

AFRATAPEM

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

**Une expérience d'art-thérapie
à dominante musique et arts plastiques
auprès de personnes âgées en institution,
atteintes de la maladie d'Alzheimer.**

**Mémoire d'art-thérapie pour l'obtention du titre d'art-thérapeute
répertorié par l'Etat au niveau II**

Présenté par Cécile de La Hougue

Année 2014

Sous la direction de :
M. Philippe Sardo,
Art-thérapeute

Lieu de stage pratique :
EHPAD La Bourdaisière
37270 Montlouis sur Loire

AFRATAPEM

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

**Une expérience d'art-thérapie
à dominante musique et arts plastiques
auprès de personnes âgées en institution,
atteintes de la maladie d'Alzheimer.**

**Mémoire d'art-thérapie pour l'obtention du titre d'art-thérapeute
répertorié par l'Etat au niveau II**

Présenté par Cécile de La Hougue

Année 2014

Sous la direction de :
M. Philippe Sardo,
Art-thérapeute

Lieu de stage pratique :
EHPAD La Bourdaisière
37270 Montlouis sur Loire

Remerciements

Je remercie chaleureusement,

Madame Christine Bourry, psychologue de L'EHPAD La Bourdaisière, et maître de ce stage, pour sa disponibilité et son aide.

L'équipe d'animation et l'équipe de soin de l'UPAD pour leur accueil chaleureux et leurs conseils judicieux.

Monsieur Fabrice Chardon, directeur pédagogique de l'AFRATAPEM, et l'ensemble des formateurs et intervenants de l'école d'art-thérapie de Tours pour leurs cours enrichissants.

Monsieur Philippe Sardo, directeur de ce mémoire, pour nos échanges constructifs, exigeants et chaleureux.

Anne, Didier et Olivier, pour la relecture précise et avisée de ce mémoire.

Ghislain, pour son aide au quotidien et mes enfants, pour leur patience et leur joie.

Je pense particulièrement aux résidents de l'EHPAD que j'ai pris en soin.

Plan

Remerciements	1
Plan	2
Glossaire.....	7
Introduction	10
1ère partie : L’art-Thérapie à dominante musique peut aider les personnes âgées atteintes de la Maladie d’Alzheimer (MA) à améliorer la qualité du moment présent.	11
A. La vieillesse est une étape du développement humain.	11
1. Le processus du vieillissement s’accompagne de pertes et de gains qui nécessitent une adaptation au regard de la bonne santé.	11
a. Les pertes impactent la qualité existentielle des personnes.	11
a.1. Un processus d’adaptation peut se mettre en place face à ces modifications.....	11
a.2. Dans le cas d’un processus réussi, les gains permettent un nouveau développement. ...	12
b. Inévitablement, ces changements entraînent une nouvelle perception du temps.	12
b.1. Avec la vieillesse, la temporalité est accrue.....	12
b.2. Le rythme physiologique est ralenti.	12
2. La MA est liée au vieillissement pathologique.	13
a. La MA est une maladie neurodégénérative.....	13
a.1. Cette dégénérescence est visible sur l’anatomie du cerveau.	13
a.2. Les lésions cérébrales s’observent en faisant une biopsie.	13
b. La MA se caractérise par une combinaison de troubles cognitifs et psycho comportementaux.....	14
b.1. La MA touche de façon hétérogène l’ensemble des domaines du fonctionnement cognitif.	14
b.2. Les troubles psycho comportementaux modifient l’expression de ces patients.	15
b.3. Les troubles somatiques peuvent impacter et aggraver les signes cliniques de la MA... ..	15
c. La MA connaît une évolution qui s’apparente à une maladie chronique.....	15
c.1. L’évolution de la MA est progressive : insidieuse, lente, par stades, et inexorable.....	15
c.2. Les symptômes de la MA se manifestent de manière irrégulière.....	16
d. La MA modifie le rapport au temps et occasionne une diminution de la qualité de vie.	16
d.1. Les problèmes mnésiques entraînent une désorientation spatio-temporelle.....	16
d.2. Le patient atteint de MA se focalise sur le moment immédiat.	16
d.3. Paradoxalement, la MA favorise la résurgence du passé.	16
d.4. La MA entraîne la perte du sentiment d’identité.....	16
B. L’Art révèle l’être humain.	17
1. L’Art implique autant l’être humain que ses œuvres.....	17
a. L’être humain cherche à être heureux.	17
a.1. Le rapport entre la saveur et le savoir détermine la conscience d’être.	17
a.2. Le rapport entre vivre et exister permet de donner du sens à sa vie.....	17
a.3. L’échange entre l’intérieur et l’extérieur occasionne l’impression et l’expression.....	17
b. L’Art se caractérise par ses œuvres.....	17
b.1. Le fond se rapporte à l’impression esthétique.	17
b.2. La forme se rapporte à l’expression esthétique.	17
b.3. Le juste rapport entre le fond et la forme est l’idéal esthétique.....	18

2. La musique est une activité humaine à visée esthétique.....	18
a. Les caractéristiques de la musique reflètent les aspects de la nature humaine : physique, affectif, mental.	18
a.1.Le son est une résonnance qui implique le corps.....	18
a.2.Le rythme est une expression du corps.....	18
a.3.La mélodie suscite les émotions.	18
a.4.L'harmonie donne du sens à la construction musicale.	19
b. La musique a des effets physiologiques, cognitifs, psychologiques, sociaux.....	19
b.1.La musique a un impact physiologique.....	19
b.2.La musique modifie le fonctionnement cognitif et psychologique.....	20
b.3.La musique peut renforcer le lien social.....	20
C.L'Art-Thérapie utilise le pouvoir de l'Art dans une visée humanitaire et thérapeutique.	20
1. Dans l'art-thérapie, l'art est un processeur qui peut raviver la qualité existentielle des personnes.	20
a. L'Art a un pouvoir d'entraînement corporel.....	20
b. Le bon, le bien, le beau sont trois fondamentaux de l'esthétique.	21
2. L'art-thérapie aide à restaurer l'estime de soi des personnes.	21
a. L'engagement dans l'activité artistique implique l'amour de soi.	21
b. Le style mis en œuvre dans l'activité artistique implique la confiance en soi.	21
c. Le goût exprimé dans l'activité nécessite l'affirmation de soi.....	21
3. L'art-thérapeute utilise des outils d'observation et d'évaluation qui permettent de passer de la faculté critique à la faculté de critique.....	21
a. L'opération artistique est l'interface entre l'être humain et l'Art.	22
b. La stratégie thérapeutique s'appuie sur la partie saine de la personne.....	23
c. Le cube harmonique évalue objectivement la subjectivité de la personne.....	23
D.L'art-thérapie à dominante musique peut permettre aux personnes atteintes de la MA d'améliorer la qualité du moment présent.	23
1. Certaines capacités cognitives et affectives des patients atteints de MA restent accessibles.	23
a. Les possibilités de perceptions sensorielles et d'expressions sont conservées.	23
b. La mémoire émotionnelle reste intacte.	24
c. La mémoire implicite apparaît longuement préservée.	24
2. La musique a un pouvoir émotionnel que l'art-thérapie exploite dans un but thérapeutique.	25
a. La musique active le circuit du plaisir.	25
b. La musique facilite la résurgence des souvenirs.	25
c. La nature non verbale et hors verbale de la musique peut être un support de communication.	25
d. La musique sollicite l'élan corporel.....	26
3. Améliorer la qualité du moment répond aux besoins des personnes atteintes de la MA.....	26
a. Connaître les besoins de la personne aide à déterminer ce qui caractérise la qualité du moment présent.	27
b. La musique favorise le développement d'un nouvel espace temporel sécurisant.	28

2ème partie : La mise en place de séances d'art-thérapie se fait au sein d'un EHPAD* auprès de résidents atteints de la MA. 29

A. L'EHPAD* La Bourdaisière est une résidence collective destinée aux personnes âgées en perte d'autonomie ou dépendantes.	29
1. La Bourdaisière est un lieu de vie adapté aux personnes âgées.	29
a. L'infrastructure accueille une unité pour personnes âgées désorientées.	29
b. Le service de soin est assuré par une équipe pluridisciplinaire.	29
c. Le service d'animation propose des activités qui rythment les journées.	29
d. Les résidents sont dépendants physiquement et/ou atteints de troubles cognitifs.	30
e. Des prises en charges thérapeutiques non médicamenteuses existent dans l'établissement.	30
f. L'art-thérapie s'inscrit dans les missions de l'EHPAD*	30
B. Un protocole thérapeutique* en art-thérapie est élaboré en vue d'améliorer la qualité du moment présent chez les personnes atteintes de la MA.	32
1. Un climat de confiance se met en place progressivement.	32
a. L'art-thérapeute apprend à connaître l'établissement.	32
b. La rencontre avec les résidents est un temps indispensable pour construire la confiance. ..	32
c. La rencontre avec les équipes favorise la compréhension mutuelle.	32
2. La collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire est essentielle pour corrélérer les objectifs.	32
a. L'art-thérapeute participe aux réunions pluridisciplinaires.	32
b. Une communication entre les équipes et l'art-thérapeute s'instaure de façon informelle et formelle.	33
3. L'art-thérapeute met en place un cadre adapté aux objectifs thérapeutiques et aux capacités des résidents.	33
a. Les salles mises à disposition changent à chaque fois.	33
b. Les séances font l'objet d'une préparation matérielle.	33
c. Le déroulement d'une séance se compose de plusieurs séquences.	33
d. Les stratégies sont envisagées au regard des objectifs et de l'état de base.	34
d.1. Les objectifs sont fixés en complémentarité avec l'équipe soignante.	34
d.2. Les stratégies sont déterminées par l'observation des mécanismes défaillants à l'aide de l'opération artistique*	34
e. La fiche d'observation objective la séance d'art-thérapie et donne des éléments d'évaluations.	34
e.1. L'attitude, les expressions de la personne peuvent signifier son plaisir	35
e.2. La mobilisation des facultés physiques et cognitives de la personne orientée vers un but indiquent sa concentration.	35
e.3. Les différents modes d'expressions liés à la communication attestent de la qualité de l'implication relationnelle.	36
f. Le cube harmonique a dû être adapté en fonction de la pathologie des résidents.	36
C. La prise en soin de deux résidents atteints par la MA confirme l'amélioration de la qualité du moment.	37
1. Nadine est à un stade avancé de la MA.	37
a. L'art-thérapeute possède peu d'éléments sur l'histoire de vie de Nadine et l'état de base de Nadine se construit progressivement.	37
b. Des séances d'art-thérapie sont indiquées par l'équipe pour éveiller l'intérêt de Nadine. ..	37
c. Améliorer la qualité du moment présent est l'un des objectifs déterminé en concertation avec l'équipe de l'UPAD*	37
d. Le repérage des sites d'action sur l'opération artistique permet d'élaborer une stratégie pour Nadine en s'appuyant sur ses connaissances en musique classique.	38

e. Nadine bénéficie de sept séances d'art-thérapie qui mobilisent ses compétences musicales et permettent d'atteindre les objectifs.	39
f. Les évaluations vérifient l'amélioration de la qualité du moment pour Nadine.	40
g. Le bilan confirme l'amélioration du moment présent pour Nadine.	43
2. Lucette est à un stade modéré de la MA.	45
a. L'art-thérapeute possède peu d'éléments d'anamnèse sur l'histoire de vie de Lucette et l'état de base se construit progressivement.	45
b. L'indication de séances d'art-thérapie est donnée par la psychologue et concerne la diminution de l'état dépressif de Lucette.	45
c. La diminution de l'anxiété est l'un des objectifs généraux déterminé en concertation avec l'équipe soignante de l'EHPAD*.	45
d. Le repérage des sites d'action sur l'opération artistique permet d'élaborer une stratégie thérapeutique pour Lucette en s'appuyant sur la stimulation sensorielle, les ressentis archaïques.....	46
e. Lucette bénéficie de six séances d'art-thérapie qui ont mobilisé ses capacités sensorielles et ont permis d'atteindre les objectifs.	46
f. Les évaluations vérifient l'amélioration du moment présent pour Lucette.....	48
g. Un bilan confirme l'amélioration du moment présent pour Lucette	51
D. Les observations cliniques faites pour sept autres résidents valident l'intérêt de l'art-thérapie dans l'amélioration de la qualité du moment.	53
1. <i>La présentation des observations cliniques est faite sous forme de tableaux.</i>	53
2. <i>Pour des personnes atteintes de la MA, des limites apparaissent en rapport avec le cadre et avec certains outils de l'art-thérapeute.....</i>	55
3. <i>Le bilan atteste de l'intérêt de l'art-thérapie dans l'amélioration de la qualité du moment.....</i>	55
3ème partie : L'art-thérapie à dominante musique peut-être considérée comme une aide à la résilience.	56
A. Des recherches montrent qu'un processus de résilience est possible pour des personnes atteintes par la MA.	56
1. <i>La résilience est un processus qui s'appuie sur des ressources intérieures et extérieures.....</i>	56
a. Certains paramètres appelés <i>facteurs de résilience</i> rendent opérant le processus.....	56
b. La personne, dans son processus de résilience, peut alors s'appuyer sur des <i>tuteurs de résilience</i>	57
2. <i>Pour les personnes atteintes par la MA, on parlera de déclin résilient.....</i>	57
a. La notion de résilience pour les personnes âgées nécessite une nouvelle définition.	57
a.1. <i>Les auteurs mettent en garde de ne pas confondre les stratégies mises en place pour « bien vieillir » et le processus de résilience.</i>	57
b. Les <i>interactions</i> relationnelles tardives sont nécessaires dans le processus d'un <i>déclin résilient</i>	58
b.1. <i>Les interactions qui suscitent des émotions positives activent le déclin résilient.</i>	58
B. L'analyse et la critique du travail clinique permettent de dégager les atouts et les limites de l'art-thérapie à dominante musique par rapport au processus de résilience.	59
1. <i>Des éléments présents dans les prises en soin favorisent le processus de résilience.</i>	59
a. La nature non verbale de la musique rappelle les souvenirs associés aux émotions et donne du sens.....	59
b. La relation avec le soignant peut être une figure d'attachement sécuritaire*.....	59

