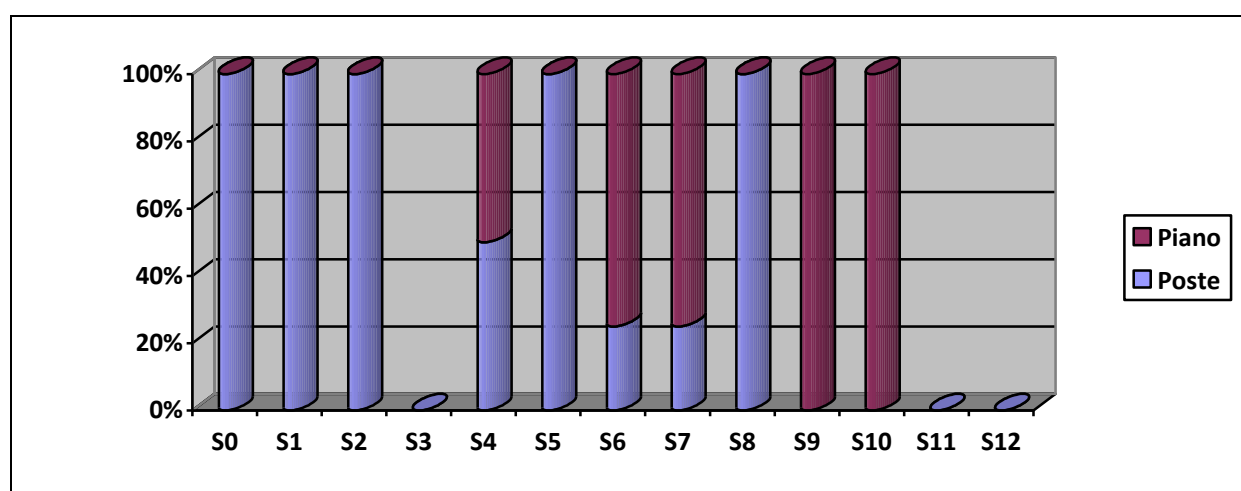


e) *La pratique vocale ainsi que la lecture sont utilisées dans le cadre de cette stratégie*

Mme C se souvient bien des airs des chansons de sa jeunesse comme évoqué précédemment. Elle sait reconnaître les chanteurs lorsqu'elle les entend dans l'appareil et arrive la plupart du temps à fredonner les refrains. Pendant les couplets elle perd un peu pied et cesse parfois de chanter quand elle est complètement perdue dans les paroles.

Après la séance d'ouverture, je lui prépare donc pour la séance 1 un classeur personnalisé portant son nom que je laisserai dans sa chambre afin que, si elle le désire ou le retrouve, elle puisse chanter toute seule. Les chansons que je pense être ses préférées sont ainsi rangées et je peux en amener de nouvelles dès qu'elle le souhaite. Ce classeur me servira également comme outil pour qu'elle exprime ses choix.

Le but recherché est qu'elle lise les paroles en même temps que la chanson est entendue dans l'appareil, et qu'à terme nous puissions pratiquer des duos piano-voix sans l'accompagnement du chanteur original, et sur l'intégralité d'une chanson. Le chant est donc la dominante, la lecture en devient le phénomène associé. L'histogramme suivant représente la part entre chant avec l'appareil et chant avec le piano durant chaque séance.



Part (en %) entre chant avec l'appareil et chant avec le piano par séance

Le piano a été introduit progressivement au cours des séances et Mme C a été très réceptive à ce nouvel exercice. Excepté les séances 5 et 8 où, au départ, elle ne voulait pas du tout faire l'atelier, nous commençons par une simple écoute puis le chant était amené progressivement ; Mme C est parvenue à chanter les chansons sans écouter les paroles. Elle suivait simplement sur son classeur (nous reviendrons plus loin sur les progrès réalisés avec celui-ci) et avait mon soutien instrumental (mélodie à la main droite et accompagnement à la main gauche). Lors des dernières séances, nous étions arrivés à un véritable duo artistique piano-voix et Mme C manifestait grandement et verbalement son contentement après avoir terminé une chanson.

C. Une évaluation des capacités cognitives, expressives et relationnelles de Mme C a été effectuée

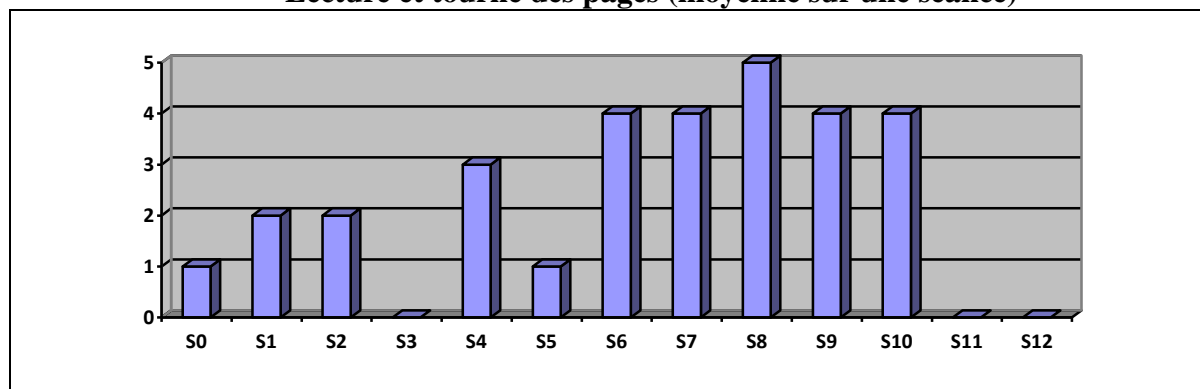
a) *Les capacités cognitives sont observées à travers la lecture*

Le classeur de chansons de Mme C a été un outil d'observation et d'évaluation de son implication dans l'activité, de sa capacité de lecture, et de ses capacités mnésiques : se souvenir des consignes que je lui avais données.

Assez involontairement au départ, les chansons que j'avais imprimées et glissées dans les pochettes du classeur comprenaient une tourne au milieu de la chanson, et parfois même un retour en arrière pour revenir au refrain. Au début, Mme C était très perturbée et s'arrêtait tout simplement en bas de la page sans penser à la tourner. Elle avait tendance à ce moment-là à se remettre à fredonner, ou même à quitter mentalement l'activité.

J'ai donc décidé dès les premières séances d'en faire un item d'observation dont la cotation sous forme d'histogramme est représentée ci-dessous.

Lecture et tourne des pages (moyenne sur une séance)



5 : lit et tourne les pages au bon moment spontanément

4 : lit et tourne les pages après explications

3 : lit mais s'arrête à la tourne

2 : lit mais s'arrête quand elle veut

1 : ne lit pas

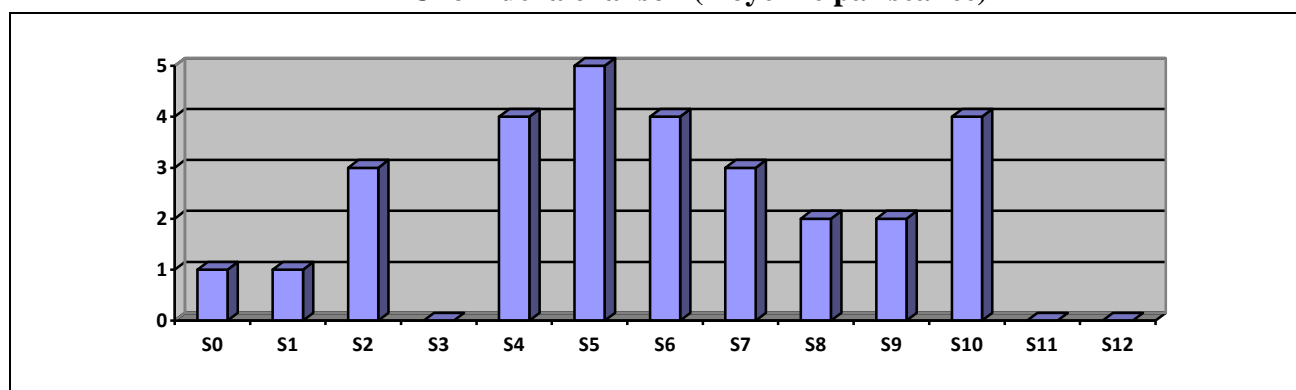
Excepté la séance 5 qui était plus spécifiquement consacrée à l'écoute à cause de la fatigue de Mme C, on peut observer des progrès dans l'utilisation et la compréhension de son classeur. Durant les séances 6 à 10, avant que nous commencions la chanson, j'avais juste à lui rappeler de bien tourner la page et nous ne nous arrêtons pas du début jusqu'à la fin. Mme C était donc bien présente et impliquée dans l'activité durant toute une chanson, soit entre 2 et 3 minutes. Cela correspondait à l'un de nos objectifs intermédiaires, le maintien et la restauration des capacités cognitives préservées, et la mise en mouvement du corps moteur en relation avec l'activité.

b) *L'expression du choix est un critère particulièrement étudié*

Il a été particulièrement difficile pour Mme C, et pour d'autres résidents rencontrés au sein de l'institution, de parvenir à faire des choix. L'estime et l'affirmation de soi sont assez détériorées et il est donc très important de remettre la personne au centre de l'activité. J'ai essayé le plus possible d'amener Mme C à faire des choix, de manière très simple et en totale confiance avec moi, en particulier sur le choix des chansons.

L'histogramme ci-dessous représente cet item et sa cotation.

Choix de la chanson (moyenne par séance)



5 : spontané

4 : choix libre dans le recueil

3 : choix assisté par un déroulé du recueil

2 : choix entre 3 propositions

1 : pas de choix

Lors des deux premières séances, il a été impossible à Mme C de choisir. Elle voulait que je mette « ce qui me faisait plaisir ». Cette situation a largement évolué avec l'utilisation du classeur comme outil. Il était rassurant pour elle d'avoir un support, que ce soit moi qui tourne les pages ou elle, et elle pouvait exercer sa capacité de choix en toute confiance. Pour avoir une plus grande variété de choix, j'avais, au tout départ, ajouté d'autres chansons que celles qu'elle m'avait demandées mais elle se tournait la plupart du temps sur ses favorites : « On n'a pas tous les jours vingt ans », « Bohémienne aux grands yeux noirs » et « Etoile des neiges ».

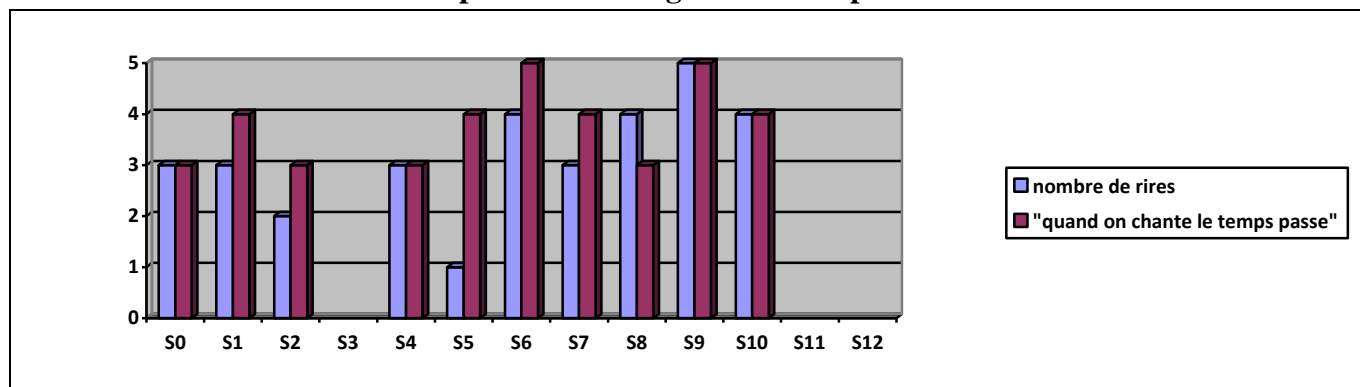
Il est à noter que la seule séance où elle fit des choix spontanés sans support fut la séance 5 où elle avait décidé de ne pratiquement pas chanter, juste d'écouter de la musique avec moi, et n'avait donc pas son classeur dans les mains.

c) Le bien-être et la relation avec le thérapeute sont également observés

Mme C souffre physiquement de son cancer et de son alitement quasi permanent. Ainsi, la plupart du temps, elle n'était pas du tout en forme quand je venais la voir, se plaignait ou bougonnait mais me laissait toujours rentrer (sauf aux séances 3, 11 et 12). Il m'a donc paru important d'observer le changement que lui apportait la séance d'art-thérapie en termes d'humeur et d'expression du bien-être.

L'histogramme suivant représente la quantification de deux items : les rires, et la phrase « quand on chante le temps passe » qui, par son ton, indiquait qu'elle passait un bon moment.