c. L'implication dans une activité artistique utilise les ressources saines de la personne malade.	60
d. Le cadre facilite la résilience par le climat de sécurité qu'il instaure.	61
2. Des éléments font obstacle au processus de résilience.....	61
a. Le choix des œuvres peut entraîner la personne dans une boucle d'inhibition*.....	61
b. Des séances individuelles peuvent être source d'angoisse par rapport à des séances en groupe.....	62
c. L'implication relationnelle de la personne atteinte de la MA peut être une limite au processus de résilience.	62
d. L'utilisation de la technique artistique peut mettre la personne en échec.	63
e. La dynamique Art I/Art II* mal ajustée peut déclencher des mécanismes de défense allant à l'encontre du processus de résilience.....	63
3. La musique possède un pouvoir de résilience.	64
a. Il existe un <i>cerveau musicien</i> qui favorise la plasticité neuronale* et peut faciliter la résilience.	64
b. Le temps musical offre une possibilité de résilience.....	64
b.1. Le partage des émotions entre la personne malade, l'aidant* ou le soignant favorise la relation et l'affirmation de soi.	64
b.2. Le temps musical est un temps de jeu qui permet la résilience.	65
b.3. La résilience de la personne atteinte par la MA se vit fondamentalement dans le moment présent.....	65
C. Les recherches menées autour de la résilience donnent des pistes de réflexion pour considérer autrement la MA, les malades et les prises en soin thérapeutiques.....	66
1. Un certain nombre de réflexions permettent de rester prudent sur le processus de résilience.	66
a. La résilience peut être considérée comme une force.....	66
b. La résilience semble incompatible avec la MA à cause de son lien avec le temps.....	66
2. Admettre une possible résilience pour les personnes atteintes de la MA, permet un autre regard sur la maladie et les malades.	66
a. Les personnes atteintes par la MA sont stigmatisées.	66
b. Les travaux de réflexion des sciences humaines permettent de considérer autrement les personnes atteintes par la MA.	67
3. L'art-thérapie participe à la modification de ce regard en prenant en compte les aidants* des personnes atteintes par la MA.	67
a. L'art-thérapie permet à la personne atteinte par la MA de maintenir son identité et occasionne un changement de regard de la part de l'entourage.	67
b. La prise en soin des aidants* en même temps que des personnes atteintes par la MA participe à la résilience.....	68
Conclusion.....	69
Liste des graphiques.....	70
Bibliographie.....	71
Annexes.....	73

Glossaire

Aidant, accompagnant : personnes qui aident régulièrement des membres de leur entourage, dépendants (du fait d'un handicap, de leur âge avancé, d'une maladie ou d'un accident) pour les actes de la vie quotidienne.

AGGIR : (autonomie, gérontologie groupe iso-ressources): Grille universelle d'évaluation du degré de dépendance des personnes âgées.

Agnosie : Incapacité de reconnaître les objets, indépendamment de tout déficit sensoriel.

AMP : Aide médico-psychologique.

Amygdale (cerveau) : Structure en forme d'amande située près de l'hippocampe dans le système limbique. L'amygdale joue un rôle essentiel dans la gestion de nos émotions et en particuliers nos réactions de peur et d'anxiété.

Analgésique : Médicament destiné à supprimer ou à atténuer la douleur

Anosognosie : Incapacité pour un patient de reconnaître la maladie ou la perte de capacité fonctionnelle dont il est atteint.

Anamnèse : Histoire de la maladie ou du trouble.

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

Aphasie anomique : Trouble ou perte de l'expression et de la compréhension du langage acquis, parlé ou écrit.

Art I : Domaine artistique relatif à l'expression brute, à l'archaïsme.

Art II : Domaine artistique relatif à l'expression sophistiquée, au conventionnel.

ASH : Agent de service hospitalier.

Besoin d'attention : Besoin d'être vu, entendu, connu ou remarqué.

d'affection : Besoin d'être aimé, apprécié, valorisé.

d'affiliation : Besoin d'être entouré, soutenu, recherché.

Boucle d'inhibition : La mise en valeur d'un blocage entraîne d'autres et enferme la personne dans un processus négatif.

Cathartique : Qui produit une action purificatrice, libératrice.

Cellule rythmique : Petit élément rythmique.

Cibles thérapeutiques : Élément précis sur lequel va porter l'action thérapeutique.

Coalescence : sentiment d'unité où l'intégrité de chacun est respectée.

Consonance : Prise de conscience d'une parenté entre deux ou plusieurs sons qui semblent ne former qu'un seul et même ensemble se suffisant à lui-même.

Cordes sympathiques : Cordes libres qui entrent en vibrations par simple résonance avec les notes jouées de même fréquence.

Cortex frontal (cerveau) : zone du cerveau située à l'avant du lobe frontal, qui regroupe un ensemble de fonctions motrices, exécutives et cognitives supérieures, telles que la mémoire de travail, le raisonnement, la planification de tâches.

Dégénérescences neurofibrillaires : Processus neurobiologique correspondant à une accumulation anormale dans les neurones de certaines aires spécifiques du cerveau, de sortes de filaments ou fibrilles.

Démence vasculaire : démence liée à de nombreux petits accidents vasculaires. Selon leurs localisations et leur rythme, les troubles peuvent être des troubles de l'humeur, des paralysies faciales, des troubles mnésiques et du jugement et de l'attention.

Dissonance : Contraire de consonance.

Dynamogène : Qui donne de la force musculaire ou qui stimule une fonction organique.

Dysorthographe : Altération spécifique et significative de l'orthographe.

Echelle de Cohen-Mansfield : Echelle qui évalue l'agitation chez le patient souffrant de démence.

EHPAD : établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes.

Empathie : Capacité de ressentir les émotions de quelqu'un d'autre, d'arriver à se mettre à la place d'autrui.

Endorphine : substance produite par certaines cellules du système nerveux central ayant des propriétés analgésiques équivalentes à celles que procure la morphine

Engramme : Traces que gardent les centres nerveux en mémoire et qui est dû à diverses stimulations antérieures ou bien à des activités passées.

Espace potentiel, espace transitionnel : selon Donald Winnicott : espace paradoxal qui se situe entre la réalité extérieure et la réalité interne.

GDS : (Geriatric depression scale) : est une échelle gériatrique de dépression

GIR : Groupe iso ressource allant de 1 à 6.

Harmoniques : Composante fréquentielle d'un son.

Heuristique : art d'inventer, de faire des découvertes.

Hippocampe(cerveau) : structure bilatérale et symétrique, faisant partie du système limbique. L'hippocampe est connu pour jouer un rôle clé dans le processus de mémorisation

Homéostasie : processus physiologique permettant de maintenir certaines constantes du milieu intérieur de l'organisme nécessaires à son bon fonctionnement.

Ici et maintenant : Détermination spatio-temporelle de l'être individuel ou de son comportement.

Identité narrative : Selon le Philosophe Paul Ricœur. Capacité de la personne de mettre en récit de manière concordante les événements de son existence.

Item : Plus petite unité observable correspondant à une difficulté.

Labilité émotionnelle : Variabilité et instabilité des manifestations émotionnelles, qui peuvent osciller rapidement entre des débordements de joie, la tranquillité et des décharges spectaculaires de colère ou de larmes.

Logorrhée : caractérise le besoin constant de parler. Le flux de parole est considérablement augmenté, et le sujet s'exprime pendant de longs moments La logorrhée peut être un symptôme d'une affection psychiatrique.

Maladie d'Alzheimer : Affection neurologique chronique, d'évolution progressive, caractérisée par une altération intellectuelle irréversible aboutissant à un état démentiel.

Maladie de Parkinson : Maladie neurologique chronique caractérisée par un tremblement, une raideur et une lenteur des mouvements.

Mégalomaniaque : Délire de grandeur et de puissance.

Mentaliser : Selon Boris Cyrulnik. Capacité à se servir de représentations d'images et de mots pour mettre à distance un événement.

Mimésis : Terme tiré de la poétique d'Aristote et qui définit l'œuvre d'art comme une imitation du monde tout en obéissant à des conventions.

MMS : Mini Mental Status : évaluation rapide du fonctionnement cognitif.

Motif musical : Élément de la syntaxe musicale possédant un sens expressif propre, et qui confère son aspect caractéristique à une phrase mélodique.

Mouvement mélodique : indique la variation de la mélodie. Synonyme de ligne mélodique.

Neuromédiateurs, neurotransmetteurs : substance chimique, fabriquée par l'organisme et permettant aux cellules nerveuses (neurone), de transmettre l'influx nerveux, entre elles, ou entre un neurone et une autre variété de cellules de l'organisme (muscles, glandes).

Neurone : Cellule du système nerveux spécialisée dans la communication et le traitement d'informations.

Neurones miroirs : Catégorie de neurones du cerveau qui présentent une activité aussi bien lorsqu'un individu exécute une action que lorsqu'il observe un autre individu exécuter la même action

Neuroplasticité ou plasticité neuronale : possibilités d'adaptation et de modification fonctionnelle des réseaux de cellules nerveuses.

NPI : Inventaire neuropsychiatrique : recueille des informations sur la présence de troubles du comportement chez des patients souffrant de démence.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

Opération artistique : Organisation de l'ensemble des mécanismes humains impliqués dans l'activité artistique, représentée sous la forme d'un schéma opérationnel.

PAP : Projet d'accompagnement personnalisé.

PAS : plan d'accompagnement de soins.

Phrase musicale : Ligne mélodique délimitée par un repos cadenciel conclusif ; ce repos est l'équivalent du point dans un texte littéraire.

Plaques neuritiques/séniles : Dépôts, dans la substance grises, de protéine amyloïde bêta .

Praxie : Mouvement coordonné normalement vers un but suggéré.

Protocole thérapeutique : Ensemble des éléments qui constituent l'intérêt, la faisabilité de la prise en charge et la mise en œuvre de l'activité artistique auprès du patient.

Réflexes archaïques (moue, succion, agrippement) : Comportement automatique occasionné par l'application de certains stimuli, observable dès la naissance et réapparaissant au cours de la MA

Résolution : Mouvement mélodique faisant glisser un son vers un intervalle consonant voisin.

Secure : Selon Boris Cyrulnik. Attachement solide et sans inquiétude

Site d'action : mécanisme défaillant localisé sur l'opération artistique.

SSIAD : service de soins infirmiers à domicile.

Synapse : Région d'interaction entre deux cellules nerveuses qui constitue une aire de jonction par laquelle le message chimique passe d'un neurone à l'autre.

Thymie : Tonalité affective de base oscillant entre la position pessimiste et la position optimiste.

UPAD : unité pour personnes âgées désorientées.

Références bibliographiques des mots du glossaire :

cnrtl.fr/lexicographie/impression

Dictionnaire Larousse Médical

HAKIM, N. DUFOURCET, M. *Guide pratique d'analyse musicale*. Paris : Combre, 1991.

Introduction

Le métier de professeur de piano, m'a permis de m'intéresser particulièrement au pouvoir éducatif de l'Art. Mes années d'enseignements m'ont permis d'observer tous les bienfaits d'une pratique musicale : rigueur, persévérance, concentration, patience, goût de l'effort, sensibilité, finesse dans l'expression des sentiments, dans l'écoute, dans les nuances, plaisir du partage, respect de chacun dans sa singularité, sensorialité, motricité fine, écoute de son corps. Cette liste n'est pas exhaustive.

J'ai également rencontré dans ce cadre des élèves qui présentaient certaines pénalités : trisomie, autisme, mal voyant, hyper activité, dépression. Les demandes de ces élèves étaient diverses : rechercher un plaisir, améliorer la concentration, favoriser la sensorialité, faciliter l'expression. Tous comptaient sur la musique et la relation avec le professeur pour atteindre ces souhaits. Ces expériences très enrichissantes m'ont donné envie de mettre mes compétences de musicienne au service d'une meilleure qualité de vie et m'ont amené à m'interroger sur le lien entre la musique et la santé.

La musique est omniprésente dans la vie des hommes et ses relations avec la santé existent depuis toujours. Cependant pour sortir d'une pensée magique concernant les bienfaits de la musique sur la santé, il est nécessaire d'étudier la littérature spécifique. Actuellement, les neurosciences, font des recherches sur l'impact de l'Art, et particulièrement de la musique, sur le cerveau. Ces travaux viennent étayer les réflexions entreprises par les sciences humaines depuis de nombreuses années.

L'art-thérapie utilise les pouvoirs de l'Art dans une visée thérapeutique et humanitaire. L'école d'art-thérapie de Tours (AFRATAPEM) propose une approche moderne de cette discipline basée sur l'observation des mécanismes humains (physiques et psychiques) mis en jeu dans l'activité artistique. Elle développe des outils permettant d'objectiver les séances et d'analyser la subjectivité des personnes prises en soin. L'amélioration de la qualité de vie grâce à l'art-thérapie est ainsi évaluée. La pertinence de cette action thérapeutique comme approche non médicamenteuse ouvre de nouveaux champs d'action. Dans le cadre de cette formation, deux stages ont été effectués.

Ce mémoire relate une expérience d'art-thérapie à dominante musique et arts plastiques dans un EHPAD*, auprès de résidents atteints par la maladie d'Alzheimer (MA).