Nombre de rires par séance et signification exprimée du bon moment



Nombre de rires par séance

- 5 : + de 10
- 4 : de 7 à 9
- 3 : de 4 à 6
- 2 : de 1 à 3
- 1 : pas de rires

Nombre de fois la phrase « quand on chante le temps passe » (associé au bon) par séance

- 5 : + de 10
- 4 : de 7 à 9
- 3 : de 4 à 6
- 2 : de 1 à 3
- 1 : 0

Les variations entre les séances sont assez faibles, excepté la séance 5 où Mme C était plus fatiguée et riait beaucoup moins mais profitait quand même du moment.

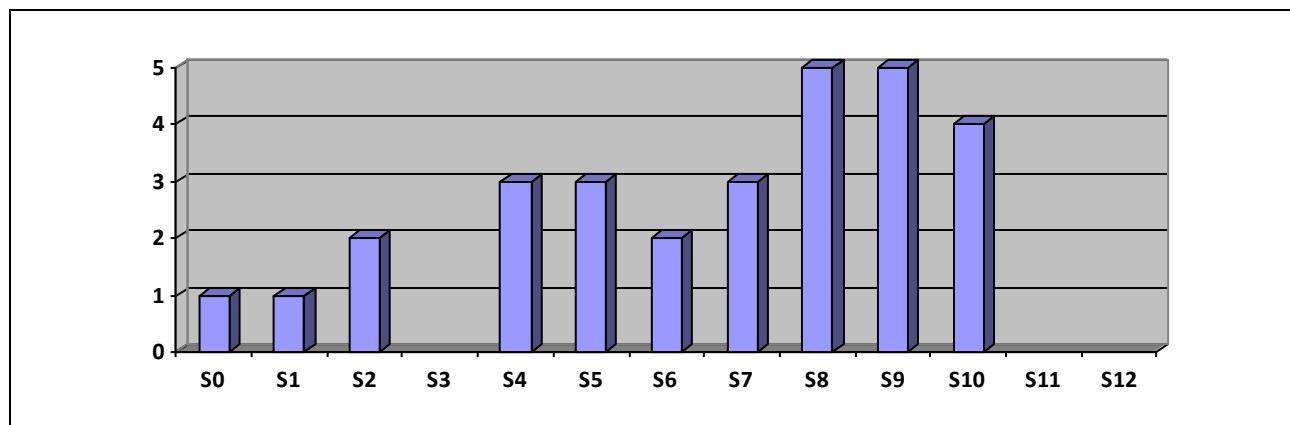
Malgré ses états d'humeur, ou l'expression de sa douleur en début de séance, Mme C, au fur et à mesure de la séance, manifestait toujours son bien-être et sa volonté que je revienne la semaine suivante. L'écoute, et surtout la pratique de la musique avait un effet sur la diminution de son anxiété et de ses plaintes quelles qu'elles soient, et nous allons voir que cela aura un impact direct sur son désir de sociabilité.

d) L'évolution de la sociabilité de Mme C est indéniable

A sa demande, la porte de la chambre de Mme C était toujours ouverte. Il m'était donc facile d'observer ses réactions par rapport aux allées et venues dans le couloir. L'objectif thérapeutique principal qu'était la dynamisation de la sociabilité de Mme C étant au cœur de ma stratégie, je lui demandais souvent si elle souhaitait qu'une autre résidente vienne l'écouter ou chanter avec elle.

Ses réactions ou ses réponses sont représentées par l'histogramme ci-dessous.

Sociabilité de Mme C



5 : demande spontanément que d'autres personnes viennent chanter avec nous

4 : accepte ma proposition que d'autres personnes viennent chanter avec nous

3 : accepte éventuellement (une prochaine séance) que d'autres personnes viennent chanter

2 : refuse ma proposition

1 : contrariée par les passages dans le couloir (« jaloux » ou « curieux »)

L'évolution entre les premières séances où Mme C est repliée et les dernières où elle demande elle-même aux personnes qui passent dans le couloir de venir chanter avec nous fut surprenante mais indéniable. Ainsi, en séance 8, Mme C, pourtant très marquée et très fatiguée en début de séance, demanda elle-même à deux dames qui passaient dans le couloir de venir chanter avec elle mais celles-ci refusèrent. Les séances 9 et 10 s'effectuèrent avec une autre résidente (différente d'une séance à l'autre) venue simplement pour écouter et profiter du spectacle et une aide-soignante venue nous rejoindre également en séance 10. Mme C fut ravie de pouvoir se produire devant quelqu'un d'autre.

e) Un bilan est fait avec l'équipe de soins et la direction

Peut-être parce qu'elle était affaiblie par l'énergie déployée les semaines précédentes, et bien sûr par l'évolution de son cancer, je n'ai pas pu effectuer de séance de clôture avec Mme C qui refusa fermement que je vienne la dernière semaine et voulait qu'on la laisse tranquille.

Néanmoins, lors d'une réunion interservices durant laquelle je présentai mon bilan, j'eus la confirmation par les équipes soignantes que mon travail était largement apprécié. Mme C était beaucoup plus détendue après mes passages et continuait même de chanter après que je sois parti. Certaines aides-soignantes utilisaient le classeur afin de faciliter la toilette et chanter avec Mme C, ce qui pourrait s'approcher d'un programme d'accompagnement de soins même s'il n'était pas formellement mis en place.

Les objectifs concernant la lecture, l'estime, l'affirmation et la confiance en soi, et la mise en mouvement du corps ont été atteints et ont contribué à cette volonté qu'avait Mme C de montrer ce qu'elle savait faire à d'autres personnes, ou tout simplement de partager un moment à plusieurs. De plus, le fait que Mme C m'ait accepté dans la chambre était déjà en soi une avancée, ce qui m'a été confirmé par la psychologue. Cela n'a pas éveillé d'idées de persécution, de sentiments d'être épiée, jugée, critiquée ou agressée, qui faisaient qu'elle refusait d'aller en salle à manger commune et en animations. De plus, qu'elle accepte d'autres résidentes dans sa chambre a été également un

progrès remarquable, dû essentiellement à la présence du média musical. De surcroît, elle me demandait à chaque fin de séance de revenir quand je le voulais.

Cependant, et les deux derniers refus le prouvent, seul un maintien de ce travail hebdomadaire et de cet atelier pourraient pérenniser ces acquis, et il faut toujours agir en s'adaptant aux aléas de l'évolution d'une maladie.

3. Mme T a bénéficié de 10 séances collectives d'art-thérapie

A. La rencontre avec Mme T a permis d'établir un état de base

a) Mme T souffre de la maladie d'Alzheimer et de dépression

Mme T est entrée à l'EHPAD Groisne Constance le 26 janvier 2011. Elle a 88 ans, est veuve et a un fils dont elle me parlera beaucoup à cause de mes cheveux frisés comme les siens. Elle a eu une jeunesse difficile, en partie à cause de sa peau noire. Cette situation s'est d'ailleurs répétée à son entrée dans l'EHPAD : certaines résidentes se moquaient d'elle et la traitaient parfois de « négresse ».

Elle m'est indiquée par la psychologue car elle est atteinte de la maladie d'Alzheimer, accompagnée de dépression. Son mal-être est criant en ce moment et, pour éviter les ruminations dépressives, elle a besoin d'attention et d'occupationnel.

Elle est très désorientée, possède peu de repères temporels et montre une tendance à la déambulation. Elle ne me reconnaît pas du tout les premières fois où nous nous rencontrons, situation qui évoluera néanmoins par la suite. Je m'étais présenté dans l'établissement en faisant deux petits concerts au piano dans la salle polyvalente de l'EHPAD. J'avais croisé ensuite Mme T plusieurs fois dans les couloirs et nous avons discuté sans qu'elle me reconnaisse. C'est lorsque qu'elle est entrée dans la salle lors de la première séance collective et qu'elle a vu le piano que son visage s'est éclairé et qu'elle m'a demandé si elle m'avait déjà vu. Dès la 2^e séance, elle reconnaissait mon visage et, lorsqu'elle me voyait, me demandait toujours : « alors, on chante ? ».

Elle dispose d'une mémoire de travail assez courte, entre 5 et 10 minutes, mais elle peut encore lire.

b) Mme T était une bonne sportive et reste en bonne santé physique

Lors de ma rencontre avec elle dans les couloirs de l'institution, elle m'explique qu'elle n'est jamais malade, qu'elle ne l'a jamais été mais que son mari lui, était toujours malade. C'est une des histoires qu'elle me racontera le plus souvent. Elle estimait qu'elle n'avait pas à se plaindre car, comparé à d'autres résidentes, elle pouvait marcher sans aide, voyait et entendait encore bien. Ce mal-être inexprimé, accentuait sans doute ses symptômes dépressifs.

C'était une grande sportive, elle courait beaucoup, et elle participe aux jeux d'adresse proposés aux Olympiades entre EHPAD. Lorsque le temps le permet, elle fait de nombreuses promenades dans le jardin mais marche avec mimétisme.

La psychologue m'indique qu'elle participe à toutes les activités possibles au sein de l'EHPAD, à toutes les animations, mais qu'elle est « partout et nulle part à la fois ». La seule activité qui ne lui plaît pas est la cuisine.

c) Mme T est une personne ouverte qui aime beaucoup chanter et danser

Lorsqu'elle se promène dans les couloirs, Mme T fredonne souvent la chanson de Ray Ventura « Tout va très bien madame la marquise » malgré son humeur dépressive. Le choix de cette chanson est d'ailleurs intéressant à souligner du fait de son contenu : « tout va très bien alors que tout va mal ». Elle me confie par ailleurs aimer beaucoup l'accordéon, chanter et danser.

Lors des deux séances d'ouverture destinées à mieux connaître ses goûts, je découvre qu'elle aime beaucoup les chanteurs de sa jeunesse : Maurice Chevalier, Ray Ventura, Henri Salvador... Elle se souvient peu des paroles des chansons, essentiellement les refrains, mais reconnaît bien les airs lorsque je les lui fais écouter. Elle aime beaucoup moins le piano seul ou la musique classique, elle préfère les chansons populaires qu'elle peut chanter. D'ailleurs, à l'époque où elle n'avait pas de poste de radio, Mme T achetait des feuillets de paroles pour les chanter seule ou à plusieurs.

Avec elle la discussion est très aisée. Elle est toujours très contente que l'on s'adresse à elle et elle tient des propos très tolérants sur différents sujets tels que la jeunesse ou l'évolution de la société. Très fermée de prime abord lorsqu'elle est prostrée sur un fauteuil ou qu'elle déambule dans les couloirs, son visage s'illumine dès que l'on s'intéresse à elle et qu'on la sort de sa routine. Elle a le sourire et le rire facile.

B. Cet état de base a permis d'élaborer une stratégie thérapeutique

a) L'indication et le cadre thérapeutique sont posés

Les séances d'ouverture, consacrées principalement à l'écoute de musique et à la présentation des instruments que j'ai apportés pour mieux cerner ses goûts et ses envies, ont lieu les 12 et 18 mars.

A la suite de ces séances, nous convenons, en accord avec la psychologue et la cadre de santé, qu'elle participera toutes les semaines à un atelier de groupe le lundi de 14h à 15h30 (exceptionnellement le mardi) qui mêlera musique et chant.

Cet atelier aura pour but d'être le plus sécurisant possible afin de créer une confiance mutuelle entre les participants, et entre participants et thérapeute. Cette confiance permettra la libération de la parole, sans jugement, et bien sûr à l'expression artistique, chantée.

b) L'objectif thérapeutique principal est la dynamisation de la sociabilité de Mme T accompagnée d'une diminution des symptômes dépressifs

En dehors des temps d'activités ou d'animations, Mme T est souvent seule dans les couloirs ou dans le jardin de l'institution, ce qui renforce ses ruminations dépressives. L'objectif thérapeutique principal est donc de l'inscrire dans une activité de groupe où les échanges seront nombreux, et dans un projet dont elle sera l'un des éléments moteurs afin de valoriser ses capacités et de créer une boucle de renforcement. La restauration de l'estime, l'affirmation et la confiance en elle-même permettra de dynamiser sa sociabilité, de se tourner vers les autres, et donc de diminuer ses symptômes dépressifs ou de réguler sa thymie, de l'apaiser.

Il est important de différencier ce temps des autres activités « occupationnelles » où elle est présente mais sans s'investir totalement.

c) Des objectifs intermédiaires sont la mise en mouvement du corps moteur, la valorisation de l'histoire de vie et la stimulation des capacités mnésiques et cognitives préservées

Mme T est parfaitement capable de soutenir une discussion sur des sujets variés, faisant appel à son expérience. Elle est apte à élaborer des raisonnements et à formuler des jugements si elle est stimulée en ce sens. Sa mémoire à long terme est encore préservée. L'atelier aura donc pour but de faire appel à ses souvenirs par des chansons évocatrices, et de faire partager aux autres son histoire de vie dans le but de restaurer l'estime, l'affirmation, et la confiance en elle-même.