Les personnes atteintes de la MA sont également fragilisés par les bouleversements occasionnés par le processus du vieillissement. Leur qualité de vie en est de fait impactée. Dans la première partie, mon hypothèse s'attache à démontrer que l'art-thérapie à dominante musique peut améliorer la qualité du moment présent pour ces personnes dont le rapport au temps est modifié.

La deuxième partie met en évidence la stratégie thérapeutique et les résultats obtenus au regard de cette hypothèse pour deux résidentes : Nadine et Lucette.

La troisième partie confronte cette hypothèse au processus de résilience. Après une présentation de la résilience dans le contexte de la MA, nous analyserons nos prises en soin au regard de ce processus. Enfin, nous nous interrogerons sur l'impact de l'art-thérapie sur le cheminement résilient.

1ère partie : L'art-Thérapie à dominante musique peut aider les personnes âgées atteintes de la Maladie d'Alzheimer (MA) à améliorer la qualité du moment présent.

A. La vieillesse est une étape du développement humain.

La vieillesse est un état qui caractérise un groupe d'âge particulier, que l'OMS* situe à partir de 65 ans¹. Elle est à distinguer du vieillissement qui est un phénomène dynamique et progressif.

1. Le processus du vieillissement s'accompagne de pertes et de gains qui nécessitent une adaptation au regard de la bonne santé.

« Le vieillissement correspond à l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge mûr² ». C'est un processus complexe qui touche les individus de manière différente suivant des facteurs génétiques, environnementaux, sociaux. Vieillir fait partie intégrante de notre vie. Il est « le présent de chacun³ ». L'enjeu est d'essayer d'appivoiser ce vieillissement malgré les pertes qu'il occasionne.

a. Les pertes impactent la qualité existentielle des personnes.

Elles se situent à différents niveaux :

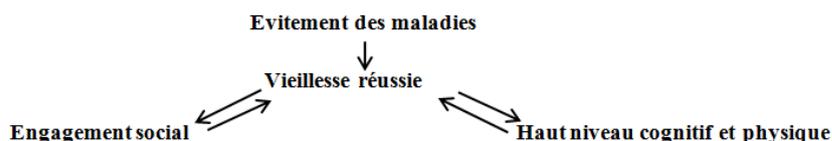
- Biologique : la dégradation des capacités physiques et cognitives entraîne l'augmentation des maladies.
- Social : le changement de statut provoqué par le passage à la retraite, les deuils, le décalage technologique et générationnel provoque une diminution des participations sociales et l'altération des liens relationnels.
- Psychologique : la modification des activités intellectuelles induit une baisse de la motivation, un désinvestissement progressif et un repli sur soi.

Ces bouleversements peuvent occasionner de la frustration, un sentiment de dévalorisation, d'inutilité, une baisse de l'estime de soi. Les changements physiques, psychiques et du mode de vie peuvent entraîner une crise identitaire, source de dépression, d'ennui existentiel⁴. Ce contexte d'épreuves peut s'avérer anxiogène et provoque une diminution de la qualité de vie.

a 1. Un processus d'adaptation peut se mettre en place face à ces modifications.

Comme dans toutes les étapes de la vie, des stratégies adaptatives sont à trouver. Depuis les années 1995, des spécialistes parlent du concept de « vieillesse réussie ». Le schéma ci-dessous représente les conditions d'une vieillesse réussie. Celles-ci sont rassemblées dans des proportions variables selon les individus.⁵

Figure 1: la vieillesse réussie



¹ www.info-seniors.com/info-article/2/30/181/comprendre-le-veillissement.html

² www.chups.jussieu.fr/polys/geriatrie/tome1/01_veillissement.pdf

³ Verdon, Benoît. *Le vieillissement psychique*. Edition Puf. Que sais-je.2013. p5.

⁴ ANAUT, Marie. Créativité, humour et résilience avec l'avancée en âge. In PLOTON, Louis et CYRULNIK, Boris. *Résilience et personnes âgées*. Paris : Odile Jacob, 2014.

⁵ FONTAINE, Roger. *Manuel de psychologie du vieillissement*. Paris : Dunod, 1999. Chap8, p172.

La créativité et l'humour sont aussi cités comme des ressources qui mettent en jeu un élan vital. En effet, les périodes de crises sont propices à l'élan créatif permettant d'extérioriser ses émotions, ses ressentis. L'humour est un mécanisme de défense qui aide à envisager la vie de manière plus positive. La distanciation humoristique crée un climat de détente, de plaisir qui facilite les relations aux autres⁶. Le processus d'adaptation est satisfaisant si la personne conserve essentiellement des liens affectifs plaisants, ne réagit pas de manière automatique aux situations et maintient son autonomie.

a 2. Dans le cas d'un processus réussi, les gains permettent un nouveau développement.

Sénèque déjà vantait les douceurs de la vieillesse dans une de ses lettres à Lucilius : « *Qui dit le soir : « J'ai vécu », peut dire le matin : « Je gagne une journée*⁷ ». Cependant, sans idéaliser la vieillesse, un certain nombre de points positifs sont à remarquer. L'augmentation du temps libre, le départ des enfants peut permettre de nouvelles implications relationnelles, sociales et affectives. Les seniors peuvent s'épanouir dans de nouveaux projets, acquérir de nouvelles connaissances qui mettent en jeu des capacités inexplorées. L'arrivée d'éventuels petits enfants change la relation éducative. Les grands parents transmettent, témoignent, apportent leur aide. Les relations familiales peuvent être alors moins stressantes, moins contraignantes. L'expérience acquise au cours de la vie donne du recul par rapport aux événements et peut occasionner sagesse et sérénité. La crise identitaire demande une réorganisation psychique qui, réussie, aide à trouver un sens à cette vie présente. « *Un mode de vie gouverné par la valeur « être » plutôt que par la seule valeur « avoir » apparaît alors le garant d'un vieillissement apaisé(...)*⁸ »

b. Inévitablement, ces changements entraînent une nouvelle perception du temps.

b.1 Avec la vieillesse, la temporalité est accrue.

Le corps vieillissant nous rappelle à notre finitude et nous confronte à un avenir qui peut inquiéter. Le décès des amis et des proches fait de la mort une réalité qui se rapproche. C'est le temps du bilan de la vie. La relecture du passé aide à donner du sens à sa vie. Il permet la continuité de l'identité. Le récit de sa vie favorise aussi le lien trans-générationnel. La personne âgée devient ainsi la mémoire familiale. Elle est garante d'une transmission qui permet de prolonger la vie malgré la mort. La réminiscence du passé peut-être aussi source d'angoisse quand elle réactive des traumatismes anciens.

b.2 Le rythme physiologique est ralenti.

La diminution des fonctions de l'organisme entraîne une plus grande lenteur pour les gestes du quotidien, la réactivité physique et cognitive, la fluidité de l'expression. Paradoxalement plus on vieillit, plus le temps semble s'accélérer ce qui peut engendrer l'urgence du présent. Cependant, on ne peut généraliser car la perception du temps psychologique⁹ varie suivant les individus, les situations, les cultures.

⁶ ANAUT, Marie. *Op.cit.*

⁷ Sénèque, *Lettres à Lucilius*, Livre I, extrait de la lettre 12. Traduction française de J. Baillard, 1914.

⁸ KAGAN, Yves et PELLERIN, Jérôme. Grand âge, âgisme et résilience. In PLOTON, Louis et CYRULNIK, Boris. *Résilience et personnes âgées*. Paris : Odile Jacob, 2014.

⁹ BERGSON, H. *Essai sur les données immédiates de la conscience*. 10e éd. Paris : Puf, 2013

2. La MA est liée au vieillissement pathologique.

Il est important de distinguer la vieillesse dite normale, qui peut-être réussie, de la vieillesse pathologique.

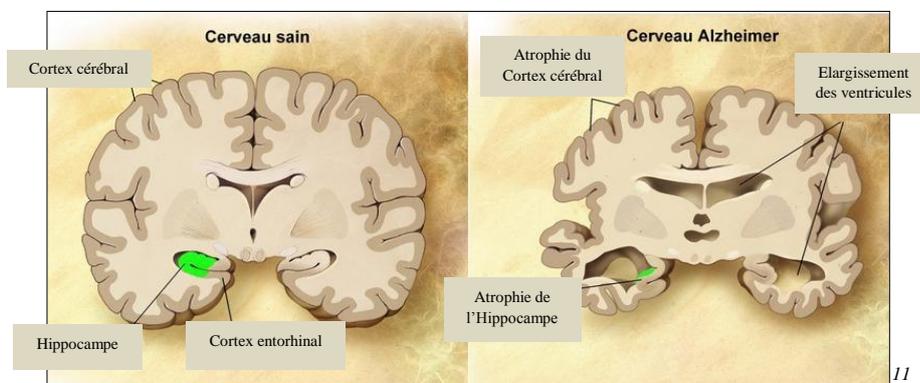
a. La MA est une maladie neurodégénérative.

La MA est une pathologie s'inscrivant dans la famille des démences neurodégénératives à prédominance corticale¹⁰. La disparition progressive des neurones* entraînent une altération des facultés cognitives : mémoire, langage, raisonnement. L'extension des lésions cérébrales cause d'autres troubles qui réduisent progressivement l'autonomie de la personne.

a.1 Cette dégénérescence est visible sur l'anatomie du cerveau.

Cette maladie se caractérise par une diminution du poids du cerveau et une atrophie corticale visible par un IRM*.

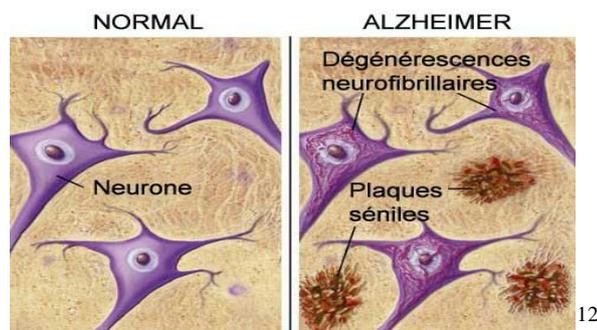
Figure 2: Comparaison entre un cerveau sain et un cerveau atteint par la MA



a.2. Les lésions cérébrales s'observent en faisant une biopsie.

L'élément lésionnel le plus important provient de modifications au niveau cellulaire : pertes neuronales* et synaptiques*, plaques neuritiques/séniles*, et dégénérescences neurofibrillaires*. Ces lésions cérébrales, microscopiques, sont visibles par biopsie lors d'une autopsie post mortem. Le diagnostic du vivant du malade est donc presque toujours probabiliste.

Figure 3: Comparaison entre des neurones* sains et des neurones* atteints par la MA



¹⁰ COLETTE.F, FEYERS, D. BASTIN, C. La Maladie d'Alzheimer. In DUJARDIN, K et LEMAIRE, P. *Neuropsychologie du vieillissement normal et pathologique*. Paris : Masson, 2008.

¹¹ www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/113/Synthese.html.

¹² Ibid.

b. La MA se caractérise par une combinaison de troubles cognitifs et psycho comportementaux.

b.1. La MA touche de façon hétérogène l'ensemble des domaines du fonctionnement cognitif.

Les troubles de la mémoire constituent le mode de démarrage le plus fréquent et le plus frappant pour le patient et son entourage. Des lectures croisées permettent d'élaborer un tableau qui récapitule le fonctionnement mnésique et les principales atteintes mnésiques dues à la MA¹³.

Tableau 1: fonctionnement mnésique et ses atteintes par la MA

Mémoire		Fonctionnement mnésique		Zone du cerveau	
Mémoire à court terme	Mémoire à court terme	Capacité à saisir une information et à la redonner immédiatement sans effectuer aucun traitement.		Cortex sensoriel	
	Mémoire de travail	Maintien et manipulation de l'information avant de la restituer.		Cortex préfrontal sensoriel	
Mémoire à long terme	Mémoire explicite, déclarative : récupération consciente de l'information	Sémantique	Connaissances générales et des faits. Sans connotation émotionnelle	Mémoire auto-biographique Lobe temporal, médian, diencéphale, hippocampe*	
		Episodique	Evènements biographiques. épisodes uniques, situés dans le temps et l'espace et liés à l'émotion		
	Mémoire implicite, non déclarative : s'exprime par la performance et non par le rappel	Procédurale	Acquisition d'habiletés motrices perceptivo motrices, cognitives.		Ganglions de la base Cervelet
		Amorçage	Capacité à analyser et identifier un Item* (mot, photo, objet) qui a préalablement été présenté.		Cortex
	Conditionnement classique	Apprentissage au cours duquel le sujet est soumis à des associations entre un stimulus sensoriel neutre et un renforcement		Cervelet	
	Apprentissage non associatif	adaptation du sujet à son environnement qui repose essentiellement sur des voies réflexes		Voies réflexes	

Altération de la mémoire par la Maladie d'Alzheimer	
Altérations précoces et partielles	Stade de démence légère
Altérations progressives et variables	Stade de démence modérée
Altérations tardives et partielles	Stade de démence sévère

Des troubles des autres fonctions cognitives, rarement présents au début de la maladie, apparaissent progressivement. Troubles des fonctions instrumentales : aphasie anomique*, dysorthographe*, apraxies*, agnosies*, anosognosie*. Troubles des fonctions exécutives : incapacités à abstraire, à planifier, mener une action déterminée par un but.

¹³ COLETTE.F, FEYERS, D. BASTIN, C. *Loc.cit.*

SELLAL, F et KRUCZEK, Elisabeth. *Maladie d'Alzheimer*. 2^e éd. Doin, 2007.

GISQUET-VERRIER, P. Bases structurales et anatomiques de la mémoire. In *Epilepsies*, vol. 18, Numéro spécial, septembre 2006.