L'utilisation de livrets de paroles, semblables à ceux de sa jeunesse, permet une stimulation des fonctions cognitives préservées, et notamment la lecture en rythme avec la musique entendue. Ils permettent aussi un réapprentissage du repérage dans les chansons et notamment des notions de couplets et refrains (en bleu), afin de travailler l'orientation spatio-temporelle.

Les petites percussions utilisées permettent la mise en mouvement du corps moteur, une gestuelle précise pour un rendu sonore agréable.

d) La stratégie thérapeutique s'appuie sur le goût pour le chant de Mme T, une dynamique de groupe et un cadre sécurisant

En s'appuyant sur le goût pour le chant et la mémoire à long terme préservée de Mme T, la stratégie thérapeutique vise à l'inscrire dans une dynamique de groupe et un cadre sécurisant pour restaurer ses facultés d'expression, de communication et de relation. Elle vise aussi à lui faire prendre des décisions qui auront une influence sur le groupe afin qu'elle prenne part pleinement à l'activité, qu'elle soit actrice et non simplement spectatrice, toujours dans le but de diminuer ses symptômes dépressifs.

Dans le cadre de cette stratégie, l'atelier est ouvert à d'autres résidentes ayant moins de pénalités*, dans le but de stimuler les interactions sociales des personnes prises en soin. Mme T seule, ou avec les deux autres personnes prises en soin n'aurait certainement pas été active aussi vite. C'est en voyant les autres faire, et avec mes recommandations qu'elle s'est laissée aller dans l'activité et qu'elle a pu échanger très rapidement.

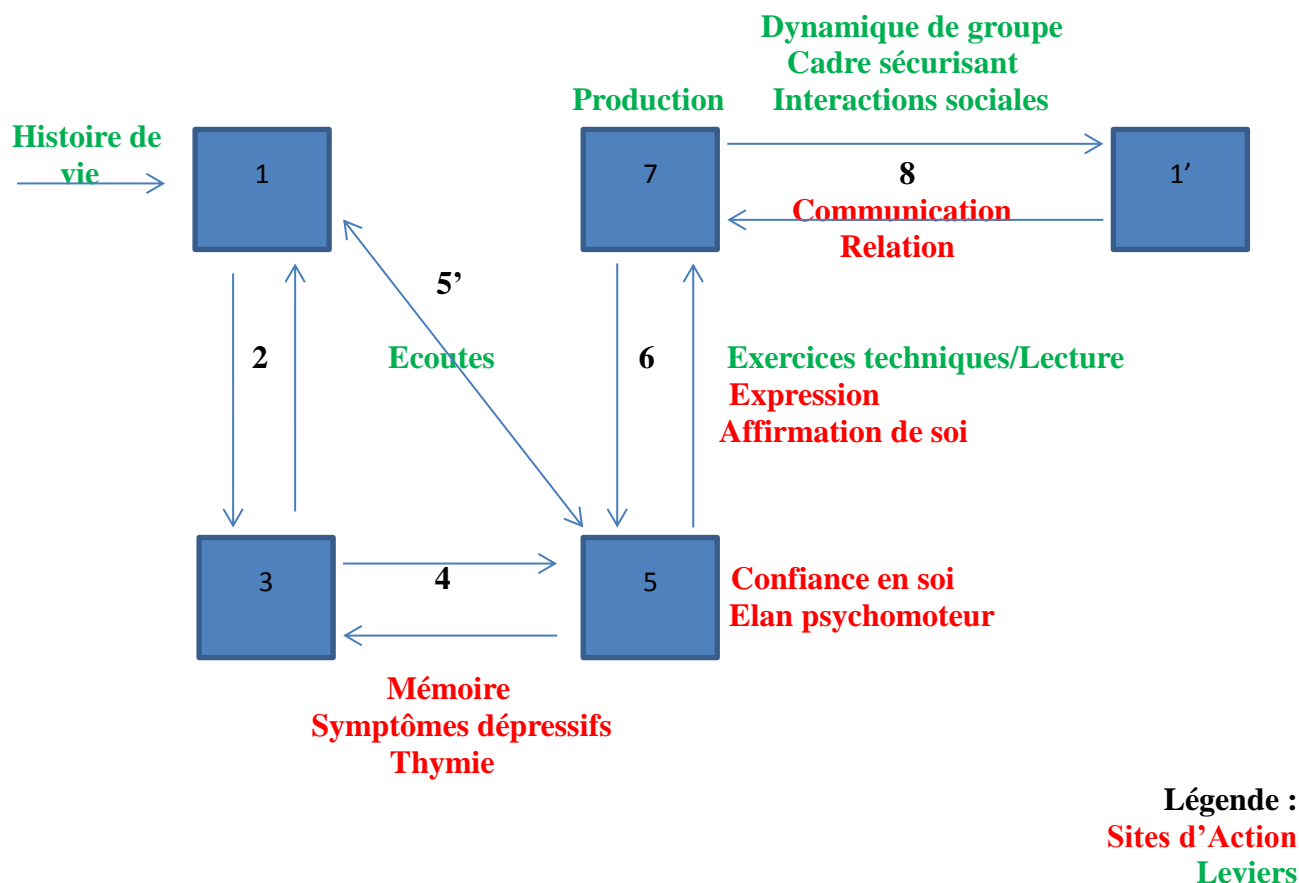
Néanmoins, l'atelier était clairement orienté vers les trois personnes suivies en art-thérapie (dont Mme T) et construit autour d'elles et de leurs aspirations. De même, mes observations étaient centrées sur ces trois résidentes et non sur les autres (qui profitaient de fait d'un atelier d'animation), pour ne pas perdre des éléments ou des faits importants les concernant durant la séance.

Ce parti pris pourrait m'être reproché, mais il était nécessaire pour mettre en place une dynamique au départ et pour créer des liens d'entraide entre les différentes participantes.

Il a fallu cependant que je veille à l'équilibre du groupe, que Mme T ne se retrouve pas dans une boucle d'inhibition par rapport aux autres. Cela ne s'est jamais produit grâce notamment au cadre très sécurisant dans lequel tout le monde se trouvait.

La figure suivante synthétise cette stratégie au regard du schéma de l'opération artistique.

**Stratégie thérapeutique mise en place pour Mme T
Au regard du schéma de l'opération artistique**



e) *La pratique vocale en groupe, la lecture et quelques jeux instrumentaux sont utilisés dans le cadre de cette stratégie : déroulement des séances collectives*

Pour créer un rituel et des repères toujours identiques, le déroulement global de chaque séance est le même à chaque fois.

Le matin, je distribue des invitations aux personnes concernées leur rappelant l'heure, le lieu, et le but de l'atelier. Je précise également que je viendrai les chercher personnellement. Ce premier contact me permet d'évaluer rapidement l'humeur de chacun, mais crée aussi une envie chez ces personnes ainsi que le sentiment d'être attendues quelque part, d'avoir un rendez-vous, et donc de poser des repères dans le temps et dans l'espace. Ce simple papier, et je ne l'avais pas saisi complètement au départ, avait une vraie valeur pour les résidentes, et elles voulaient toujours me le donner (ou le retrouver) comme un sésame à l'heure de l'atelier.

Je vais ensuite les chercher à leur étage entre 13h45 et 14h, pour leur rappeler la séance et leur laisser le temps de se préparer rapidement. Nous descendons alors tous ensemble au rez-de-chaussée dans la salle de l'atelier et je profite de ce moment pour échanger et créer des interactions entre elles, pour plaisanter même parfois.

La séance commence toujours par un échauffement corporel et vocal afin de réellement solliciter les unes et les autres. Ce moment, devenu rituel au fil des séances, sera de mieux en mieux suivi et donnera lieu à des moments de relaxation, d'apaisement, et parfois à d'intenses rires collectifs selon l'humeur des participantes.

J'avais prévu au départ de m'appuyer sur 3 axes de travail dans cette séance : de la pratique instrumentale avec de petites percussions, de la pratique vocale, notamment sur des chansons populaires, et de la danse en fin de séance. Mais peu à peu, la pratique vocale a pris toute la place en raison du peu d'intérêt manifeste des résidentes pour les percussions, de mes compétences très vite limitées en danse et de la présence de personnes en fauteuil roulant, ce qui, à mon sens, aurait créé un déséquilibre et aurait nui à l'homogénéité du groupe. Dès la 2e séance, je fournis aux participantes un classeur personnalisé avec leur nom et des couleurs différentes, avec un calendrier des séances où nous mettions au fur et à mesure les nouvelles chansons apprises. La taille de police d'écriture des chansons était assez grande (Times New Roman 28, 36 ou 48) pour faciliter la lecture, mais cela impliquait des tournes de pages sur lesquelles je reviendrai. Les refrains étaient toujours en bleu, les couplets en noir pour faciliter leur repérage. Elles gardaient ce classeur dans leur chambre entre les ateliers.

L'atelier était assez directif au départ, nous chantions dans l'ordre du classeur et j'accompagnais au piano mais je laissais toujours un temps d'échange entre chaque chanson. Ce pouvait être pour l'expression du plaisir ressenti (à la fois dans l'écoute et dans le fait de chanter avec un accompagnateur), mais également pour évoquer des souvenirs liés à ces chansons et ainsi valoriser l'histoire de vie des participantes. Progressivement, ces moments sont devenus très riches lorsque les personnes se sont senties très sécurisées dans ce cadre, et ont permis de tisser des liens qui persistaient entre les séances. L'atelier étant commun aux 3 étages de l'établissement, il a permis à de nouvelles résidentes de se rencontrer. Le choix des chansons se fit ensuite très vite en commun selon l'envie des participantes.

La séance se clôturait toujours par la reprise d'une chanson choisie par une résidente en particulier : j'impliquais alors plus fortement les 3 résidentes prises en soin, dont Mme T, ou en commun après discussion entre les résidentes.

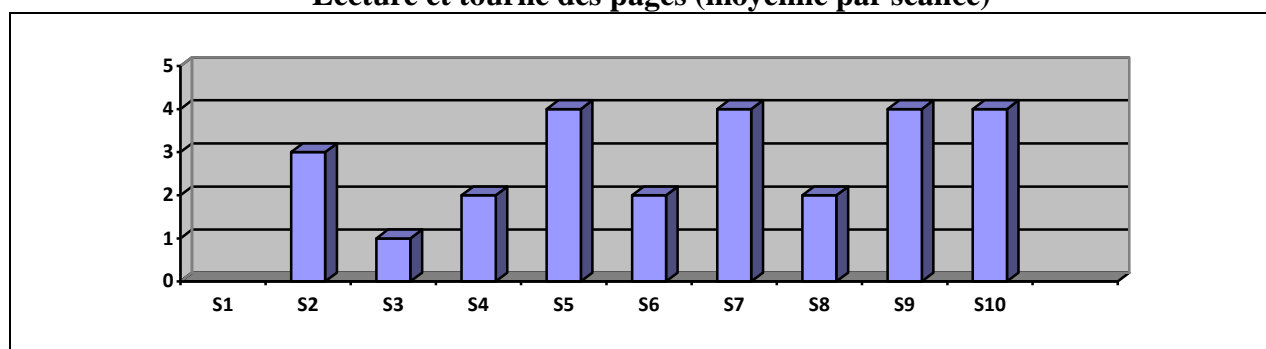
C. Une évaluation des capacités cognitives, expressives et relationnelles de Mme T a été effectuée

a) Les capacités cognitives sont observées à travers la lecture

Comme pour le cas de Mme C, la lecture et le suivi des paroles dans le classeur sont révélateurs de la dégradation des repères spatio-temporels, de leur maintien, ou de leur progression. Le classeur est ici aussi un outil d'observation et d'évaluation de son implication dans l'activité. Il est facile de voir quand la personne oublie de tourner la page, ou décide de ne plus suivre, et il est possible de le quantifier.

L'histogramme ci-dessous retranscrit les facultés de lecture et de tourne de pages.

Lecture et tourne des pages (moyenne par séance)



5 : lit et tourne les pages au bon moment spontanément

4 : lit et tourne les pages après explications

3 : lit mais s'arrête à la tourne

2 : lit mais se perd

1 : ne lit pas

La première séance n'est pas cotée par manque d'observation.