PLOTON.L. *Ce que nous enseignent les malades d'Alzheimer*. Lyon : Chronique Sociale, 2010.

Troubles du fonctionnement attentionnel : manque de réactivité à traiter les informations, incapacité à réagir aux stimulations de l'environnement, incapacité d'attention soutenue. La MA peut affecter de manière hétérogène certains domaines et en épargner d'autres. L'évolution des troubles peut varier considérablement d'un patient à l'autre.

b.2. Les troubles psycho comportementaux modifient l'expression de ces patients.

L'évolution de la maladie comporte une prédisposition croissante à présenter des troubles du comportement. Ceux ci sont difficilement tolérés par les familles et provoquent souvent le placement en institution. L'entourage peut être impuissant face à des réactions agressives, des fugues, des manifestations hallucinatoires, des cris, des détériorations de matériel, des déambulations. Parfois, le malade arrive à dissimuler ou à minimiser les symptômes. Parfois, il se présente de façon hyperdévalorisé avec des tendances dépressives. Ce sentiment de dévalorisation entraîne le malade dans une grande dépendance affective qui se traduit par des conduites destinées à attirer l'attention : demandes répétées, résistance pour s'impliquer dans une activité, agitation. Ces troubles modifient l'expression du malade: faible réactivité aux stimulations extérieures, comportement apathique*, labilité émotionnelle*.

b.3. Les troubles somatiques peuvent impacter et aggraver les signes cliniques de la MA.

Divers troubles peuvent être observés en phase sévère de la maladie : troubles du sommeil, anorexie, incontinence urinaire et sphinctérienne, troubles sexuels, contractions musculaires brusques et brèves, apparition de réflexes archaïques* (moue, succion, agrippement).

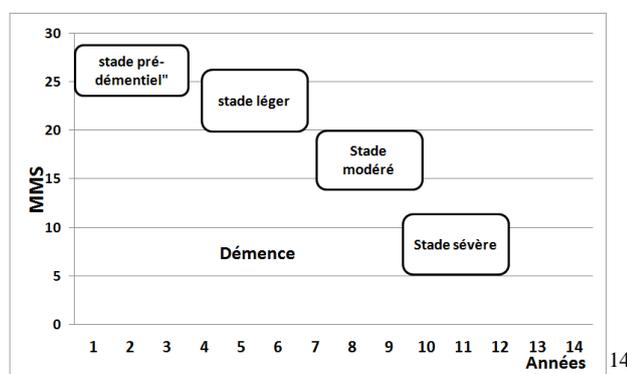
c. La MA connaît une évolution qui s'apparente à une maladie chronique.

Les auteurs parlent maintenant de maladie d'Alzheimer et de moins en moins de démence compte tenu de la connotation péjorative du terme et l'associent à une maladie chronique. Une maladie chronique selon l'OMS * est une « *maladie de longue durée, évolutive, souvent associée à une invalidité et à la menace de complications graves* ».

c.1. L'évolution de la MA est progressive : insidieuse, lente, par stades, et inexorable.

Le début des troubles de la MA est toujours insidieux et sans signes neurologiques caractéristiques. La maladie est généralement précédée par des défaillances cognitives légères. L'évolution est lente et marquée par un déclin cognitif continu ou par paliers : stade pré-démontiel, stade léger, stade modéré, stade sévère. On ne guérit pas de la MA.

Figure 4: Les stades de l'évolution de la MA



¹⁴ cen-neurologie.fr/2eme-cycle/Items inscrits dans les modules transversaux/Confusion et démence sujet âgé/.Le MMS (Mini Mental Status) est un outil d'évaluation de la sévérité de l'atteinte clinique.

c.2. Les symptômes de la MA se manifestent de manière irrégulière.

Les altérations cognitives peuvent varier d'un moment à l'autre, de façon imprévisible. On observe des moments de rémission, des périodes courtes d'amélioration. La conscience des troubles est variable dans le temps en lien avec les stades de la maladie. L'évolution cognitive est suivie au moyen d'un test des fonctions cognitives : le MMSE*. Les traitements médicamenteux peuvent ralentir le déclin cognitif si le malade répond bien au traitement. La prise en soin peut être précoce, globale, pluridisciplinaire, pour le patient et son entourage. Cela implique de réajuster en permanence les objectifs thérapeutiques en fonction des stades de développement de la maladie. Les traitements non médicamenteux apportent une plus-value thérapeutique par rapport au seul traitement médical. Le professeur Ploton, psychiatre, en dit : « *s'il n'y a rien à en attendre sur le plan cognitif, elles (ces pratiques) ont un réel impact sur la thymie* ou le sentiment de bien-être et donc sur leur conduite*¹⁵ ».

d. La MA modifie le rapport au temps et occasionne une diminution de la qualité de vie¹⁶.

d.1. Les problèmes mnésiques entraînent une désorientation spatio-temporelle.

La personne atteinte de la MA, se retrouve incapable de s'orienter dans l'espace et dans le temps. Elle ne parvient plus à se représenter l'espace et se perd, d'abord dans de nouveaux lieux puis dans les lieux les plus familiers. D'autre part, la personne atteinte de la MA n'est plus capable de se situer dans le temps : l'année, le jour, l'heure. Ces absences de repères sont facteurs d'une grande anxiété.

d.2. Le patient atteint de MA se focalise sur le moment immédiat.

A cause des troubles de la mémoire épisodique, la personne a de moins en moins accès à ses souvenirs et n'arrive plus à en former de nouveaux. L'horizon temporel se focalise sur le moment immédiat. Celui-ci peut être vécu de façon heureuse mais peut être aussi source d'ennui ou de sensation de vide.

d.3. Paradoxalement, la MA favorise la résurgence du passé.

Les souvenirs d'un passé lointain sont parfois vécus comme s'il s'agissait d'événements actuels. Souvent en fin de journée, le malade évoque sa mère comme si elle vivait encore, ou bien veut partir pour aller chercher ses enfants à l'école. Cela peut être réconfortant si les souvenirs sont agréables ou raviver l'angoisse de séparation. La frustration de ne pouvoir réaliser l'acte peut être aussi source de souffrances.

d.4. La MA entraîne la perte du sentiment d'identité.

Les troubles de la mémoire entraînent l'incapacité de penser avec des mots ou de former des images mentales. Le monde qui nous entoure et les relations humaines perdent de leur sens. Le malade se sent menacé par le regard de l'autre. Il s'isole de plus en plus. La confiance en soi et la conscience de soi se désintègrent causant la perte du sentiment d'identité. Le neurologue Pierre Lemarquis définit celui-ci ainsi : « *conscience pour l'individu d'être différent des autres et de rester le même dans le temps, malgré les années et les modifications physiologiques*¹⁷ ». La sensation d'être dépossédé de soi¹⁸ altère l'estime de soi.

¹⁵ PLOTON, L. Op. cit. p. 32.

¹⁶ GZIL, F. *La Maladie du temps*. Paris : Puf, 2014.

¹⁷ LEMARQUIS, P. *Sérénade pour un cerveau musicien*. Paris : Odile Jacob, 2009, p. 178.

¹⁸ KAGAN, Y. *Dictionnaire de pratique gérontologique*. Frison-Roche, 1996.

Le temps perd de son sens, le présent devient envahissant¹⁹ entraînant une baisse de la qualité du moment et de la saveur existentielle.

B. L'Art révèle l'être humain.

1. L'Art implique autant l'être humain que ses œuvres.

a. L'être humain cherche à être heureux.

a.1. Le rapport entre la saveur et le savoir détermine la conscience d'être²⁰.

Le maintien de l'équilibre comme limite entre deux déséquilibres est inscrit dans la nature humaine. La bonne adéquation entre l'homéostasie* et les apports de l'extérieur dont l'organisme a besoin est la condition d'une bonne qualité de vie. Ce principe d'autorégulation est un savoir fondamental qui produit des ressentis, une saveur qui donne du goût à la vie. Le rapport entre le savoir et la saveur détermine la qualité existentielle de l'être humain et le fait passer de l'existence à la vie. Du simple fait d'être, il passe à la conscience d'être.

a.2. Le rapport entre vivre et exister permet de donner du sens à sa vie.

La prise de conscience de son corps régulé par des sensations particulières, déclenche un élan vital qui pousse l'être humain à s'engager. « *La personnalité peut ainsi s'imposer comme expression de l'individualité et de l'identité des personnes²¹* ». L'accord entre la personnalité et l'existence va donner du sens à la vie humaine.

a.3. L'échange entre l'intérieur et l'extérieur occasionne l'impression et l'expression.

Les sensations provoquées par l'extérieur engendrent l'impression. Celle-ci va générer une réaction, l'expression, qui pourra être involontaire (les émotions) ou volontaire (la communication verbale ou non verbale). Quand cette expression est orientée vers l'esthétique²², c'est de l'Art. L'Art vient puiser au plus profond des êtres humains et permet une application émotionnelle et sensible de l'échange entre l'impression et l'expression. L'œuvre d'Art est bien la manifestation tangible de cette intention esthétique. Cependant, au-delà, c'est l'humain qu'elle révèle.

b. L'Art se caractérise par ses œuvres.

Des savoirs faire artistique au service de l'intention esthétique permettent le passage à l'acte créateur. L'œuvre ainsi créée se caractérise par un fond et une forme.

b.1. Le fond se rapporte à l'impression esthétique.

L'impression est un mode d'appréhension de la réalité privilégiant la sensation, l'émotion²³. Ce sont les motions intérieures de l'artiste (imagination, abstraction, sensibilité) qui sont sollicitées. Il peut faire le choix de l'imitation (mimésis*) ou de l'invention (heuristique*). Le fond révèle la partie subjective de l'œuvre et concerne chacun, soit par ce qu'il la crée soit parce qu'il la contemple.

b.2. La forme se rapporte à l'expression esthétique.

L'expression est une façon de définir un être ou une chose dans sa forme, son contenu, son caractère, ses modalités²⁴. L'expression se manifeste dans la forme de l'œuvre.

¹⁹ LEJEUNE, A. *Maladie d'Alzheimer, Attachements et résilience*. Solal, 2010.

²⁰ FORESTIER, R. *Regard sur l'Art*. See You Soon, 2005.

²¹ *Id.* *Profession art-thérapeute*. Paris : Elsevier Masson, 2010, p. 17.

²² Selon BAUMGARTEN, l'esthétique est la science du beau.

²³ cnrtl.fr/lexicographie/impression

²⁴ *Ibid.*

Les techniques utilisées permettent son inscription dans le temps et l'espace et la rendent objective. L'œuvre se donne à voir exerçant un pouvoir de rayonnement.

b.3. Le juste rapport entre le fond et la forme est l'idéal esthétique.

La satisfaction ressentie dans l'idéal esthétique est en lien avec la cohérence, l'équilibre fond/forme qui répond aux besoins fondamentaux de l'être humain. L'impact émotionnel que produit l'œuvre par son rayonnement apporte des gratifications esthétiques. L'effort requis pour atteindre cet idéal esthétique vient stimuler la saveur existentielle.

2. La musique est une activité humaine à visée esthétique.

La musique est « *l'art de combiner les sons de la voix ou des instruments en visant la beauté et l'expression des émotions*²⁵ ». La musique accompagne nos existences depuis toujours. Certains auteurs²⁶ avancent même l'hypothèse que l'Homme chantait avant de parler. Par son déroulement temporel on peut dire aussi que la musique est une métaphore de la vie. Elle se manifeste par des *éléments matériels et spirituels*²⁷ et reflète les aspects les plus divers de notre nature.

a. Les caractéristiques de la musique reflètent les aspects de la nature humaine : physique, affectif, mental.

a.1. Le son est une résonance qui implique le corps.

La musique commence avec le son, phénomène physique, constitué par des mouvements vibratoires perçus par les organes de l'audition. Si un corps peut transmettre ses vibrations à un autre corps (comme les cordes sympathiques* ou les harmoniques* d'un clavier), les organes du corps humain peuvent également entrer en résonance avec des sons déterminés²⁸. C'est à ce principe que se réfère l'acupuncture chinoise, par exemple. La vibration de l'air sur nos cordes vocales produit la voix chantée. Le corps est alors comparable à un instrument de musique et nous fait directement toucher à l'âme humaine²⁹.

a.2. Le rythme est une expression du corps.

Le rythme est anthropomorphique. « *Les battements du pouls, les pulsations du cœur, la respiration, la marche binaire de l'homme, sont autant de faits physiologiques qui révèlent en nous l'existence constante d'un rythme spontané et vivant*³⁰ ». Le rythme nécessite le mouvement, l'élan vital. Le rythme rend concret les caractéristiques musicales. Par son intensité il occupe l'espace, par sa durée il s'inscrit dans le temps, et par sa plasticité il devient matériel. Le corps entier participe au mouvement créateur du rythme. A l'écoute d'une musique les pieds frappent la pulsation, les mains battent le rythme. La danse n'est pas loin. Ces mouvements nous font prendre conscience de l'espace et du temps³¹.

a.3. La mélodie suscite les émotions.

La mélodie nous met en relation avec la dimension affective de l'être humain. La manière dont l'auditeur va percevoir les consonances* et les dissonances*, le déroulé de la phrase mélodique* et l'attente de sa résolution*, entraîne les émotions. Par la répétition d'un motif musical*, la mélodie met en œuvre une alternance de tension et de détente qui peut être source

²⁵ Selon l'Oxford English Dictionary.

²⁶ WALLIN, N. MERKER, B. BROWN, S. *The Origins of Music*. Cambridge: MIT Press, 2001.

²⁷ WILLEMS, E. *Le rythme musical*. Pro musica, 1984.

²⁸ MOYNE-LARPIN, Y. *Musique pour renaître*. Paris : Desclee de Brouwer, 1988.

²⁹ FORESTIER, R. *Tout savoir sur la musicothérapie*. Paris : Favre, 2011, p23 à 72.

³⁰ MOCQUEREAU, A. *Le nombre musical grégorien*. Desclee et cie, 1908.

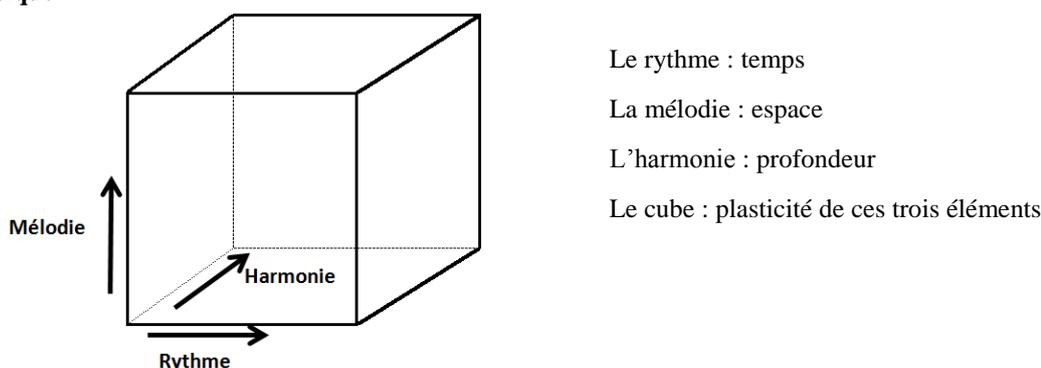
³¹ WILLEMS, E. *Op.cit.* p 74. Par plasticité, Willems indique que le rythme, la mélodie et l'harmonie s'interpénètrent et s'influencent mutuellement.

de plaisir. Souvent on observe qu'un mouvement mélodique* ascendant a un effet stimulant et un mouvement descendant un effet apaisant. Les associations déclenchées par certaines mélodies ravivent des souvenirs. Les émotions suscitées peuvent faire du bien mais aussi fragiliser l'équilibre psychique de l'auditeur.

a.4.L'harmonie donne du sens à la construction musicale.

Pour le musicologue Jacques Chailley, l'harmonie est « l'organisation de l'espace sonore sur un plan vertical (simultanéité des sons) ou horizontal (leur succession) en fonction de la hauteur de ces sons³² ». Elle découle d'une construction intellectuelle basée sur des règles strictes. Elle permet la « significabilité des rapports de sons dans l'espace sonore³³ ». Elle donne donc une profondeur à la mélodie et au rythme. Dans le langage courant, l'harmonie est synonyme d'entente, d'union. Une musique qui rejoint nos émotions du moment apporte ce sentiment d'équilibre entre notre impression et notre expression. Un schéma récapitulatif, inspiré par les écrits d'Edgar Willems, pédagogue de la musique, permet de comprendre l'inscription matérielle de la musique dans le temps et l'espace.

Figure 5: modélisation de l'inscription matérielle de la musique



b. La musique a des effets physiologiques, cognitifs, psychologiques, sociaux

b.1.La musique a un impact physiologique

La musique a un effet dynamogène*. Elle modifie le rythme respiratoire, la ventilation de l'organisme, le rythme cardiaque et augmente la fluidité sanguine³⁴. Plusieurs études scientifiques révèlent que la musique peut avoir un impact favorable sur la performance sportive. La musique diminue les sensations de malaise qui découlent de l'activité physique, elle augmente la tolérance à l'effort, elle aide à la concentration et à la préparation mentale³⁵. La musique a un effet analgésique* par la libération d'endorphine*. Elle augmente la résistance à des stimulations douloureuses et peut contribuer à diminuer les prescriptions médicamenteuses. Des études rapportées par le centre Cochrane Français ont conclu que la musique réduisait la douleur : augmentation du nombre de patients déclarant ressentir un soulagement de la douleur d'au moins 50 % et réduction des demandes d'analgésiques de type morphine³⁶.

³² CHAILLEY, J. *Expliquer l'harmonie ?* Rencontres, 1967. p73.

³³ *Loc.cit.*

³⁴ BIGAND, E. HABIB, M. BRUN, V. *Musique et cerveau*. Sauramps Medical, 2012.

³⁵ *The effects of synchronous music on 400-m sprint performance*, D. Stuart, Simpson, I. Costas, Karageorghis, 2006),in sport-passion.fr/sante/sport-musique.htm.

³⁶ Cepeda MS, Carr DB, Lau J, Alvarez H. *Music for pain relief*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010.

b.2.La musique modifie le fonctionnement cognitif et psychologique

Grâce aux progrès actuels des techniques d'imagerie médicale, les mécanismes entre la perception musicale et ses répercussions cérébrales sont de mieux en mieux compris. La musique sollicite une interaction permanente entre les deux hémisphères du cerveau. Le traitement de l'information musicale active des réseaux neuronaux impliquant de multiples aires cérébrales. De nombreuses recherches dans le domaine de la neuroscience étudient les applications concrètes de ces découvertes : rééducation du langage par le TMR (Mélodic Intonation Therapy³⁷), renforcement des réserves cognitives dans la MA³⁸, meilleure synchronisation de la marche dans la maladie de Parkinson*³⁹.

La musique semble réduire des états comportementaux comme l'apathie, l'irritabilité, les symptômes dépressifs, l'anxiété, le stress. Très concrètement, des études indiquent que des interventions musicales peuvent représenter une alternative aux sédatifs et aux médicaments anxiolytiques pour réduire l'anxiété préopératoire⁴⁰. Cet effet sécurisant est possible si le langage musical utilisé est un minimum familier à l'auditeur.

b.3.La musique peut renforcer le lien social

On connaît le rôle social de la musique. Il a une fonction d'organisation et de rassemblement⁴¹. La musique accompagne les temps communautaires : cérémonies privées et festives, célébrations religieuses. La résonance de la musique (physique et psychologique) permet de se sentir en lien avec soi-même et avec les autres. Un échange sensoriel, et émotionnel peut se construire. Il provoque un sentiment d'unité : Unité avec soi-même quand la musique entre en résonance avec ses propres émotions : Unité avec les autres dans le partage de musique d'une même génération. La dimension communautaire de l'écoute renforce le sentiment d'appartenance à un groupe. La musique permet de lever des barrières induites par les différences d'âges ou sociales. La relation peut s'établir sans qu'il y ait communication verbale.

C. L'Art-Thérapie utilise le pouvoir de l'Art dans une visée humanitaire et thérapeutique.

1. Dans l'art-thérapie, l'art est un processeur qui peut raviver la qualité existentielle des personnes⁴².

a. L'Art a un pouvoir d'entraînement corporel.

L'Art est perçu par les organes sensoriels qui donnent des ressentis corporels. Ces ressentis engagent l'intention esthétique de contempler l'œuvre, ou de créer. Les structures corporelles sont mobilisées dans l'activité artistique et nécessitent une bonne représentation mentale du schéma corporel. De l'intention, la poussée corporelle entraîne à l'action. Elle est l'énergie nécessaire à l'expression. La contemplation d'un tableau peut donner envie de peindre.

³⁷ SCHON, D. HIDALGO, C. TILMANN, B. Stimuler le langage par la musique. *Cerveau et Psycho*. n°63, mai/juin 2014, p36.

³⁸ PLATEL, H. GROUSSARD, M. FAUVEL, B. La musique contre les troubles de la mémoire. *Cerveau et psycho*.p42.

³⁹ DALLA-BELLA, S. La musique comme outil pour la rééducation. In BIGAND, E. HABIB, M. BRUN, V *Op.cit*

⁴⁰ Bradt J, Dileo C, Shim M. *Music interventions for preoperative anxiety*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013.

⁴¹ FORESTIER, R. *Op.cit*. p25.

⁴² Ces paragraphes se réfèrent aux écrits de Richard FORESTIER dans *Tout savoir sur l'art-thérapie*. Paris : Favre, 2012.p167 à 169 et dans *Regard sur l'Art*. See You Soon, 2005.

L'écoute d'une musique déclenche des mouvements qui peuvent devenir une danse. L'action mène à la production et apporte des gratifications sensorielles.

b. Le bon, le bien, le beau sont trois fondamentaux de l'esthétique.

L'art-thérapie selon l'école de Tours s'appuie sur ces trois instances et en fait sa spécificité. Lors de la pratique artistique, le beau concerne ce qui plaît, le bien concerne ce qui est bien fait, le bon concerne l'envie de recommencer. La nature (bon/bien/beau) et l'articulation (intention/action/production) de l'activité artistique sont définies comme le phénomène artistique. L'art-thérapeute travaille sur la cohérence de l'ensemble du phénomène. Cette cohérence entraîne un plaisir esthétique qui ravive la qualité existentielle de la personne.

2. L'art-thérapie aide à restaurer l'estime de soi des personnes.

a. L'engagement dans l'activité artistique implique l'amour de soi.

L'intention esthétique qui est la volonté orientée vers l'esthétique implique l'engagement de la personne corporellement et psychiquement. Cet engagement est tributaire de l'amour de soi que Fabrice Chardon, définit comme : « *se reconnaître une capacité à être et à éprouver du plaisir*⁴³ ». La valeur que la personne peut s'attribuer lui permet d'assumer son individualité. La dynamique qui en découle procure un bien être (le bon) qui donne envie à la personne de s'impliquer dans l'activité artistique.

b. Le style mis en œuvre dans l'activité artistique implique la confiance en soi.

L'expression artistique se manifeste au travers de savoirs faire, de techniques. La personne par son style, laisse son empreinte dans sa production. La confiance que la personne a des ses propres compétences va lui donner l'espoir de réaliser une production bien faite (le bien). Le style mis en œuvre va aider à développer sa personnalité.

c. Le goût exprimé dans l'activité nécessite l'affirmation de soi.

Savoir ressentir le monde qui nous entoure, être capable d'exprimer ce qui plaît ou déplaît relève de la subjectivité. Au regard de ses impressions la personne affirme son goût. Le beau pour elle devient une vérité. Elle affirme ainsi son identité. L'estime de soi⁴⁴ est composée de l'amour de soi, de la confiance en soi et de l'affirmation de soi. Ces mécanismes de l'esprit, associés aux mécanismes corporels, sont impliqués dans l'activité artistique. Lorsque des personnes rencontrent des difficultés de relation, d'expression et de communication alors l'art-thérapie peut aider à l'épanouissement de la personnalité et restaurer l'estime de soi.

3. L'art-thérapeute utilise des outils d'observation et d'évaluation qui permettent de passer de la faculté critique à la faculté de critique.

L'art-thérapie est une discipline paramédicale qui s'inscrit dans une équipe pluridisciplinaire. Elle est placée sous autorité médicale par l'indication. Sa méthode scientifique est rigoureuse et s'inscrit dans un protocole thérapeutique* dont les éléments principaux sont l'opération artistique, la stratégie et les modalités évaluatives.

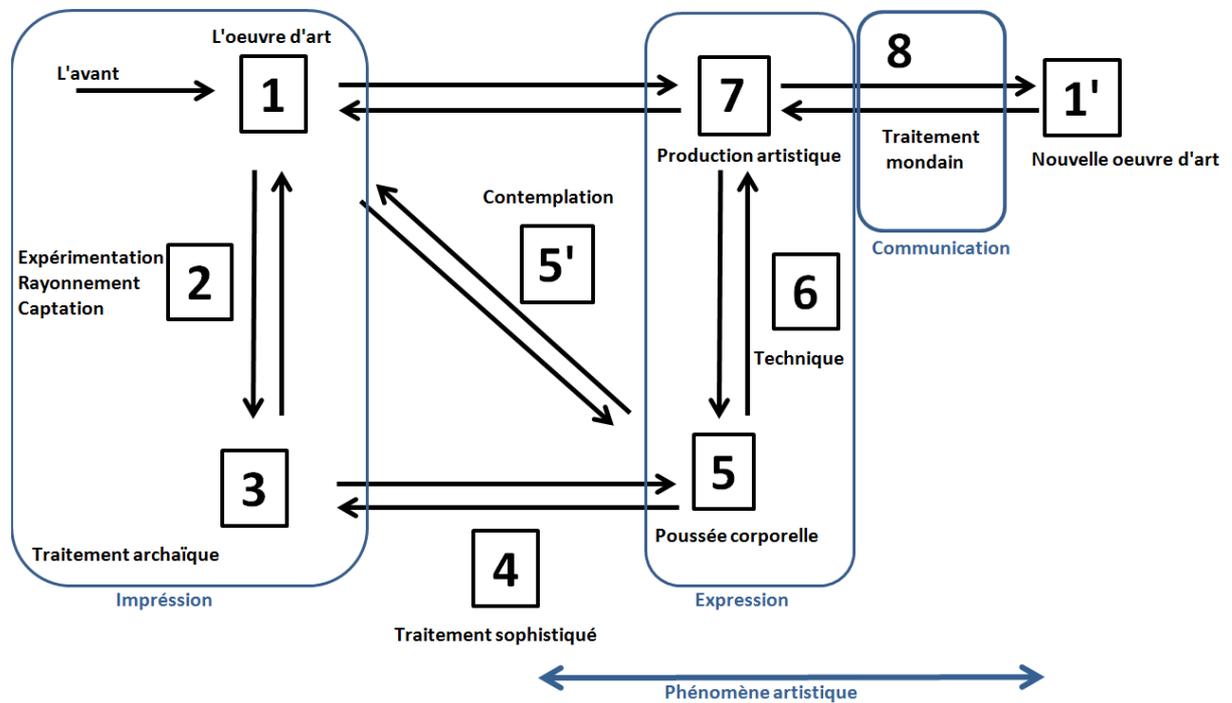
⁴³ CHARDON, F. espacecancer.sante-ra.fr/_AT_FCHARDON, avril 2014.