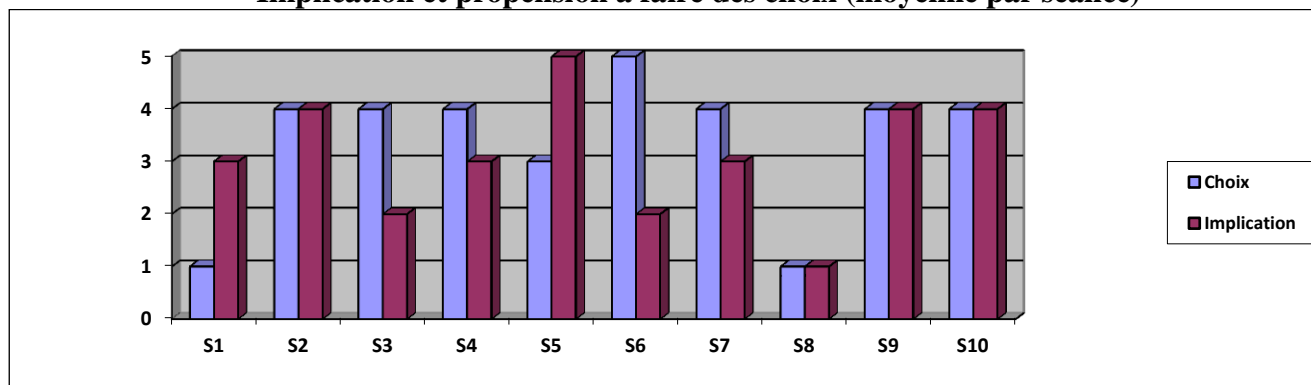
Mme T n'est jamais parvenue à tourner spontanément les pages du classeur sans que je le lui rappelle en début de chanson. Néanmoins, elle est parvenue progressivement à maîtriser cet outil en fin de prise de soin. Il lui arrivait même de me dire lorsque je venais la chercher qu'elle révisait avec le classeur comme autrefois avec ses livrets de chanson. Elle s'était réellement appropriée l'objet. Quelques exceptions cependant : la séance 6 correspond à un manque d'investissement à cause de son dentier mal fixé qui la gênait, et la séance 8 à cause d'une grande fatigue.

b) L'investissement dans l'activité et la capacité de choix sont importants et particulièrement observés

L'un des objectifs avec Mme T était qu'elle soit totalement investie dans l'atelier, qu'elle participe, donne son avis, et ne reste pas dans une activité seulement occupationnelle, où elle resterait spectatrice. J'ai donc essayé de la stimuler en douceur quand elle ne faisait pas les exercices pour qu'elle reste bien dans le groupe, et de l'impliquer le plus possible sans brusquerie afin qu'elle fasse des choix pour le groupe.

Ces deux faisceaux d'items qualitatifs sont représentés dans l'histogramme suivant.

Implication et propension à faire des choix (moyenne par séance)



Propension à faire des choix

5 : proposition spontanée, prise d'initiative

4 : choix libre après demande de l'Art-th

3 : choix entre plusieurs propositions de l'Art-th

2 : difficultés pour exprimer son choix

1 : n'exprime pas son choix

Implication durant l'atelier

5 : grande volonté de faire, très active

4 : volonté de faire, active

3 : active mais besoin d'être sollicitée

2 : décrochages réguliers dans l'activité

1 : absente

Comme beaucoup de personnes âgées en institution, Mme T a eu des difficultés à faire des choix lors de la première séance et voulait plus faire plaisir au thérapeute qu'à elle-même. Mais très vite, elle s'est sentie suffisamment en confiance pour répondre à mes sollicitations et n'a jamais eu de difficultés pour exprimer ses envies en termes de chansons ou en termes d'accompagnement. Je laissais en effet parfois au groupe le choix entre un accompagnement classique au piano ou un accompagnement piano/mélodica ou piano/percussions. Cela l'amusait beaucoup et elle préférait souvent le piano seul. Il est d'ailleurs intéressant de noter que lors de la séance 6, alors qu'elle était gênée par son dentier et donc moins impliquée dans l'activité chant, elle prit l'initiative de choisir plusieurs fois la chanson que nous ferions ensuite, comme pour compenser.

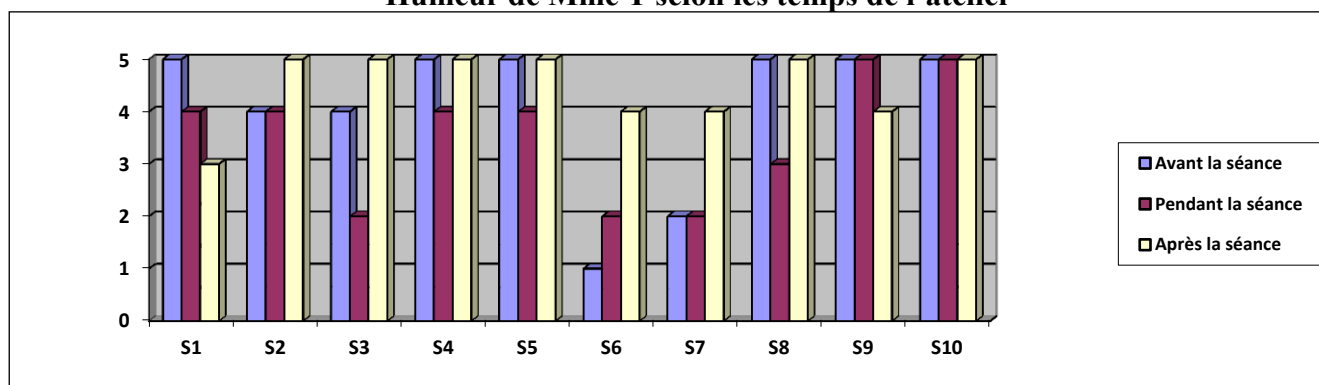
En ce qui concerne l'implication et l'investissement dans l'atelier, Mme T s'est vite sentie à l'aise au sein du groupe. Si j'avais besoin de la solliciter au départ, on note sur les deux dernières séances une volonté de faire, tant dans les échauffements que dans les chants, et dès lors n'était donc plus là en tant que spectatrice.

c) L'humeur, avant, pendant et après la séance est observée afin d'évaluer l'effet des séances sur Mme T

L'atelier d'art-thérapie avait pour but de diminuer les symptômes dépressifs de Mme T par une activité qui lui plaisait, et une expression qui lui permettait de formuler ses ressentis. Il était donc intéressant d'observer par des faisceaux d'items (sourires, regard, posture du corps) son humeur avant (temps de trajet vers l'atelier), pendant, et après (temps de raccompagnement dans les étages) les séances. Je n'étais malheureusement plus présent à l'EHPAD une heure après l'activité mais cette observation, à posteriori, aurait pu aussi être intéressante.

Ces observations sont représentées ci-dessous.

Humeur de Mme T selon les temps de l'atelier



Humeur avant la séance

5 : impatiente
4 : souriante
3 : neutre
2 : contrariée
1 : anxieuse

Humeur pendant la séance

5 : bien-être verbalisé
4 : souriante
3 : neutre
2 : contrariée
1 : anxieuse

Humeur après la séance

5 : bien-être verbalisé
4 : souriante
3 : neutre
2 : contrariée
1 : anxieuse

Mme T était toujours souriante en venant en atelier car elle avait l'impression d'être attendue quelque part grâce à l'invitation et elle savait qu'elle allait faire quelque chose qu'elle aimait. De même, elle m'avait associé au fur et à mesure de nos rencontres à quelque chose de bon. Même s'il lui était difficile de se remémorer exactement ce que nous allions faire, que je vienne la chercher et lui demande son classeur de paroles lui était déjà agréable. Nous pourrions dire que l'effet de l'atelier commençait avant l'atelier, ou que le temps de trajet faisait partie de l'atelier d'art-thérapie. Les seules exceptions à cette constante furent les séances 6 et 7 où Mme T était très contrariée par son dentier mal-fixé.

Pendant l'atelier, elle était le plus souvent souriante, sans forcément exprimer son bien-être verbalement, mais en présentait tous les signes extérieurs. Elle fit part de son contentement durant les deux dernières séances peut-être parce que j'avais précisé au début qu'il s'agissait des dernières.

Enfin, et s'il faut toujours prendre un peu de recul par rapport à la surestimation du Bon chez Mme T, elle me répétait toujours combien cela avait été agréable de chanter et d'écouter le piano. Elle aimait cette situation où elle était à la fois auditrice de la musique (elle me complimentait beaucoup) et actrice par son chant.

L'atelier avait donc bien un effet direct sur son humeur, du moment où j'allais la chercher jusqu'à ce que je la raccompagne.

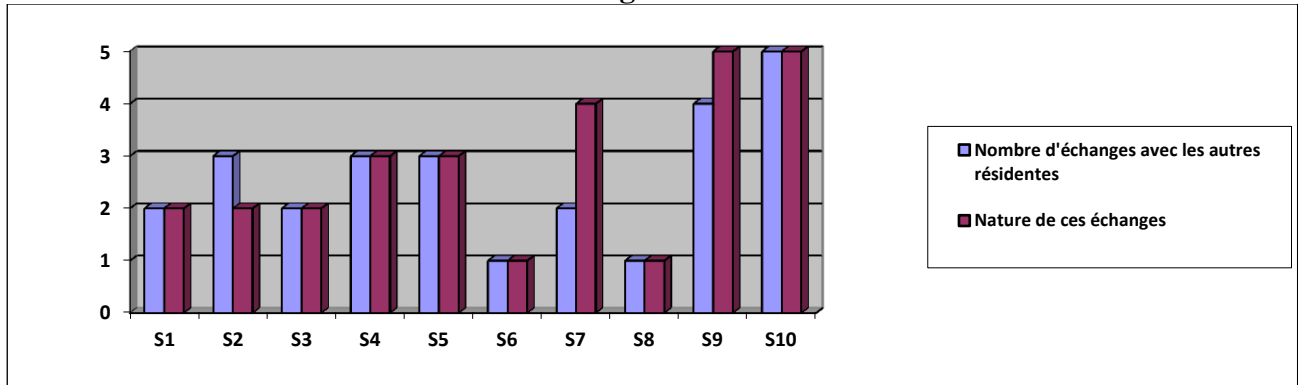
Je m'interroge toutefois à propos de la séance 8. Alors qu'elle était impatiente de venir, Mme T, très fatiguée, ne put réellement prendre part à la séance. Cependant, alors que je la raccompagnais, elle exprima un bien-être que je ne pus interpréter de façon certaine. Était-elle heureuse d'avoir juste écouté ou me tenait-elle un discours convenu pour me remercier d'être venu faire l'atelier ?

d) La sociabilité, objectif principal, est étudiée avec soin

Afin d'évaluer le plus finement la sociabilité de Mme T au sein du groupe, j'ai choisi d'observer un item et un faisceau d'items.

Le premier est quantitatif, il concerne tout simplement le nombre d'échanges que Mme T a pu avoir avec les autres résidentes à chaque séance. Le deuxième concerne la nature de ses échanges et est donc qualitatif.

Nombre et Nature des échanges entre Mme T et les autres résidentes



Echanges avec les autres résidentes

- 5 : très nombreux (+ de 10)
- 4 : nombreux (7 à 9)
- 3 : présents (4 à 6)
- 2 : rares (1 à 3)
- 1 : inexistant

Nature des échanges avec les autres résidentes

- 5 : plaisanteries et rires
- 4 : sympathie
- 3 : cordialité
- 2 : neutres
- 1 : inexistant

Mme T, comme toutes les participantes d'ailleurs, était d'abord réticente à prendre la parole en groupe. Même si elle ne se souvenait pas distinctement des séances passées, le climat de confiance qui s'est installé au fur et à mesure de la prise en soin l'a incité à libérer sa parole, à échanger des souvenirs, ou des points de vue artistiques sur les chansons avec les autres résidentes. Ces progrès ont été notables lors des deux dernières séances (S9 et S10) durant lesquelles Mme T a été l'une des participantes les plus actives, prenant la parole spontanément sans que je l'interroge pour faire part aux autres de ses impressions et de son ressenti. Il est donc dommage que cette prise en soin se soit arrêtée à la fin du stage car Mme T avait pris une importance et un rôle au sein du groupe : l'objectif principal qui avait été fixé était donc atteint, mais il n'était pas tout à fait consolidé. Cette situation demeurerait fragile et il aurait fallu des séances supplémentaires pour qu'elle se sente, à chaque fois, complètement à l'aise avec les autres et que cette impression se pérennise.

e) Un bilan est fait avec l'équipe de soins et la direction

Mme T a beaucoup apprécié ces séances en groupe : choisir des chansons de sa jeunesse, chanter à plusieurs en écoutant le piano, échanger avec les autres résidentes. La réunion interservices m'a permis d'exposer ces résultats et notamment l'amélioration de la thymie de Mme T dès l'instant où j'évoquais l'atelier de l'après-midi, ou que l'on se croisait dans les couloirs.

Cependant, et comme déjà évoqué, ces progrès auraient perduré si l'atelier avait été maintenu sur plusieurs mois. Mme T perd très vite ses acquis et il est indispensable d'avoir une continuité dans le travail et dans la relation avec le thérapeute pour ne pas perdre assez vite les bénéfices de la prise en soin.

De plus, et avec le recul, je regrette de n'avoir pas plus insisté pour une prise en soin individuelle avec Mme T (qu'elle refusait), où elle aurait pu peut-être mieux se livrer. Cette prise en soin individuelle aurait été à discuter avec la psychologue pour évaluer le risque d'une aggravation de son état dépressif à la fin de mon stage, ma présence dans l'établissement étant limitée dans le temps.

III- La prise en soin en art-thérapie à dominante musicale auprès de personnes atteintes de DTA mérite d'être critiquée au regard d'un recul nécessaire et d'autres expériences similaires ayant été menées

Cette troisième partie m'amène à discuter mon expérience d'art-thérapie à l'EHPAD Groisne Constance au regard d'autres expériences déjà menées ou de la littérature existante sur le sujet. Cette mise en perspective m'a apporté des confirmations, mais aussi de nombreuses interrogations ou remises en question que j'ai souhaité développer ici : la confrontation d'une expérience personnelle à des fondements théoriques.

1. La prise en soin en art-thérapie à dominante musicale auprès de personnes atteintes de DTA a déjà fait ses preuves

A. La prise en soin en art-thérapie à dominante musicale répond aux besoins des personnes âgées

a) Les personnes âgées ont un besoin d'esthétique

S'il se situe dans le haut de la Pyramide de Maslow, et n'est donc pas classé comme besoin primaire, le besoin d'esthétique reste très important chez les personnes âgées. Celles-ci restent très sensibles à la beauté d'autant plus que, dans notre société, la vieillesse est associée à la laideur. Il a suffi que je me promène dans les couloirs de l'institution pour voir combien les remarques sur les vêtements ou la coiffure étaient très appréciées. Le salon de coiffure, au sein même des locaux de l'EHPAD est d'ailleurs un endroit très prisé par les résidentes. Mme T avait aussi pris l'habitude de se coiffer lorsque je venais la chercher pour les ateliers collectifs.

Ce besoin d'esthétique a été stimulé lorsque j'ai installé pour la première fois le piano au sein de la salle polyvalente lors du moment du goûter. Beaucoup de personnes avaient envie de découvrir de nouveaux airs, « vivants », autres que ceux de leurs postes radio et cela me conforta dans l'idée que le futur atelier serait intéressant.

De même, lors d'une séance collective en atelier, les personnes furent ravies de découvrir tous les instruments que je leur avais amenés et que je leur présentais même si elles souhaitaient en rester au stade de l'observation.

Enfin, les échanges lors des ateliers collectifs après chaque chanson où chacun exprimait ses goûts et ses ressentis, entraînaient une réelle interaction verbale au sein du groupe et créaient un espace de socialisation, et un sentiment d'appartenance à une époque, à une génération qu'elles étaient contentes aussi de me faire partager.

b) Les personnes âgées ont un besoin d'appartenance, d'être aimées

Comme déjà évoqué, la personne âgée placée en institution peut se sentir abandonnée, délaissée à la fois par la société et/ou sa famille. Cela peut l'amener à ne plus se sentir « aimée » malgré le dévouement du personnel soignant.

Les séances collectives répondent parfaitement à ce besoin. En exploitant le vécu de chacun en relation avec la musique, nous pouvons retrouver des émotions enfouies ou des événements témoins de notre passé que nous pouvons faire partager. De plus, le cadre des séances par le lieu et le rythme, la qualité des relations établies entre résidentes et art-thérapeute, et le contenu avec l'audition d'œuvres ou le chant, apportent non seulement du plaisir, mais aussi ce sentiment d'appartenance dans ce temps de regroupement, de resocialisation autour de ce projet chansons.

Comme je l'ai expérimenté, le simple fait d'être dans l'attente de la séance, notamment par les invitations que je distribuais, de se préparer mentalement à l'activité (« alors on chante ? » lorsque je croisais les résidentes dans les couloirs) ou de parler de son vécu, donnent le sentiment d'avoir encore quelque chose à faire avec les autres, d'appartenir à un groupe donc d'exister socialement, d'être relié, et donc d'être aimé.

c) Les personnes âgées ont besoin d'estime, de confiance et d'affirmation de soi

La vieillesse, avec ses dégradations physiques, physiologiques et psychiques fait diminuer l'estime, la confiance et l'affirmation de soi. La vision de la société actuelle sur la vieillesse donne aussi un écho très fort à ce ressenti.

Les ateliers d'art-thérapie à dominante musicale, collectifs ou individuels, menés au sein de l'EHPAD Groisne Constance ont proposé de réhabiliter ces capacités en menant des activités qui restaurent notamment cette confiance.

La présence de l'art-thérapeute en tant que musicien et accompagnateur a d'ailleurs été particulièrement décisive dans ce processus. Lors des ateliers collectifs, lorsque je proposais d'écouter une nouvelle chanson et de la chanter avec l'appareil, les personnes étaient beaucoup moins libérées car même si je chantais avec elle, je demeurais tout de même un regard extérieur et donc potentiellement critique. Par contre, dès lors que je passais derrière le piano (j'étais tout de même en face d'elle pour garder le contact visuel), je devenais un soutien, un réel « accompagnant » et les résidentes prenaient beaucoup plus de plaisir (puissance du chant, sourires, suivi des paroles). Le terme « accompagnant » doit toutefois être compris au sens strictement musical car c'est lors de ces moments que les personnes étaient finalement les plus autonomes. Je n'étais pas là pour les juger ou les aider mais pour faire une œuvre musicale avec elles. Le plaisir a été partagé et est devenu le moteur de la restauration de l'estime, de la confiance et de l'affirmation de ces personnes. Les progrès ont été d'ailleurs remarquables dans « l'oser faire » et la prise de risque raisonnable tout au long de la prise en soin, soutenus par mes remarques ou félicitations pour leur participation et leurs réalisations. Le piano faisait partie intégrante de cette boucle de renforcement, il a un vrai pouvoir d'entraînement. Les participantes appréciaient de voir l'instrument et le thérapeute qui savait en jouer.

Il est également primordial de donner progressivement des responsabilités aux personnes au sein du groupe, en leur donnant la possibilité de faire des choix pour influencer sur la direction à prendre. Il a été impossible au départ pour les résidentes d'exprimer leurs goûts spontanément lorsque je leur posais la question.

Mais en passant par différentes étapes - choisir lequel des morceaux écoutés leur plaisait le plus, choisir une chanson parmi une liste, citer leur chanteur préféré - il est possible de laisser peu à peu « diriger » l'atelier par les personnes qui y participent. L'art-thérapeute doit peu à peu s'effacer, devenir moins directif, au service de la volonté nouvelle ou retrouvée, exprimée de la personne.

d) Les personnes âgées ont des besoins cognitifs

Les besoins cognitifs sont liés à des fonctions telles que la mémoire, le jugement, l'analyse, la synthèse et les fonctions exécutives. Dans le cas de DTA, ces fonctions ont besoin d'être mobilisées pour ralentir leur détérioration. En effet, la non-mobilisation de ces mécanismes entraîne une accélération du déclin cognitif et des altérations de la mémoire (amnésies, agnosie, apraxie... déjà évoquées). L'art-thérapie à dominante musicale a pour but de repousser le manque d'activité et de stimuler les fonctions cognitives par la découverte de musiques, d'instruments, par l'expression verbale et par la manipulation de petits instruments, mais aussi par l'évocation de souvenirs anciens que les chansons connues peuvent raviver.

Si les personnes prises en soin n'avaient pas beaucoup manipulé les instruments, elles prenaient comme un jeu le fait de retrouver le nom de l'objet si elles le connaissaient (ce qui amenait une certaine valorisation) ou de deviner le son qu'il allait produire si elles ne le connaissaient pas. Il aurait été intéressant de développer davantage cet espace dans la séance pour la mise en mouvement du corps, pour provoquer une poussée corporelle* et des gestes maîtrisés, précis et rythmés. Cela aurait pu induire un travail sur le ressenti corporel* et la structure corporelle*.

Concernant l'évocation de souvenirs anciens, cet espace de parole n'est pas à rapprocher d'une psychothérapie à support artistique, le but n'étant pas d'analyser à proprement parler les échanges selon une grille d'évaluation. Il s'agit plutôt d'amener les personnes vers d'autres conversations que les anecdotes racontées tous les jours, de les faire sortir du syndrome du « disque rayé » à travers une stimulation nouvelle.

- Alors qu'elle demeurait habituellement très désorientée, une des résidentes a ainsi pu évoquer dans les moindres détails tous les concerts de Ray Ventura auxquels elle avait assisté lorsqu'elle habitait à Paris
- C'est aussi une chanson espagnole qui lui a rappelé une période de sa vie là-bas qu'elle a pris plaisir à expliquer.
- Mme T, dont l'étude de cas est exposée en deuxième partie, nous a raconté le système de cahiers de chansons qui existait à son époque dans les campagnes et qui remplaçait la radio. Certaines résidentes se sont retrouvées dans ce récit.
- Mme R, présente parfois dans les ateliers collectifs nous a chanté une chanson en patois de son enfance.

Cet espace était donc non seulement un moyen de stimuler leurs capacités mnésiques, mais c'était aussi à rapprocher du besoin d'estime, de confiance et d'affirmation de soi par la valorisation de leurs histoires de vie qu'elles exposaient aux autres.

B. L'art-thérapie permet de mettre en œuvre des apprentissages implicites

Une étude récente menée par Aline Moussard, Doctorante en Psychologie Cognitive et Neuropsychologie de l'université de Bourgogne sur les effets de la musique sur la mémoire verbale et gestuelle dans le vieillissement normal et la maladie d'Alzheimer, ouvre un champ d'action original dans les stratégies de stimulation cognitive chez ces patients¹⁹. Cette recherche met en évidence que les apprentissages implicites (le sujet apprend sans intention ni conscience²⁰) ne sont pas affectés par les maladies touchant les fonctions mnésiques. Il s'agit de développer les capacités d'apprentissage implicite en faisant très peu appel aux autres fonctions cognitives : mémoire de travail, fonctions attentionnelles...²¹

Ces termes et ces stratégies sont donc empruntés à la psychologie et ne concernent à priori pas l'art-thérapeute. Cependant, certains éléments peuvent être repris et adaptés en art-thérapie et c'était l'un des axes de mes prises en soin. La musique et l'expression musicale peuvent être un levier thérapeutique qui contribue à minimiser ce coût cognitif global et à permettre de maintenir l'intérêt du résident dans ces processus d'apprentissage implicites.

C'est en cela que l'activité lecture, phénomène associé de la dominante chant, a été particulièrement intéressante à mettre en place. Ainsi, lorsque les personnes prises en soin sont en train de chanter, elles prennent du plaisir à faire et il est donc possible de les solliciter un peu plus, de leur demander un plus grand effort sans qu'elles s'en rendent forcément compte, ou sans que l'investissement leur paraisse insurmontable. En un autre lieu, ou un autre moment, mes exercices de lecture et de tourne des pages auraient semblé rébarbatifs et aucune résidente n'aurait adhéré à mes consignes.

Le geste, à priori très simple, de tourner une page lors d'une chanson fait appel à plusieurs mécanismes : je suis en train de chanter, je suis du regard les paroles, j'arrive au bas de la page donc je dois la tourner, je pose mon regard en haut de la page suivante et non sur celle d'à côté tout en continuant à chanter... Il a demandé plusieurs séances de « rééducation » et plusieurs étapes : mimétisme avec l'art-thérapeute ou avec les autres personnes du groupe, puis rappel de la consigne de tourner la page avant chaque chanson ou pendant, lors du couplet précédent la tourne. L'objectif final étant naturellement de tourner la page spontanément sans rappel et que le geste redevienne naturel.

La présence de la musique et la volonté de bien faire pour en tirer une gratification sensorielle maximale font que cet effort particulier devient presque naturel. Les progrès

¹⁹ Etude menée dans le cadre de sa thèse de doctorat en neuropsychologie soutenue le 22 mai 2012 à Université de Bourgogne et à l'Université de Montréal (Canada) « *L'utilisation de la musique comme support de nouveaux apprentissages dans le vieillissement normal et la maladie d'Alzheimer* »

²⁰ Demont Elisabeth, Gombert Jean-Émile, « *L'apprentissage de la lecture : évolution des procédures et apprentissage implicite* », Revue Enfance de mars 2004 (Vol. 56), p. 245-257

²¹ Moussard A, Bigand E, Clément S, Samson S, « *Préservation des apprentissages implicites en musique dans le vieillissement normal et la maladie d'Alzheimer* ». Revue de Neuropsychologie, 200818(1-2):127-152.

(comme montrés dans la deuxième partie) ont été notables pour la majorité des personnes prises en soin, donc l'art-thérapie, sans renier sa spécificité, peut éventuellement s'inspirer de tels travaux. Nous sommes bien ici dans du repérage spatio-temporel, réapprendre à repérer les couplets et les refrains (en bleu dans toutes les chansons), et savoir à quel endroit de la page revenir à chaque fin de couplet, le refrain n'étant pas réécrit à chaque fois. Bien sûr, les progrès réalisés peuvent être critiquables car les refrains étaient souvent sus par cœur, mais les personnes arrivaient tout de même à se situer de mieux en mieux, se perdaient beaucoup moins dans la structure des chansons. La chanson la plus révélatrice était aussi la plus longue : « Auprès de ma blonde » qui comporte beaucoup de couplets courts entrecoupés par le refrain, il fallait donc ne pas en rater un !