⁴⁴ CHARDON, F. *Ibid.*

a. L'opération artistique est l'interface entre l'être humain et l'Art⁴⁵.

Les mécanismes humains impliqués dans l'activité artistiques sont modélisés dans le schéma de l'opération artistique :

Figure 6: L'opération artistique



Elle se décompose en phases. Les doubles flèches symbolisent le va et vient d'une phase à l'autre pendant l'activité artistique.

	L'avant
1	L'œuvre d'art ou accident spatio-temporel
2	L'expérimentation : rayonnement provoqué par cette œuvre et captation de l'œuvre
3	Traitement archaïque : autorégulation entre le monde intérieur et le monde extérieur de l'être humain. Correspond aux émotions, sensations. C'est l'Art I*.
4	Traitement sophistiqué : implication de l'activité mentale. Correspond à la mémoire, l'intelligence, la connaissance (entre autre). C'est l'Art II*.
5	La poussée corporelle : élan moteur qui pousse à s'impliquer dans l'activité.
5'	La contemplation : nécessite une tension du corps et de l'esprit.
6	Le savoir-faire : la technique artistique est mise en œuvre.
7	La production artistique
8	Le traitement mondain : La production revêt un statut artistique visible par les autres.
1'	L'œuvre produite peut devenir un point de départ pour une nouvelle opération artistique.

« Composée du phénomène artistique qui est observable, donc lié à l'expression, cette opération permet d'analyser les relations qui existent entre l'expression et l'impression, et de repérer les sites d'action sur lesquels l'art-thérapeute peut travailler⁴⁶ ».

⁴⁵ Ces paragraphes se réfèrent aux écrits de Richard FORESTIER dans *Tout savoir sur la musicothérapie*. Paris : Favre, 2011, p108 à 164.

b. La stratégie thérapeutique s'appuie sur la partie saine de la personne.

La stratégie selon la définition de l'école de Tours est « *l'organisation et l'adaptation des moyens en vue d'atteindre un objectif en fonction d'un état de base* ». Les éléments d'anamnèse* permettent d'établir un état de base. Les observations repérées sur l'opération artistique localisent les sites d'action*, les cibles thérapeutiques* et déterminent des objectifs principaux et intermédiaires. La stratégie va s'appuyer sur la partie saine de la personne. Ce qui fonctionne est mis en valeur, sollicité, ravivé. Les moyens mis en œuvre et le choix des activités artistiques sont adaptés aux goûts, aux capacités et aux intentions de la personne.

c. Le cube harmonique évalue objectivement la subjectivité de la personne.

Les modalités évaluatives permettent de comparer un état de base à un état final. Une fiche d'observation, établie à chaque séance, consigne des items* d'observations. Ils sont choisis le plus précisément possible par rapport à des faits précis en fonction des objectifs. Mesurés et comparés, ils permettent une évaluation objective des effets des séances d'art-thérapie. Cette évaluation par l'art-thérapeute est associée à une auto-évaluation de la personne, proposée avec le cube harmonique. La personne auto-évalue sa production, directement après la séance, à partir des trois points caractéristiques de l'Art : le beau, le bien, le bon. Elle les cote de 1 à 5. Elle affine sa faculté critique au fur et à mesure des séances. La personne évalue aussi la qualité du moment passé. L'art-thérapeute analyse ensuite ces cotations et transmet une synthèse et un bilan à l'équipe soignante.

D. L'art-thérapie à dominante musique peut permettre aux personnes atteintes de la MA d'améliorer la qualité du moment présent.

1. Certaines capacités cognitives et affectives des patients atteints de MA restent accessibles.

a. Les possibilités de perceptions sensorielles et d'expressions sont conservées.

Malgré l'amenuisement des perceptions sensorielles avec l'avancée de l'âge, la personne atteinte de la MA conserve des capacités sensorielles. Elles lui permettent le maintien du lien relationnel.

L'environnement perdant progressivement de son sens, c'est par les perceptions et les émotions que la personne va appréhender le monde⁴⁷. Les ressentis de la personne sont très sensibles à l'ambiance affective qui l'entoure : la manière de parler, la proximité physique, le témoignage d'empathie*, le sentiment de disponibilité à son égard est très important pour son bien-être. Dans le registre affectif, l'expression des émotions est préservée.⁴⁸ La communication verbale est altérée au fur et à mesure de la maladie jusqu'à devenir incohérente. C'est par la communication non-verbale (le regard, le ton de la voix, le sourire, le toucher) que la personne peut rester en relation. Les troubles du comportement peuvent diminuer, la réciprocité de la relation devient possible, la confiance est maintenue⁴⁹. La personne malade se sent reconnue et pertinente dans l'expression de ses sentiments.

⁴⁶ FORESTIER, R. *Ibid* p106.

⁴⁷ PONCET-JEANNE, M. *L'expressivité non verbale des personnes âgées atteintes de démence de type Alzheimer, marqueur de leur affectivité préservée*. Lyon : université Lumière Lyon 2. Thèse : Psychologie. 2007.

⁴⁸ PLOTON, L. *Op. Cit* .p 32.

⁴⁹ CRAMET, B. *Alzheimer mon frère. Un chemin pour une nouvelle relation*. Nouvelle Cité. Avril 2014.

b. La mémoire émotionnelle reste intacte.

Même si la personne malade ne reconnaît plus ses proches, elle ressent que cette personne l'aime, fait attention à elle, est gentille avec elle. Cela lui fait du bien. Ces ressentis empathiques sont dus aux neurones miroirs* découverts en 1990 par l'équipe du professeur Rizzolatti. Les neurones miroirs* sont « *capables de s'activer aussi bien dans la réalisation d'une action que lors de l'observation de cette même action par d'autres individus* ⁵⁰ ». Ils sont responsables de la perception des émotions chez autrui. Les neurones miroirs* sont longtemps épargnés dans la maladie d'Alzheimer et permettent aux personnes malades d'intégrer toutes ces données non verbales⁵¹. D'autre part, dans le cortex frontal*, l'amygdale* et l'hippocampe* sont des structures clefs des processus mnésiques. L'hippocampe* est particulièrement important pour la mémoire épisodique verbale et autobiographique⁵². Il est touché en premier par la MA. L'amygdale* active le système nerveux végétatif responsable des manifestations somatiques des émotions. Elle est essentielle à notre capacité de ressentir et de percevoir chez les autres certaines émotions. Elle représente le « *cerveau émotionnel* ⁵³ » qui est préservé dans la MA. Ainsi, des souvenirs associés à une émotion pourront se réactiver permettant à la relation d'exister.

c. La mémoire implicite apparaît longuement préservée.

Certaines personnes atteintes par la MA chantent les paroles d'une chanson, savent jouer du piano, rattrapent un ballon, jouent aux dames, épluchent des carottes... Ces actions dépendent d'un savoir faire inscrit dans la mémoire implicite. Cette mémoire procédurale met en évidence la conservation d'automatismes gestuels qui peuvent être réactivés si on les sollicite⁵⁴. D'autre part, des études menées par le docteur Hervé Platel ont constaté des phénomènes d'apprentissage implicites chez des personnes participant à un groupe de chant.

Il explique : « *des patients Alzheimer porteurs de troubles très sévères de la mémoire déclarative se sont révélés capables d'apprendre de nouveaux chants, lors d'ateliers cliniques originaux, et de les produire spontanément. En revanche, si nous leur demandions s'ils connaissaient ces chants depuis longtemps, leurs réponses «depuis toujours» reflétaient ce que les neuropsychologues appellent classiquement «le sentiment de familiarité», qui exprime une reconnaissance implicite ou inconsciente* ⁵⁵ ». Ce qui est vécu, associé à un ressenti de plaisir, laisse une trace dans la mémoire implicite et émotionnelle.

⁵⁰ HABIB, M. Musique, danse et neurones miroirs : l'exemple du tango. In PLATEL, H. *Neuropsychologie et art*. Louvain : De Boeck-Solal. 2^e éd : 2014.p63.

⁵¹ POLYDOR, Jean-Pierre www.impact-sante.fr, 26 mai 2010

⁵² PLATEL, H. GROUSSARD, M. FAUVEL, B. La musique contre les troubles de la mémoire. *Cerveau et Psycho*.n°63, mai/juin 2014.p 45.

⁵³ LEMARQUIS, P.*Op.Cit*.p 116.

⁵⁴ DEWAVRIN, P. La vie psychique du dément. In GROSCLAUDE, M. *Psychothérapies des démences*. Paris :John Libbey Eurotext.1997.

⁵⁵PLATEL, H. *Evaluation neuropsychologique d'un atelier d'apprentissage de chants nouveaux chez des patients atteints de maladie d'Alzheimer institutionnalisés*.fondation-mederic-alzheimer.org. 2007.

2. La musique a un pouvoir émotionnel que l'art-thérapie exploite dans un but thérapeutique.

a. La musique active le circuit du plaisir.

L'écoute d'une musique agréable donne envie de la réentendre. Elle déclenche une émotion qui donne du plaisir, accompagnée de manifestations physiologiques (frissons, chair de poule). Des études de neuro-imagerie fonctionnelle ont observé « *une augmentation du débit sanguin proportionnelle à l'intensité des frissons dans un circuit cérébral connu comme le circuit de la récompense ou du plaisir*⁵⁶ ». Plusieurs neuromédiateurs* sont impliqués dans ce circuit : la dopamine, la sérotonine et l'endorphine. La musique favorise la libération de ces neurotransmetteurs* à l'origine de la sensation de plaisir. Ainsi une équipe du CHU de Reims conclue à la suite d'études réalisées auprès de patients atteints de la MA : « *participer à une activité qui suscite du plaisir améliore l'état émotionnel des personnes malades*⁵⁷ ».

b. La musique facilite la résurgence des souvenirs.

La musique, en véhiculant des émotions, facilite le rappel des souvenirs. Cette réminiscence des souvenirs autobiographiques peut aider la personne à donner du sens au présent. La personne sent que son passé, ses goûts, intéressent les autres. Cela facilite la relation et le sentiment d'appartenance à un groupe générationnel. L'estime de soi est renforcée, le sentiment d'identité vivifié. La musique permet aussi de libérer des tensions intérieures par les associations qu'elle provoque avec des sensations ou sentiment vécus par la personne⁵⁸. Cependant, des musiques inconnues par l'auditeur ou utilisant des sons et des rythmes particuliers peuvent déclencher l'angoisse ou l'agressivité. Il est important de veiller à ce que le contenu émotionnel de la musique ne dépasse pas les capacités physiques, psychologiques et émotionnelles de la personne.

« Si la musique déclenche l'émotion et si l'émotion est l'amorçage principale du fonctionnement cognitif, alors on peut comprendre le soin musical comme un traitement non-médicamenteux, à la fois activateur-régulateur de la vie émotionnelle et de la vie cognitive du malade⁵⁹ ».

c. La nature non verbale et hors verbale de la musique peut être un support de communication.

La musique a un pouvoir de mise en relation. L'évocation des souvenirs favorise des partages entre la personne malade et son entourage. Le tissage des liens sociaux vient renforcer la cohésion sociale, si importante pour le bien-être des personnes. Quand la communication verbale devient compliquée, la nature non-verbale de la musique vient rejoindre la personne dans ses capacités. Par son pouvoir évocateur, la musique offre des possibilités d'expression qui favorisent les échanges (gestes, regards, mimiques). La musique offre divers moyens de communication : chanter ensemble, dialoguer rythmiquement, synchroniser ses mouvements. Partager des émotions à l'écoute d'une musique permet de se sentir en lien avec l'autre. Au delà des mots, des messages de nature affective passent, ravivant la qualité existentielle. Les personnes atteintes de la MA semblent réactives à la musique jusqu'à des stades très avancés de la maladie : Une dame aphasique*se met à chanter les paroles d'une chanson.

⁵⁶ LEMARQUIS, P. *Op.cit.* p 112.

⁵⁷ DELLACHERIE, D. SAMSON, S. Soigner avec les émotions musicales. *Cerveau et Psycho*.n°63, mai/juin 2014.p 50.

⁵⁸ MOYNE-LARPIN, Y. *Op.cit.* p158.

⁵⁹ LEJEUNE, A. *Musique, mouvement et Maladie d'Alzheimer* .Solal.2011.

Une autre très renfermée sur elle-même accepte de donner la main à son mari en écoutant une chanson aimée. Ainsi, La musique offre un support de communication permettant d'exprimer les besoins de la personne et de la maintenir dans sa dignité.

d. La musique sollicite l'élan corporel.

Le rythme, le tempo rapide, la variété des timbres ont un pouvoir dynamisant qui met la personne en mouvement. La sensation de son mouvement dans l'espace, structuré par le rythme, aide la personne désorientée à se réapproprier un cadre spatio-temporel⁶⁰. En effet, le mouvement corporel est dans l'espace et son exécution implique la durée. Par l'expression gestuelle, la personne s'affirme, retrouve son style et ainsi, consolide son identité fragilisée par la maladie. Selon Edith Lecourt, psychologue, « *chacun a une identité sonore et musicale qui correspond à la composition vocale, aux bruits corporels, aux sons, aux rythmes propres à chaque individu* ». En cherchant cette identité sonore on peut entrer en résonance avec l'identité de la personne malade⁶¹. Et ainsi favoriser un nouveau mode de communication⁶². D'autre part, des études ont montré que sous l'effet de la musique, la marche se transforme, le pas s'allonge, améliorant la motricité chez des personnes atteintes de la maladie de Parkinson*⁶³. Le mouvement mobilise l'élan corporel intérieur et extérieur de chacun. Le sentiment d'unité qui en découle ravive la qualité de vie et la qualité du moment présent.

3. Améliorer la qualité du moment répond aux besoins des personnes atteintes de la MA.

La personne atteinte par la MA vit dans le moment présent. Ce constat est attesté par les auteurs et le témoignage des aidants. La personne malade ressent le moment présent alors que pour l'entourage, la plupart du temps, cela demande un effort psychologique pour vivre ce moment présent⁶⁴. La temporalité est donc singulière. La présence au monde à travers nos sens comme le propose le docteur Roger Vittoz dans sa méthode de relaxation psychosensorielle est une manière de vivre « *l'ici et maintenant** ». Selon lui, vivre l'instant présent relève d'actes conscients : « *Avoir conscience d'un acte, ce n'est pas le penser mais le sentir*⁶⁵ ». Cette définition rejoint la réalité des personnes atteintes par la MA.

⁶⁰ WILLEMS, E. *Op.cit.* p74.

⁶¹ LEJEUNE, A. *Op.cit.* p 23.

⁶² VERDEAU-PAILLES, J. KOKAS, C.L'expression et la communication dans le vécu corporel de la musique. In SUDRES, J. MORON, P.L'adolescent en création. Paris : L'Harmattan.1997.

⁶³ MOUREY, F. Les allegros d'Alzheimer", "Mouvement, danse, tango et réhabilitation"

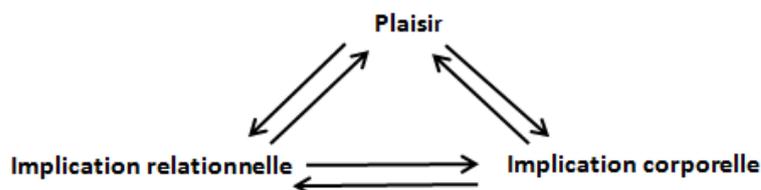
⁶⁴ <http://bienvivreavecalzheimer.com/>

⁶⁵ VITTOZ, Roger. *Notes et pensées*. Edition posthume 1955. Réédition Téqui.2008.

a. Connaitre les besoins de la personne aide à déterminer ce qui caractérise la qualité du moment présent.

Il semble qu'une bonne qualité du moment présent implique de la part de l'accompagnant*, d'entendre et de respecter le point de vue des personnes, de prendre en compte ce qu'elles disent ou expriment sur leur vécu, leurs souhaits et leurs besoins⁶⁶. La psychologue québécoise, Michelle Arcand, propose un modèle de besoins psychologiques qu'elle définit : « *Le besoin psychologique moteur nous met en mouvement, nous définit, nous détermine, nous singularise. Si la réponse à ces besoins nous fait défaut, nous sommes dévitalisés. Si nos besoins sont comblés, nous pouvons être patients pour la réponse à nos besoins physiques*⁶⁷ ». Ce sont les « 3A » : besoin d'attention*, d'affection* et d'affiliation*. Ces besoins sont bien en lien avec les indications de l'art-thérapie. Un regard positif sur la personne atteinte de la MA permet de conserver son « *désir d'être*⁶⁸ » et favorise le vécu des moments présents. Le docteur Dewavrin, psychiatre, remarque un manque d'envie et d'élan chez les malades. Il propose de remplacer la volonté (vacillante dans la MA) par le désir et le plaisir, déclencheurs de l'implication de la personne dans une activité créatrice⁶⁹. Le chant et le rythme, sont des activités qui engagent le désir et le plaisir et qui concentrent l'attention des personnes sur le présent. « *On reconnaît l'expérience d'un présent vivant au plaisir dont la personne âgée fait de nouveau l'expérience dans l'échange et le dialogue autour d'un répertoire connu*⁷⁰ ». La découverte de possibilités physiques ou cognitives que la personne croyait taries est source de valorisation, de réconfort et de plaisir. A partir de ces lectures croisées, un schéma récapitule ce qui caractérise la qualité du moment présent pour des personnes atteintes de la MA. Les doubles flèches signifient le lien de cause à effet entre ces caractéristiques.

Figure 7: Les caractéristiques de la qualité du moment



⁶⁶ DALEY, S., Newton, D., Slade, M., Murray, J., & Banerjee, S. (2012). Development of a framework for recovery in older people with mental disorder. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, In [www. Mythe-alzheimer.org](http://www.Mythe-alzheimer.org).

⁶⁷ ARCAND, M. BRISSETTE, L. *Accompagner sans s'épuiser*. Montréal : Ash, 2012.

⁶⁸ LETORTU, O. L'accompagnement thérapeutique en unité spécialisée Alzheimer. In PLATEL, H. *Neuropsychologie et art*. Louvain : De Boeck-Solal. 2^e éd : 2014.p361

⁶⁹ DEWAVRIN, P. Comment stimuler la créativité et faciliter la résilience chez le malade Alzheimer ? In *Ibid.* p316

⁷⁰ MOYNE-LARPIN, Y. *Op.cit.*p 188.

b. La musique favorise le développement d'un nouvel espace temporel sécurisant.

La musique a une temporalité spécifique qui peut rejoindre celle des personnes atteintes de la MA. Le chant, le jeu rythmique, le mouvement, structurent le temps et l'espace et leur donnent une consistance, une réalité, qui fait défaut dans le quotidien des personnes atteintes de la MA. « *Le musicien crée un temps fictif, contenu sans doute dans le temps normal, mais, esthétiquement, indépendant de lui*⁷¹ ». L'écoute est un moment de vécu intense au niveau affectif, émotionnel, culturel et esthétique. Elle apporte l'apaisement, la vitalité et participe au bien-être de la personne. Le temps musical permet « *d'éprouver en soi à la fois un élan et un apaisement, c'est connaître ce loisir heureux d'une activité dans le libre exercice de son acte et s'établir en la sérénité féconde du présent*⁷² ». C'est un temps « *affectif* » qui domine dans la musique et permet de vivre des instants « *par delà le temps*⁷³ ». La contemplation d'une œuvre, la concentration requise dans l'activité musicale fait vivre à la personne un moment présent. La philosophe Gisèle Brelet définit le temps musical comme « *une durée intérieure que l'œuvre musicale enferme en soi et qu'elle engendre*⁷⁴ ». Durant ce temps musical, la personne atteinte par la MA expérimente un temps bénéfique qui peut vivifier la saveur existentielle et ainsi améliorer sa qualité de vie.

Le temps de création dans un cadre précis, avec sa durée et ses limites précises est sécurisant. En référence aux travaux du docteur Winnicott, on peut dire que la musique est un « *espace potentiel** ». La personne atteinte par la MA est dans un état de grande dépendance qui pourrait être comparée à celle du nouveau-né. La réalisation de ce potentiel dépend d'un environnement soutenant : relation de confiance, communication significative⁷⁵. La personne peut faire une expérience de créativité qui lui permet de retrouver des « *sensations intenses* » et lui donner le « *sentiment que la vie vaut d'être vécue*⁷⁶ ». Cela peut se faire au travers de la musique qui devient ainsi un « *espace transitionnel** », « *un lieu de repos précieux pour l'individu*⁷⁷ ».

Mon hypothèse : l'art-thérapie à dominante musique peut améliorer la qualité du moment présent va être étudiée au cours des prises en soin pour des personnes atteintes par la MA.

⁷¹ APPIA, A, *L'œuvre d'art vivant*. Genève : Atar, 1921. p30

⁷² BRELET, G. *Le temps Musical*. Puf. 1949. P 741.

⁷³ WILLEMS, E. *Op.cit.*p78.

⁷⁴ BRELET, G.*Op.cit.*p58.

⁷⁵ DAVIS, M. WALLBRIDGE, D. *Winnicott, introduction à son œuvre*. New York: Puf, 1992.p66

⁷⁶ WINNICOTT, D. *Jeu et réalité*. Paris : Folio essais, 1971. p127.

⁷⁷ WINNICOTT, D. *Op.cit.*

2ème partie : La mise en place de séances d'art-thérapie se fait au sein d'un EHPAD* auprès de résidents atteints de la MA.

A. L'EHPAD* La Bourdaisiere est une résidence collective destinée aux personnes âgées en perte d'autonomie ou dépendantes.

1. La Bourdaisière est un lieu de vie adapté aux personnes âgées.

L'EHPAD* la Bourdaisiere est situé à 1,5 km du centre de Montlouis sur Loire et à 10km de Tours dans un grand parc arboré et fleuri.

Cet établissement public a ouvert ses portes en 1961 dans le château de « La Bourdaisiere » en offrant une capacité d'accueil de 54 lits.

En 1971, La capacité d'accueil passe de 54 à 130 personnes. En janvier 2008, un rapprochement entre l'EHPAD* de Montlouis et Bléré fut opéré par la création d'une direction commune.

a. L'infrastructure accueille une unité pour personnes âgées désorientées.

L'EHPAD* dispose d'une capacité d'accueil de 130 lits répartis en chambres individuelles (65) et doubles (33). Les chambres ont une superficie entre 16 et 25 m² et ne disposent pas de douches privatives. Un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD*) est également rattaché à l'EHPAD* avec une capacité de 60 personnes prises en soin. Outre l'hébergement permanent proposé aux résidents, l'EHPAD* accueille une unité pour personnes âgées désorientées (UPAD*) d'une capacité de 18 lits. Cette unité prend soin des personnes souffrant de troubles du comportement, de démence Alzheimer ou maladies apparentées. Les résidents y restent jusqu'à une perte d'autonomie requérant des soins particuliers. Afin de déterminer le plus justement possible les besoins du résident, une évaluation gériatrique est réalisée par l'équipe pluridisciplinaire. Des objectifs sont identifiés en lien avec le médecin traitant et des ateliers sont proposés aux résidents. Un système de verrouillage met les résidents en sécurité par rapport à l'extérieur de l'établissement. Une certaine forme de vie sociale est encouragée par le biais d'animations à l'intérieur de l'unité et de l'établissement mais également par des sorties encadrées. Le lien avec les familles est bien entendu favorisé et encouragé, l'équipe de soins y apporte une attention particulière. Le fonctionnement de cette unité est régi par une charte interne. (cf. annexe 2)

b. Le service de soin est assuré par une équipe pluridisciplinaire.

Il est constitué d'un médecin coordinateur, d'une psychologue, d'un éducateur d'activité physique adapté, d'un cadre de santé, d'infirmières, d'aides soignantes.

Chaque résident a son médecin traitant. L'équipe soignante pluridisciplinaire assure l'accompagnement des personnes accueillies de la façon la plus individualisée et personnalisée possible. Pour cela, plusieurs PAP* (projet d'accompagnement personnalisé) et recueils de vie sont présentés chaque semaine lors de la réunion pluridisciplinaire. Des objectifs de soins et d'accompagnements sont alors établis pour chaque personne.

c. Le service d'animation propose des activités qui rythment les journées.

Les journées sont rythmées par les repas, le temps consacré à la toilette, les activités matin et/ou après-midi, les visites des familles. Les résidents qui le peuvent sont encouragés à descendre dans les différents lieux de vie pour éviter l'isolement.

Une animatrice est présente à temps complet aidée par une co-animatrice à temps partiel. Elle établit un programme d'animation varié adapté aux capacités des résidents :

atelier écriture-mémoire, pâtisserie, tricot, chorale, sorties guinguette, loto, bricolages, repas de Noël, rencontres intergénérationnelles avec les enfants de la crèche...Des associations bénévoles interviennent aussi : les blouses roses, les amis de la Bourdaisiere.

d. Les résidents sont dépendants physiquement et/ou atteints de troubles cognitifs.

Dans la majorité des cas, les résidents viennent de familles très rurales et n'ont pas eu beaucoup accès à la culture. Peu de résidents lisent par exemple. C'est une information importante pour déterminer certain choix de références culturelles. La plupart des résidents sont dépendants. Leur mobilité est difficile, réduite voire inexistante. Ils sont aidés pour les actes de la vie quotidienne : toilette, repas, déplacements. Leur degré de dépendance est évalué avec le GIR* à l'entrée dans l'institution. Le GIR* sert à évaluer la dépendance d'une personne selon la grille nationale AGGIR*. Il permet de classer les individus en 6 groupes iso-ressources de dépendance. Les médecins remplissent une grille d'évaluation qui calcule automatiquement le degré de dépendance (1 étant le plus fort degré de dépendance et 6 le plus faible). Le GIR* est réévalué tous les six mois.

e. Des prises en charges thérapeutiques non médicamenteuses existent dans l'établissement.

Une psychologue, Madame Bourry, intervient dans l'établissement (3 jours par semaine) à la demande des équipes soignantes, des résidents et de leur famille. Elle s'occupe plus particulièrement du moment délicat de l'entrée en maison de retraite, spécialement des résidents qui rentrent à l'UPAD*. Elle établit des tests sur les capacités cognitives des résidents qui le nécessitent : MMS* (inventaire des fonctions cognitives), GDS* (échelle de dépression), échelle de Cohen-Mansfield*(inventaire des troubles de l'agitation), NPI* (inventaires de tous les troubles du comportement). Un éducateur d'activité physique adaptée est présent deux jours par semaine. Son action intervient en complément de la kinésithérapie. Des séances sont proposées (gym, échauffement, promenades) afin de maintenir l'autonomie, prévenir les chutes et améliorer le bien-être de la personne.

Des professionnels de santé extérieurs à l'établissement interviennent aussi dans la structure : orthophoniste (une fois par semaine), kinésithérapeute (tous les jours), zoothérapeute (1 fois par semaine celle-ci passe dans chaque étage avec un golden retriever et un lapin bélier dressés spécialement dans un but thérapeutique).