Ces différentes recherches, associées aux progrès en neuromusicologie comme dans la compréhension neuropsychologique de la maladie d'Alzheimer, permettent d'affiner et d'adapter la prise en soin des patients.

Si des évolutions positives ont eu lieu chez la majorité des personnes prises en soin, c'est bien que la musique a permis de se réapproprier des savoirs, et/ou de mobiliser des fonctionnements cognitifs acquis mais en train de s'effacer. Cependant il est important de signaler que l'objectif de cette expérience est de retrouver une capacité partiellement perdue et non d'en apprendre une nouvelle, processus beaucoup plus complexe comme nous le verrons plus loin.

C. L'art-thérapie entre dans la volonté de développer les thérapies non-médicamenteuses des démences

a) Les interventions médicamenteuses rencontrent certaines limites

Ces dernières années, les recommandations de la Haute Autorité de Santé²²(HAS) soulignent la nécessité de développer les prises en charge non médicamenteuses définies par Olazaran et ses collaborateurs²³ comme des interventions non pharmacologiques ciblées, reproductibles et fondées sur le plan théorique, qui sont conduites avec le patient ou le personnel soignant et qui génèrent potentiellement des bénéfices.

En effet, les traitements médicamenteux ne traitent que les symptômes. Cette approche pharmacologique présente plusieurs limites. Tout d'abord, l'ampleur des bénéfices reste faible et la pertinence clinique des résultats est souvent discutable²⁴. Ensuite, l'efficacité de ces traitements a été prouvée à court terme, mais il est difficile de mesurer encore aujourd'hui la persistance de ces bénéfices après six mois. Enfin, les effets sur la qualité de vie et sur les troubles du comportement semblent minimes, l'apparition de ces derniers pouvant même être précipitée ou aggravée par les traitements pharmacologiques.

²² Haute Autorité de Santé « *Synthèse des recommandations professionnelles, prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées : interventions médicamenteuses et non médicamenteuses* ». Mars 2008

²³ Javier Olazaran et coll. « *Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy* »

²⁴ E.Bigand, M.Habib, V.Brun. « *Musique et Cerveau, nouveaux concepts, nouvelles applications* ». p 87

Or, les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, tels que l'agitation, l'agressivité, les hallucinations, sont fréquents et constituent une cause majeure de la souffrance des aidants. Ils représentent un des principaux facteurs prédictifs d'institutionnalisation.

b) L'art-thérapie est pertinente dans les thérapies non-médicamenteuses

Les thérapies non médicamenteuses recouvrent l'emploi de diverses méthodes impliquant des stimulations réceptives (passives) et/ou productives (actives) pouvant cibler différents objectifs : la relaxation, l'évocation de souvenirs, la réduction de l'anxiété, le maintien des capacités cognitives préservées ou d'aptitudes motrices.

Parmi les différentes approches utilisées, citons les techniques de stimulation cognitive, la stimulation multi-sensorielle, l'aménagement des lieux de vie et les activités récréatives. L'Art-Thérapie, par ses objectifs, entre donc largement dans ce cadre.

c) L'art-thérapie à dominante musicale permet d'établir une communication* non verbale

Selon des études scientifiques, la musique en particulier est pertinente. Plusieurs travaux ont documenté les effets bénéfiques des interventions musicales auprès de différentes populations cliniques, par exemple dans la prise en charge de l'aphasie ou de la douleur chronique²⁵.

La musique étant par nature non verbale et porteuse d'émotion (comme déjà évoqué en première partie), elle pourrait même être utilisée comme un moyen de communication avec les patients déments. J'ai moi-même réalisé des séances d'écoutes avec Mr G, très aphasique, où je pouvais lire sur son visage les réactions aux morceaux entendus. Cette communication non verbale serait effective jusqu'aux stades avancés de la maladie, il est donc possible de déceler des expressions comme la joie, la tristesse, la colère ou même l'ennui profond ou le désintérêt : ainsi, Mr G regardait souvent ailleurs ou par la fenêtre, rompant ainsi le contact visuel, lorsque je lui proposais des morceaux autres que du jazz.

Enfin, des travaux récents réalisés chez des patients Alzheimer, montrent la préservation des capacités à utiliser les indices d'un extrait musical (par exemple le tempo) pour juger de son caractère émotionnel, triste ou joyeux. Ainsi, les patients seraient capables de reconnaître les émotions véhiculées par la musique (joie, tristesse, peur ou apaisement), alors qu'ils échouent à réaliser ce type de jugement à partir de visages.

²⁵ E. Bigand. M. Habib. V. Brun *op cité* p 88

D. La réactivité de l'Art-thérapeute doit lui permettre d'envisager des séances uniques presque improvisées tout en respectant le protocole thérapeutique, en dehors d'une prise en soin à long terme

Lors de mon expérience à l'EHPAD Groisne Constance, une matinée où je passais pour rencontrer les résidentes du groupe de l'après-midi afin d'établir un premier contact, je croise Mme E. Habituellement très souriante et affable, elle est pratiquement inerte dans son fauteuil, seule dans la salle à manger du premier étage, les traits tirés, de grands cernes sous les yeux et le regard vide. Lorsque je vais la voir pour la saluer, elle me raconte immédiatement qu'elle revient de l'enterrement de son fils le matin même. Après une brève discussion, je m'aperçois très vite que les mots me manquent pour la soutenir dans un tel moment. J'interroge donc le personnel soignant sur la disponibilité de Mme E. afin de lui proposer de passer un moment musical avec moi dans l'un des petits salons. Elle accepte immédiatement, et nous entrons tous les deux dans la pièce où j'avais installé préalablement le piano.

Dans cette séance improvisée, mais répondant tout de même à un besoin, une pénalité, l'enjeu était d'envisager simultanément l'état de base, l'objectif et la stratégie thérapeutique. Claire Oppert le décrit dans son mémoire racontant son expérience d'art-thérapie à dominante musicale en soins palliatifs où le nombre de séances est limité²⁶. Elle opte pour la méthode contemplative et joue des airs au violoncelle qu'elle adapte au fur et à mesure de la séance.

Mon objectif étant d'établir une relation avec Mme E, une communication non-verbale, presque hors-verbale afin de lui exprimer mon soutien et de l'apaiser un peu, j'ai opté pour la même stratégie. J'ai choisi de jouer des airs non-évocateurs, improvisations douces sur des accords majoritairement mineurs et de maintenir un lien par le regard afin d'adapter mon jeu à ses réactions corporelles.

Plusieurs sourires sont venus éclaircir son visage, et elle m'a complimenté à la fin de chaque morceau tout en exprimant son bien-être. Au bout de 50 minutes de séance, alors que nous sortions du salon, Mme E m'a même dit : « ça ne peut faire oublier le décès de mon fils, mais qu'est-ce que ça fait du bien ».

Une autre séance de ce type fut mise en place avec Mme S, l'objectif étant simplement de la faire sourire, ou de créer un lien visuel, établir une relation, mais la séance fut un échec : Mme S comparait sans cesse mon jeu avec sa propre incapacité à faire et, constatant qu'il n'y avait aucun effet positif, j'arrêtai l'entrevue très vite.

L'intérêt de ces séances « improvisées » est donc à pondérer mais elles doivent faire partie des outils de l'art-thérapeute qui doit être capable, s'il le faut, d'organiser une séance tout en respectant évidemment le protocole thérapeutique (dont l'indication médicale).

²⁶ C. Oppert « *Une expérience d'art-thérapie à dominante musicale dans une unité de soins palliatifs* » p 31

2. L'art-thérapie à dominante musicale a présenté des limites lors de l'expérience à l'EHPAD Groisne Constance

Plusieurs limites sont apparues dans la pratique Art-thérapeutique à l'EHPAD. Elles sont de deux types. Les unes correspondent à l'activité musicale en elle-même. Les autres sont imputables à l'art-thérapeute lui-même dont l'action a été parfois été critiquable.

A. L'art-thérapie à dominante musicale présente des limites face à des personnes atteintes de DTA

a) Il peut être difficile d'amener les personnes âgées à faire de la musique

L'un des objectifs de l'art-thérapie à dominante musicale est d'amener la personne à s'exprimer avec la voix, mais aussi par l'intermédiaire des instruments de musique.

Lors de l'intervention à l'EHPAD Groisne Constance, l'instrumentarium était composé de petites percussions facilement accessibles à des mains fragiles, d'une manipulation aisée et d'un poids minime : tambourin, maracas, claves, grelots...

Lors des ateliers collectifs il était d'ailleurs prévu des jeux rythmiques, d'échanges entre les personnes, à l'aide de ces instruments. Si celles-ci ont apprécié d'entendre les différents sons produits lorsque je jouais, il a été très difficile pour elles ne serait-ce que de tenir l'objet en main.

Elles étaient réellement intimidées, presque « encombrées » et me répétaient qu'elles « ne savaient pas faire », « qu'elles n'avaient jamais appris »... Malgré ma bienveillance, mes explications ou mes consignes, elles ne se sont finalement jamais prises au jeu, et j'ai donc dû abandonner ces exercices.

C'est sûrement par manque d'expérience que je n'ai pu vaincre leur peur de mal faire, mais je ne voulais aussi en aucun cas créer une boucle d'inhibition, et c'est pourquoi j'ai finalement préféré m'appuyer sur ce qu'elles aimaient le plus, la chanson, pour atteindre les objectifs fixés.

Seule Mme B, une résidente prise en soin en individuel et dans sa chambre, fut très intéressée pour jouer avec moi et nous pûmes mettre en place des duos piano-percussions qui apaisaient fortement sa mauvaise humeur systématique de début de séance.

b) Il a été difficile d'intégrer la danse en atelier collectif

Au sein de l'atelier collectif, une des résidentes, Mme R, la plus valide physiquement, avait très envie de danser à l'écoute de la musique. J'avais choisi de réserver un temps pour cela en fin de séance pour créer un moment convivial avant la séparation. L'objectif, étant donné mon inexpérience en danse, était de créer un atelier « renversé » où c'était les résidentes qui m'apprendraient les danses qu'elles connaissaient, toujours dans un but de mobilisation des fonctions cognitives, motrices et de valorisation de soi.

Cependant, je perçus (peut-être à tort ?) que les personnes en fauteuil roulant, ou ayant des difficultés à se déplacer, ne profitaient pas de ce moment, qu'il ne leur apportait rien. Je me suis très vite trouvé en difficulté.

J'ai donc choisi, là aussi rapidement, de cesser cette activité, pour la remplacer par un moment d'échange sur les chansons avant d'en choisir une dernière pour terminer la séance, instant qui, de fait, mettait tout le groupe en valeur et non une personne. Ce fut une décision réfléchie mais difficile et, avec le recul, j'aurais peut-être dû agir différemment, par exemple en mettant en place des séances individuelles avec Mme R. J'aurais pu aussi amener cette activité de façon plus spontanée en proposant par exemple à une résidente de danser lorsque nous écoutions une nouvelle chanson à travailler avec l'appareil. Ce temps aurait été présent mais de manière plus officieuse pour ne pas être trop long et déstabiliser les autres participantes.

c) La vie de groupe en atelier collectif a pu déstabiliser certaines résidentes et il a fallu à l'art-thérapeute gérer certains problèmes

Sans entrer dans le détail des théories en psychologie sociale qui ne sont pas notre propos mais qui demeurent intéressantes lorsque l'on mène un atelier collectif²⁷, j'ai dû tempérer certains comportements induits par la vie en groupe.

Les personnes au caractère fort ont naturellement plus tendance à prendre la parole sans même parfois y être invitées. Certaines personnes se sentaient alors lésées et mises à l'écart (observation de la posture du corps, de la moue du visage ou du regard très énervé porté vers la personne trop bavarde).

L'objectif en art-thérapie était alors d'apprendre à ces personnes à modérer leurs prises de parole en leur rappelant courtoisement mais fermement le cadre de l'atelier et l'équilibre nécessaire entre les participantes. Ainsi, j'expliquais que l'intérêt de leurs propos baisserait avec leur multiplication, en somme plus elles parleraient, moins elles seraient écoutées. Sans être incisif, mais en prêtant parfois volontairement moins d'intérêt à la parole de Mme V par exemple, l'une des participantes de l'atelier collectif, j'ai réussi à modérer ses interventions ce qui a soulagé l'ensemble du groupe (soulagement perçu par une détente simple des épaules, des sourires...). J'ai bien sûr expliqué à Mme V que j'étais entièrement disponible en dehors du cadre collectif pour que nous discutions en individuel de toutes les chansons qu'elle voulait chanter, ce que nous avons fait à plusieurs reprises.

Cette prise de parti était indispensable pour créer un cadre sécurisant, rassurant pour l'ensemble des personnes présentes. Dès ce problème résolu, j'ai pu libérer l'expression des autres participantes d'abord en les sollicitant directement (« qu'avez-vous pensé de ce chant, de ce chanteur ?... »), puis en aménageant des espaces de parole libre entre les chansons où elles se sentaient de plus en plus à l'aise. Dès lors, les discussions étaient beaucoup plus naturelles entre Mme V et les autres. Le groupe aurait pu entièrement se déliter si cela n'avait pas été fait, et l'art-thérapie n'aurait alors atteint aucun des objectifs fixés. L'art-thérapeute doit veiller constamment à cet équilibre tout en menant son activité ce qui est parfois difficile.

²⁷ Par exemple l'ouvrage de Verena Aebischer et Dominique Oberlé « *le groupe en psychologie sociale* »

De plus Mme V chantait excessivement fort et se décalait parfois dans le rythme (Mme T me faisait d'ailleurs des signes en la montrant dans ces moment-là) ce qui perturbait les autres participantes. J'optais donc pour une mise en place différente lors des séances suivantes où Mme V était un peu éloignée des autres (je disposais les personnes en début de séance), choix qui ne la blessa absolument pas.

d) Le cube harmonique n'a pas pu être mis en place avec des personnes démentes

Le cube harmonique est une modalité évaluative spécifique à l'art-thérapie²⁸. Le patient doit apprécier son œuvre selon trois paramètres : le Bien* (ai-je bien fait ou mal fait), le Beau* (ai-je eu du plaisir ou non à faire) et le Bon* (envie de retrouver ou non le moment, la qualité existentielle). « Ces trois paramètres déterminent, par l'implication du goût, du style, et de l'engagement, la théorie dite des trois B. »

En art-thérapie ce cube harmonique nous sert à évaluer la subjectivité du patient, son monde intérieur, ce qu'il ressent.

Cependant, dans la pratique, il est parfois difficile de le mettre en œuvre en tant que tel et plusieurs problèmes se posent.

D'abord un refus catégorique de la personne de répondre à ces questions que j'ai essuyé une fois. La résidente ne souhaitait pas du tout juger elle-même ce qu'elle avait fait, ni en discuter. Elle ne souhaitera d'ailleurs plus venir en atelier par la suite malgré mes invitations.

Ensuite, et c'est beaucoup plus fréquent, une automatisation des réponses qui demeuraient la plupart du temps inchangées. Toutes les chansons étaient « très belles », c'était « très bien » à chaque fois. Le problème étant que le soutien du piano devenait un écueil dans l'évaluation. Les personnes ne jugeaient pas leur production mais la mienne les accompagnant. Le Beau et le Bien étaient donc difficilement quantifiables. De même que le Bon puisque toutes les résidentes que j'ai suivies (sauf une) ont souhaité que je revienne à chaque fois pour réitérer ce moment.

Il m'est apparu impossible de coter ces trois paramètres, d'où l'absence du cube harmonique en tant que tel dans les études de cas. A la place je me suis appuyé sur des phrases ou expressions révélatrices (comme avec Mme C), sur l'évolution visible de l'humeur sur le visage (tensions, sourires, regards ou non) ou sur les différentes postures ; mais cela ne constitue de ma part que de l'observation de faisceaux d'items et non de l'auto-évaluation.

Dans son mémoire datant de 2012 et traitant également d'une expérience d'art-thérapie à dominante musicale auprès de personnes atteintes de DTA, Raphaël Terreau évoque le même problème et choisit lui aussi pour son patient l'« observation des expressions verbales spontanées de son goût, de sa satisfaction et de son ressenti esthétiques » qui lui « semble plus appropriée »²⁹. J'aurais certainement dû l'adapter davantage, le rendre plus accessible et plus ludique afin d'avoir une pratique art-thérapeutique plus pertinente.

²⁸ R. Forestier « *Tout savoir sur la musicothérapie* » p. 143

²⁹ R. Terreau « *Prise en soin en art-thérapie à dominante musicale de personnes atteintes de démences de type Alzheimer* », p. 33

B. L'art-thérapeute lui-même est à critiquer lors de ses prises en soin

a) L'art-thérapeute n'a pas su intégrer les familles lors des prises en soin

Dans son mémoire³⁰, Nadia DIAS s'interroge sur la nécessité d'intégrer les familles des patients au programme de soin permettant de renforcer l'action Art-thérapeutique entre les séances, dans le cadre de la stratégie thérapeutique.

Mlle DIAS travaillait dans un cadre particulier, l'Hôpital de Jour et de Réadaptation Gériatrique de Limoges. Les patients rentraient donc tous les soirs chez eux et avaient des contacts réguliers avec leur famille, qui pouvaient donc devenir un relais de l'art-thérapeute, « susciter la curiosité, favoriser la motivation et maintenir l'intérêt artistique de leur proche souffrant de la maladie d'Alzheimer dans un cadre affectif et chaleureux ». Si son point de vue est pondéré, il démontre tout de même l'intérêt que peut avoir la famille dans la démarche de soins.

Travaillant en EHPAD, la situation était différente. Les résidents mangent et dorment en chambre et ce sont les familles qui viennent leur rendre visite plus ou moins régulièrement. Je n'ai donc pas pu rencontrer directement les proches des résidents présents en atelier du fait de ma présence limitée sur le lieu de stage (un jour et demi par semaine).

Cela aurait pu pourtant me renseigner davantage sur le parcours de vie (même si la psychologue m'aidait beaucoup sur le sujet) ou sur les goûts artistiques des personnes, parfois inexprimés, ce qui m'aurait permis de cibler davantage mon action, d'être plus précis dans mes prises en soin et de moins « tâtonner ». J'aurais pu, ou dû peut-être, prendre contact directement avec ces familles pour leur expliquer mon travail, mes objectifs et l'intérêt pour leurs proches, afin de créer ce partenariat et rendre l'action Art-thérapeutique meilleure encore. C'est un regret et un paramètre que j'étudierai plus attentivement à l'avenir.

b) L'art-thérapeute ne s'est pas suffisamment intégré dans l'équipe de soin et n'a pu rendre assez compte de son action

Entrant dans un univers médical que je ne connaissais pas, exerçant un métier mal connu du personnel soignant, et que je pensais en début de stage ne pas maîtriser, gêné peut-être par une certaine timidité, je n'ai pas organisé dès le premier ou deuxième jour d'intervention avec l'ensemble des acteurs de l'établissement pour expliquer en une dizaine de minutes le pourquoi de ma venue, les raisons et le but de mon action et comment j'allais procéder.

C'est là l'une des erreurs commises lors de ce stage. En effet, j'apparaissais au départ comme un individu étrange se déplaçant de chambre en chambre avec son chariot rempli d'instruments, chantant avec une résidente dans sa chambre alors qu'il était l'heure de sa toilette ou assistant sans intervenir à certaines transmissions. De surcroît ma présence réduite dans l'établissement n'arrangerait pas cet état de fait.

³⁰ N.DIAS « *L'art-thérapie permet de raviver la saveur existentielle de personnes âgées Alzheimer en exploitant l'esthésie et la mémoire affective et en impliquant les familles dans le programme de soin* » p 63 et suivantes

Il a fallu du temps pour que je m'intègre réellement à l'équipe, que le personnel soignant comprenne peu à peu ce que je faisais en me posant des questions, que je m'accorde avec les aides-soignantes sur l'emploi du temps des résidentes, que, en fait, j'agisse plus comme un membre du personnel de l'établissement que comme un intervenant extérieur. Tout ce temps aurait pu être gagné par cette simple réunion préalable.

Par manque de temps aussi, je n'ai pu rendre compte de manière régulière de mes interventions dans le logiciel interne dédié aux projets de vie des résidents et ces transmissions se faisaient de manière orale et officieuse surtout avec la psychologue. Il est indispensable de ménager un temps en fin de journée pour faire circuler les informations informatiquement et laisser une trace, tout comme l'art-thérapeute garde un temps en fin de séance pour remplir ses fiches d'observation.

c) L'art-thérapeute, de par son parcours personnel, a parfois confondu pédagogie et thérapie

Dans ses ouvrages, Richard Forestier, pour défendre la spécificité de l'art-thérapie, met souvent en garde contre la confusion entre pédagogie et thérapie.

Huit années d'expérience de professeur de piano et de solfège en école de musique auprès d'un public essentiellement jeune, mais aussi adulte voire plus (jusqu'à 75 ans), après un cursus d'apprentissage au conservatoire long et exigeant, m'ont inculqué certains automatismes dans la transmission musicale dont il a été difficile de me défaire tout au long de mon expérience à Groisne Constance.

Il m'est arrivé plusieurs fois, surtout en atelier collectif, de reprendre plusieurs fois un couplet ou une chanson avec les résidentes afin d'en améliorer la qualité technique et la justesse. Par exemple « Tout va très bien madame la Marquise » qui par son tempo rapide et ses paroles enchaînées demandait un vrai travail d'articulation et de souffle. Cela m'apparaît à posteriori comme une erreur car le but de l'atelier, au regard de la pénalité des personnes qui le composaient, était de faire, de chanter et d'être ensemble, de créer du lien et non d'avoir la chanson la meilleure possible. Je présentais toutefois ces exercices comme des jeux pour en éliminer le côté rébarbatif et aucune des résidentes ne s'en est jamais plainte mais je sais aussi qu'elles avaient tendance à vouloir me faire plaisir (comme déjà vu auparavant).

Néanmoins, cette notion de progresser, de se surpasser est importante en art-thérapie. Elle permet aux résidentes de se prouver qu'elles peuvent réaliser quelque chose de mieux. L'important est de ne pas dramatiser les échecs, pour ne pas créer une boucle d'inhibition, de ne pas s'attendre tout le temps à une réussite mais d'essayer régulièrement. La pédagogie est au service de la thérapie, progresser permet de valoriser l'estime, la confiance et l'affirmation de soi par le « je sais faire » ou le « je peux faire ».

De même, certaines fonctions cognitives étant altérées ou perdues, le temps n'est parfois plus à la découverte ou à de nouveaux apprentissages mais plutôt au plaisir de faire, d'être ensemble. J'ai donc été obligé de travailler avec des airs connus après l'échec de mes tentatives pour découvrir de nouvelles chansons (démarche qui se rapprochait là aussi de mon expérience de professeur de musique) notamment San Francisco de Maxime Le Forestier pour laquelle les résidentes manifestèrent un désintérêt évident. Leur répertoire favori était celui de

leur jeunesse, de leurs vingt ans et c'est donc celui que j'ai utilisé pour obtenir les meilleurs résultats en art-thérapie.

C'est le même principe, ainsi qu'un certain manque de temps qui m'a empêché de mettre en place des ateliers d'écriture que je trouvais intéressant au départ mais qui se sont avérés compliqués à mettre en place.

d) *L'art-thérapeute s'interroge sur la notion d'art-thérapie et le devoir d'information dû au patient*

L'un des plus grands questionnements tout au long de mon stage a été celui de l'appellation « art-thérapie » en tant que telle en atelier. En d'autres termes : est-ce de l'art-thérapie si la personne ne sait pas qu'elle fait de l'art-thérapie ?

En premier lieu, certaines résidentes refusaient par principe tout soin prodigué par l'équipe médicale. Soit par peur de la persécution comme Mme C, soit par refus exprimé d'être dans cette institution comme Mme B. Ainsi, je pense que ces deux personnes auraient refusé ma présence si j'avais mentionné le terme « thérapie » dans la prise en soin. J'évoquais donc juste le fait de « chanter ensemble » ou de « faire de la musique ensemble ».

Néanmoins, le protocole thérapeutique était tout à fait respecté, du projet au programme d'accompagnement de soin en passant par la stratégie thérapeutique ou l'évaluation. Peut-on, pour son bien, et en lui cachant des informations, contourner le souhait premier du patient de ne pas être soigné ? En questionnant des professionnels de la santé en EHPAD, il apparaîtrait que oui. Le psychologue peut par exemple ne pas se présenter forcément en tant que tel auprès des patients déments.

En second lieu, certaines résidentes en atelier collectif ne savaient pas forcément non plus que l'on était dans un atelier d'« art-thérapie ». Les choses étaient exposées ainsi : « nous allons faire de la musique pour aller mieux » ou « nous allons chanter des chansons pour nous détendre ».

Je pense donc que si l'art-thérapeute est sérieux et respecte le code de déontologie, ainsi que les exigences de sa profession, il peut se permettre de ne pas mentionner le terme « thérapie » afin que l'objectif thérapeutique soit réalisé au mieux. Cette interrogation reste malgré tout très présente.

e) *Certains résultats sont à relativiser compte tenu de la personnalité même de l'art-thérapeute*

Les personnes âgées en institution sont très demandeuses de rencontres, de contacts et de nouveautés. Ma seule présence, mon statut d'homme jeune, ravissait déjà les résidentes lorsque je les rencontrais. Si cela a permis de faciliter grandement certaines prises en soin, il m'apparaît important de le souligner et m'interroger sur les effets réels de l'art-thérapie à dominante musicale, éventuellement à les pondérer.

L'avantage, lors du début de prise en soin, est donc devenu assez vite un inconvénient dans l'observation et l'évaluation objective des bienfaits de l'activité au regard de la pénalité de ces personnes. Cela soulève également d'autres interrogations : dans quelle mesure l'art-

thérapeute fait-il partie de l'atelier d'art-thérapie, peut-il, déjà en tant que personne, apporter une certaine forme de mieux-être, ou initier chez des patientes la volonté de venir en atelier ?

Dans le cas de Mme B, personne âgée démente qui protestait violemment contre son entrée en institution, la seule présence d'un homme jeune venu la voir suffisait parfois à l'apaiser, l'activité musicale ne venant qu'ensuite. J'ai donc parfois délibérément choisi d'atténuer certains effets pouvant être imputés à la musique afin de ne pas me satisfaire de cette facilité, sans toutefois baisser les cotations dans les fiches d'observation mais en écrivant tout de même la remarque. Je ne pouvais oublier que ces personnes cherchaient quelquefois davantage à me faire plaisir qu'à se faire plaisir. Ce fut donc un travail supplémentaire et exigeant que de remettre ces résidentes au centre de l'atelier, de les amener à travailler pour elle et non pour moi et je pense sincèrement que j'y suis parvenu en remettant l'activité en tant que dominante dans l'art-thérapie, l'art-thérapeute ne devenant qu'un phénomène associé, la musique et les chanteuses au-devant de la scène et le pianiste les accompagnant au fond.

Conclusion

Je sors de cette expérience à l'EHPAD Groisne Constance riche de plus de questions que de réponses concernant l'art-thérapie. Mon ressenti le plus fort est celui de n'avoir pu qu'amorcer tout le travail qu'il est possible de réaliser en amenant la musique vers les personnes démentes. Ces deux univers paraissent si complémentaires qu'il est aisé de percevoir l'intérêt et les vertus de l'art-thérapie à dominante musicale avec les personnes atteintes de DTA.

La musique possède un certain nombre de propriétés qui font d'elle un support privilégié pour la thérapie : elle occupe généralement une place importante dans la vie des individus ; elle peut avoir un effet bénéfique sur leurs fonctions psychologiques et physiologiques, notamment celles liées au stress, et véhiculer des émotions en lien avec une expérience personnelle, stimulant ainsi l'évocation de souvenirs autobiographiques.

Dans le cas des démences, les prises en soin par la musique peuvent être multiples, comme l'écoute passive d'extraits musicaux, l'accompagnement de la musique dans les activités de la vie quotidienne, le chant, la participation à l'aide d'instruments, ou encore des exercices physiques rythmés par la musique. L'action menée à l'EHPAD Groisne Constance n'a finalement pris en compte que certaines de ces composantes, et elle peut largement être enrichie, que ce soit par d'autres dominantes artistiques (notamment l'écriture ou la danse) ou par un travail beaucoup plus transversal avec l'équipe soignante au complet et/ou la famille et la mise en place de projets d'accompagnement de soin.

Le travail mené durant ces quatre mois de stage a généré des progrès notables, quantifiables, comme le prouvent les évaluations faites au cours des prises en soins relatées dans ce mémoire. Certaines personnes ont pu peu à peu se repérer au sein d'un classeur, d'autres, le temps d'une chanson, ont pu considérer le monde extérieur comme moins menaçante qu'elles ne l'imaginaient. En tout cas, toutes les personnes participant aux ateliers en sortaient plus radieuses épanouies qu'en entrant. Mais ce travail n'est pas suffisant. Les exercices sur le corps moteur, le ressenti corporel ou la structure corporelle auraient pu être mieux développés.

L'esprit doit être tourné vers le « mieux-faire », vers ce qui peut être amélioré, vers le plus efficace. C'est pourquoi, en troisième partie de ce mémoire, j'ai souhaité mettre ce travail en perspective, le comparer à d'autres, pour gagner en expérience. Ce parti pris qui peut paraître très autocentré constitue plutôt une ouverture sur l'avenir, sur la manière d'exercer au mieux ce métier. Certaines questions sont d'ordre éthique, comme le devoir d'information du patient, d'autres sont purement pratiques comme la mise en œuvre du cube harmonique en tant que processeur ou modalité évaluative avec des personnes démentes. Certaines trouveront leur réponse au fur et à mesure des expériences ou des rencontres professionnelles.

Et se poser des questions, n'est-ce pas déjà apprendre ?

Bibliographie

Dictionnaires

Dictionnaire Larousse Maxi Poche 2014, Editions Larousse, 2014, 1760 pages

Dictionnaire Petit Robert 2014, Editions Le Robert, 2014, 2835 pages

Ouvrages

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSO, *DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* : Texte révisé, Editions Masson, 2003, 1064 pages

ARISTOTE, *La Poétique*, Le Livre de Poche, 1990, 216 pages

BIGAND E., HABIB M., BRUN V. : *Musique et cerveau, Nouveaux concepts, Nouvelles applications*, Editions Sauramps Médical, 2012, 135 pages

CASTELLENGO Michèle, *Les sources acoustiques*, dans Denis Mercier (direction), *Le livre des techniques du son, tome 1 - Notions fondamentales*, Paris, Eyrolles, 2010, 4^{ème} édition

CASTELLENGO Michèle, *La perception auditive des sons musicaux*, dans Arlette Zenatti, *Psychologie de la musique*, Paris, Presse Universitaire de France, coll. « Psychologie d'aujourd'hui », 1994, 392 pages

CHARAZAC Pierre : *Soigner la maladie d'Alzheimer, Guidance des aidants et relation Soignante*, Editions Dunod, 2009, 169 pages

CHANGEUX Jean-Pierre : *Du vrai du beau du bien, une nouvelle approche neuronale*, Editions Odile Jacob, 2008, Paris, 544 pages

DAMASIO Antonio R. : *L'erreur de Descartes, La raison des émotions*, Editions Odile Jacob, 1994, 368 pages

DUCOURNEAU Gérard : *Éléments de musicothérapie*, Editions Dunod, 1997, 2^{ème} édition, 169 pages

DUMESNIL, René, Article sur la nature du drame wagnérien

FORESTIER Richard : *Tout savoir sur l'art-thérapie*, 7^e édition, Editions Favre, 2012, 160 pages

FORESTIER Richard : *Tout savoir sur la musicothérapie, L'art-thérapie à dominante Musicale*, Editions Favre, 2011, 349 pages

FORESTIER Richard : *Tout savoir sur l'art occidental*, Editions Favre, 2004, 284 pages

FORESTIER Richard : *Regard sur l'Art, approche épistémologique de l'activité artistique*,

Texte de la conférence – Sorbonne – Paris, novembre 2005, Editions See you Soon, 2006

GUILLEMOT Philippe, sous la direction de, *Le sujet âgé, ses proches et ses soignants*, Editions Erès, 2006, 158 pages

HOF Christine : *L'art-thérapeute en gérontologie*, Doc'éditions, 2011, 156 pages

HOF Christine : *Art-thérapie et maladie d'Alzheimer*, Chronique sociale, 2006, 120 pages

KOPP Nicolas et coll : *Alzheimer et autonomie* ; collection dirigée par Jean-Marc Mouillie, Editions Les Belles Lettres, 2010, Paris, 308 pages

LECOURT Édith : *La musicothérapie*, Editions Eyrolles, 2010, 1^{ère} édition 2005, 214 pages

MOYNE-LARPIN Yolande : *Formation aux pratiques musicales*, Editions Desclée de Brouwer, 1999, 238 pages

OGAY Suzanne : *Alzheimer, Communiquer grâce à la musicothérapie*, Editions L'Harmattan, 1996, 121 pages

PLATON : *La République*, Editions Flammarion, Nouvelle édition 2002, 801 pages

ROULLOT Danielle : *La voix, le chant et la chanson, Atouts de la Musicothérapie en Gérontologie*, Editions Universitaires Européennes, 2011, 153 pages

SACHS Oliver., *Musicophilia : La musique, le cerveau et nous*, Edition du Seuil, Paris, 2009, 472 pages

TALPIN Jean-Marc : *Psychologie clinique du vieillissement normal et pathologique*, Editions Armand Colin, 2013, 192 pages

TOUCHON Jacques, PORTET Florence : *La maladie d'Alzheimer*, Editions Masson 3^e édition, Paris, 2002, collection le quotidien du médecin, 175 pages

VERDON Benoît : *Cliniques du sujet âgé, pratiques psychologiques*, Editions Armand Colin, 2012, 336 pages

Revues

DEMONT Élisabeth, GOMBERT Jean-Émile, *L'apprentissage de la lecture : évolution des procédures et apprentissage implicite*, Revue Enfance de mars 2004 (Vol. 56)

MOUSSARD, BIGAND, CLEMENT, SAMSON, *Préservation des apprentissages implicites en musique dans le vieillissement normal et la maladie d'Alzheimer*. Revue de Neuropsychologie, 200818(1-2):127-152

Travaux Universitaires

DIAS, Nadia : *L'art-thérapie permet de raviver la saveur existentielle de personnes âgées Alzheimer en exploitant l'esthésie et la mémoire affective et en impliquant les familles dans le programme de soin*, Mémoire de fin d'études du D.U. d'Art-thérapie de la Faculté de Médecine de Tours, 2011

LANDRAULT, Valérie : *Une expérience d'art-thérapie à dominante arts plastiques auprès de personnes âgées dépendantes atteintes d'une maladie neurodégénérative de type Alzheimer et Parkinson*, Mémoire de fin d'études du D.U. d'Art-thérapie de la Faculté de Médecine de Tours, 2005

OPPERT, Claire : *Une expérience d'art-thérapie à dominante musicale dans une unité de soins palliatifs*, mémoire de fin d'études du D.U. d'art-thérapie, Faculté de Médecine de Tours, 2011

PERRET, Catherine : *Un atelier d'art-thérapie à dominante arts plastiques auprès de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer*, Mémoire de fin d'études du D.U. d'Art-thérapie de la Faculté de Médecine de Tours, 2008

TERREAU Raphaël : *Prise en soin en art-thérapie à dominante musicale de personnes atteintes de démences de type Alzheimer*, mémoire de fin d'études du D.U. d'art-thérapie, Faculté de Médecine de Tours, 2012

Sites Internet

www.francealzheimer.org

www.has-sante.fr

www.maladiedalzheimer.com

www.sante.gouv.fr/archives-les-plans-alzheimer-2001-2005-et-2004-2007.html

www.sante.gouv.fr/le-plan-alzheimer-2008-2012,2941.html

**UNIVERSITÉ FRANÇOIS RABELAIS
UFR DE MÉDECINE – TOURS
& AFRATAPEM**

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

**UNE EXPÉRIENCE D'ART-THÉRAPIE
À DOMINANTE MUSICALE
DE PERSONNES ATTEINTES DE
DÉMENCES DE TYPE ALZHEIMER**

Mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-Thérapie
présenté en 2014 par M. Adrien CONTE

Ce mémoire relate une expérience d'art-thérapie à dominante musicale dans un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, auprès de personnes atteintes de Démences de Type Alzheimer.

Ces résidents, dont les possibilités physiques et mentales ne permettent pas une autonomie suffisante pour assumer seule leur vie quotidienne, souffrent également de troubles de l'expression, de la communication et de la relation qui peuvent altérer leur qualité existentielle.

L'art-thérapie fait partie des approches dites « non-médicamenteuses » mises en valeur par la Haute Autorité de Santé, et cette proposition de soin originale peut s'avérer bénéfique auprès de ce public.

Après avoir présenté les D.T.A., l'importance de la Musique pour l'Etre Humain et le modèle d'art-thérapie de l'université de Tours, ce document décrit la prise en soin de deux personnes au sein de cet EHPAD, en atelier individuel ou collectif autour de la chanson.

Dans une troisième partie, l'auteur s'interroge sur son propre travail, sur les réussites ou les échecs qu'il a pu rencontrer, et les enseignements qu'il a pu en tirer pour l'avenir.

Mots-Clés : Art-Thérapie, Démences de Type Alzheimer, Musicothérapie, Chanson, Atelier Collectif

This thesis describes an experience of music therapy in a EHPAD retirement home, with people affected by Dementias of the Alzheimer's Type (DAT).

These residents whose physical and/or mental health affects their ability to remain independent in daily activities, also suffer from disorders of the expression, communication and relation that can alter their well-being.

Art therapy is one of the so-called "non-drug" treatments highlighted by the French National Authority for Health, and this new approach to healthcare, may prove beneficial to the nursing home residents.

After the presentation of DATs, the importance of Music for the Human Being and the model of art therapy at Tours' University, this work describes how two persons were taken care of, in individually or collectively workshop around the song.

In a third part, the author reflects on his own work, on successes and failures, and lessons that have been learned for the future.

Key Words : Art therapy, Dementia of the Alzheimer type (D.A.T.), Music therapy, Song, Collective Workshop