L'équipe pluridisciplinaire est fortement impliquée dans l'amélioration de la qualité de vie des résidents. L'art-thérapeute s'efforce de bien connaître l'équipe pour proposer l'art-thérapie comme une ressource complémentaire dans la prise en soin des résidents. Les échanges pluri et trans disciplinaires permettent d'adapter les stratégies thérapeutiques aux besoins des résidents.

f. L'art-thérapie s'inscrit dans les missions de l'EHPAD*.

L'établissement a pour mission d'accueillir et d'accompagner des personnes âgées de façon personnalisée, en tenant compte de leur degré d'autonomie, de leurs besoins en soins, et en respectant leurs droits et leur dignité.

L'objectif est de maintenir, voire restaurer, le plus haut niveau possible d'autonomie de chacun des résidents.

Un accompagnement individualisé et adapté à ses besoins est défini en équipe. Pour cela, à l'entrée du résident, deux dossiers sont ouverts : le projet d'accompagnement personnalisé (PAP*) et le recueil de vie. Le PAP* consigne toutes les indications médicales, nutritionnelles, l'évaluation de la douleur, les risques d'escarres.

Le recueil de vie relate son histoire de vie, ses habitudes, ses goûts, ses souhaits pour la fin de vie. Les prestations proposées ont pour but de créer une dynamique reposant sur la valorisation des gestes quotidiens, en conservant une identité individuelle et sociale.

L'art -thérapie a pour but d'améliorer la qualité de vie des personnes : maintenir l'autonomie, raviver le gout de vivre, vivifier l'estime de soi, valoriser les compétences préservée. L'art-thérapeute considère le résident comme une personne unique et singulière et va proposer des séances personnalisées. L'art-thérapie est donc adaptée aux objectifs de l'EHPAD*.

B. Un protocole thérapeutique* en art-thérapie est élaboré en vue d'améliorer la qualité du moment présent chez les personnes atteintes de la MA.

1. Un climat de confiance se met en place progressivement.

a. L'art-thérapeute apprend à connaître l'établissement.

Lors du premier stage, l'art-thérapeute prends du temps pour découvrir l'établissement : la partie administrative, les chambres, les différents lieux de vie (salle de restauration, grand salon, petits salons, salle des kinés, chapelle,...), les salles des infirmières et du médecin coordonnateur, la partie technique (lingerie, morgue...). Cela permet d'avoir une vue d'ensemble et d'élaborer un cadre où pourraient se tenir les ateliers et prises en soin en art-thérapie.

b. La rencontre avec les résidents est un temps indispensable pour construire la confiance.

C'est dans la relation chaleureuse entre le résident et l'art-thérapeute que va se créer un climat de confiance rassurant. Cela suppose de s'adapter au temps particulier de la personne âgée : prendre le temps de faire connaissance, suivre le rythme de sa pensée, de sa parole, de sa motricité. Pour cela, l'art-thérapeute a participé à un certain nombre d'activités comme les ateliers mémoire, tricot, loto. Puis, en concertation avec la psychologue, des rencontres personnelles permettent de connaître progressivement les goûts et les attentes du résident ainsi que des éléments de sa vie. L'EHPAD* est un lieu de vie où se rencontrent aussi les familles. Nous avons eu de nombreux contacts avec celles des résidents de l'UPAD* (conjoint, enfants) permettant de les informer des prises en charge, de les impliquer pendant les séances ou pour la mise en place d'une séance. Ainsi, la fille d'une résidente lui apportera son violon, des séances seront proposées en couple, des petits enfants enverront des pastels à leur grand-mère à notre demande.

c. La rencontre avec les équipes favorise la compréhension mutuelle.

L'art-thérapie prenant en compte tous les paramètres de la personne (physique, mentale, relationnelle, affectif, spirituel) dans une visée thérapeutique et humanitaire, il est cohérent de connaître toutes les personnes qui œuvrent au bon fonctionnement de l'établissement (soignants, AMP*, équipe d'animation, ASH*, personnel administratif). Au fur et à mesure du stage et de la formation, il a été plus facile de présenter les spécificités de l'art-thérapie et de démontrer les apports complémentaires dans le projet de soin de l'établissement.

2. La collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire est essentielle pour corrélér les objectifs.

a. L'art-thérapeute participe aux réunions pluridisciplinaires.

L'art-thérapeute fait partie d'une équipe pluridisciplinaire composée de professionnels issus de disciplines différentes : médecin, personnel soignant, psychologue, orthophoniste, kinésithérapeute, éducateur, équipe animatrice... La cohérence du soin va découler d'une bonne connaissance des pratiques professionnelles de chacun ainsi que du partage des expériences. Pendant le temps du stage, l'art-thérapeute assiste aux réunions de l'équipe pluridisciplinaire une fois par semaine.

Nous faisons aussi quotidiennement le point avec la psychologue, l'éducateur et l'équipe présente à l'UPAD*. Cette interdisciplinarité est un facteur de sécurité pour les résidents et de motivation pour l'art-thérapeute comme pour les autres soignants.

- b. Une communication entre les équipes et l'art-thérapeute s'instaure de façon informelle et formelle.

La collecte d'informations ou le retour à l'équipe s'est souvent fait de manière informelle, autour d'un café ou lors de l'installation des séances. L'indication en art-thérapie se fait sous autorité médicale. Dans le cas présent, c'est la psychologue qui indiquait les personnes à prendre en séance. Une transmission plus formelle est faite par le biais du logiciel Médicor à chaque fin de séance.

3. L'art-thérapeute met en place un cadre adapté aux objectifs thérapeutiques et aux capacités des résidents.

- a. Les salles mises à disposition changent à chaque fois.

Il n'y a pas de lieu spécialement dévolu aux activités. Les séances auront lieu tantôt dans la grande salle de Kiné (claire mais un peu froide), tantôt dans une petite salle à manger (chaleureuse mais avec du passage), tantôt dans la chambre du résident. Ce n'est pas facile de créer un cadre rassurant et sécurisant dans ces conditions et c'est à prendre en compte dans la préparation et l'évaluation de la séance.

- b. Les séances font l'objet d'une préparation matérielle.

L'art-thérapeute propose pour les séances : un clavier numérique, des instruments à percussions (maracas, cymbalettes, tambourin, claves, derbouka, djembé, grelots, différents modèles de shaker), des CD de musiques variés (musique classique, chansons françaises, accordéon, musiques du monde, sons de la nature et du quotidien). L'art-thérapeute propose aussi son lecteur CD. Celui-ci est orné d'un grand drapeau Anglais dont le rayonnement a eu un impact surprenant auprès des résidents. L'établissement dispose d'un petit instrumentarium de percussions. Pour les arts-plastiques, l'animatrice met à disposition de la peinture acrylique, des pinceaux, des éponges et du papier. L'art-thérapeute propose des séances collectives sous un mode d'animation musicale et des séances individuelles art-thérapeutiques. Les pratiques artistiques utilisées sont la musique et la peinture. La dominante artistique est la musique mais la peinture est aussi proposée suivant l'intérêt du résident et les informations données par l'équipe.

- c. Le déroulement d'une séance se compose de plusieurs séquences.

Les séances sont encadrées par des temps où l'art-thérapeute accompagne le résident à sa chambre ou au lieu de vie : moments essentiels où le résident fait part de ses désirs lorsqu'il le peut de son humeur, de ses ressentis sur la séance. Cette séquence est déjà initiatrice de l'élan moteur du résident. Les rencontres en chemin avec le personnel ou les autres résidents sont autant d'éléments qui renseignent sur l'état du patient, et permettent d'affiner les objectifs. La séquence dédiée à l'activité créatrice ou contemplative se compose de différents moments : écoutes musicales, jeu instrumental, chant ou création picturale, contemplation, temps de parole ou à nouveau d'écoute, temps de séparation.

Après chaque séance, une évaluation, un bilan et une analyse sont effectuées par l'art-thérapeute afin de déterminer éventuellement de nouvelles cibles thérapeutiques, de confirmer le projet pour la séance suivante et de laisser une transmission à l'équipe soignante.

d. Les stratégies sont envisagées au regard des objectifs et de l'état de base.

d.1. Les objectifs sont fixés en complémentarité avec l'équipe soignante.

Pendant la durée du stage, dix résidents (8 femmes et 2 hommes) ont bénéficié de séances d'art-thérapie. Huit viennent de l'UPAD* et ont la MA ou apparentée. Les deux autres résidentes ont été indiquées, l'une pour un manque d'envie et un enfermement sur elle-même ; l'autre pour l'anxiété et l'agressivité déclenchées par la prise de conscience de sa maladie d'Alzheimer. Le rythme des séances est de une à deux fois par semaine suivant l'intérêt du résident pour l'activité et les bénéfices qui sont observés. En lien avec l'équipe et la psychologue plusieurs objectifs ont été déterminés pour ces patients :

- Diminuer l'état d'anxiété
- Rompre l'isolement
- Favoriser l'envie de se mettre en mouvement
- Améliorer la qualité du moment présent
- Maintenir les aptitudes et les compétences existantes
- Donner du goût à la vie
- Raviver la confiance en soi

d.2. Les stratégies sont déterminées par l'observation des mécanismes défaillants à l'aide de l'opération artistique.*

Après avoir consulté le dossier du résident, pris du temps pour le rencontrer, l'art-thérapeute s'applique à connaître ses goûts et plus spécifiquement ses goûts artistiques. Des objectifs apparaissent révélant des sites d'action différents. L'art-thérapeute élabore des stratégies en fonction de ces mécanismes défaillants. Ces sites d'actions sont indissociables. Il est cependant intéressant d'essayer de les isoler afin d'être juste et précis dans les propositions et les observations.

- Sites d'action relevant du traitement mental (anxiété, confiance en soi)
- Sites d'action relevant de l'élan moteur (se mettre en mouvement, maintenir les aptitudes, confiance en soi)
- Sites d'action relevant du traitement archaïque (goût de la vie, qualité du moment)

L'art-thérapeute propose donc des activités (phases 1 et 2) à fort potentiel émotionnel ou sensoriel afin d'apporter des ressentis (phase 3) qui pourront susciter l'envie du résident (phase 5) soit vers l'action créatrice (phases 5/ 6) soit vers la contemplation (phase 5'). Des activités plus techniques sont proposées (phase 6) afin d'amener le résident à une production (phase 7) suffisamment satisfaisante pour lui apporter des gratifications sensorielles (phase 3).

e. La fiche d'observation objective la séance d'art-thérapie et donne des éléments d'évaluations.

Une fiche d'observation est créée pour chaque résident. Elle est remplie en fin de séance. Elle a pour fonction « d'être une mémoire, un élément synthétique, un moyen de contrôle et de vigilance de l'action thérapeutique⁷⁸ ». Des items* d'observation sont choisis en fonction de l'hypothèse de travail et des objectifs. Trois faisceaux d'items* principaux avec des items* spécifiques sont retenus et présentés sous forme de tableau : le plaisir, la concentration et l'implication relationnelle. Ces trois faisceaux caractérisent la qualité du moment.

⁷⁸ FORESTIER, Richard. *Tout savoir sur l'art-thérapie*. 7^e éd. Paris : Edition Favre, 2012. Chap. II, les compétences spécifiques de l'art-thérapeute. P.70

e.1.L'attitude, les expressions de la personne peuvent signifier son plaisir

Faisceau d'items* concernant le Plaisir	
Exprime son plaisir de façon non-verbale : sourires, rires, gestes	1 Jamais 2 Une fois 3 Parfois (+de 3 fois) 4 Souvent (+ de 5 fois) 5 Tout le temps
Exprime son plaisir verbalement	1 Jamais 2 Une fois 3 Parfois 4 Souvent 5 Tout le temps
Attitude pendant l'écoute ou la peinture	1 Inquiète 2 Crispée 3 Paisible 4 Emue 5 Détendue
Qualité de l'écoute/ du geste	1 Ennuyé /maladroit 2 Distracte / tremblant 3 Parasité / hésitant 4 Attentive / sûreté du geste 5 Enthousiaste /geste élaboré

e.2.La mobilisation des facultés physiques et cognitives de la personne orientée vers un but indiquent sa concentration.

Faisceau d'items* concernant la concentration	
Implication corporelle par rapport à l'écoute	1 Ne bouge pas 2 Se balance 3 Frappe la pulsation volontairement (corps) 4 Frappe la pulsation volontairement (instrument) 5 Illustre ce qui se passe par une manifestation corporelle (chante, danse)
Implication corporelle par rapport à l'outil (instrument de musique, pinceau, éponge)	1 Ne fait rien 2 Fait sollicité par l'art-thérapeute 3 Fait avec aide 4 Demande de l'aide 5 Fait seule
Commente ce qui se passe : Quantitativement et qualitativement	1 Tout le temps de façon incohérente sans lien avec l'activité 2 Souvent de façon incohérente en lien avec l'activité 3 Une fois de façon cohérente en lien avec l'activité 4 Parfois de façon cohérente en lien avec l'activité 5 Souvent de façon cohérente en lien avec l'activité

e.3. Les différents modes d'expressions liés à la communication attestent de la qualité de l'implication relationnelle.

Faisceau d'items* concernant l'implication relationnelle			
		En début de séance	En fin de séance
Attitude du résident vis-à-vis de l'art-thérapeute	1	Opposant	Opposant
	2	Evitant	Evitant
	3	Présent	Présent
	4	Cordial	Cordial
	5	Sympathique	Sympathique
Etat thymique du résident	1	Triste	Triste
	2	Angoissé	Angoissé
	3	Nerveux	Nerveux
	4	Paisible	Paisible
	5	Heureux	Heureux
Expressions verbales à visée communicante : questions, remarques	1	Jamais	
	2	Une fois	
	3	Parfois	
	4	Souvent	
	5	Tout le temps	
Expressions non verbales à visée communicante : regards et sourires dirigés, gestes,	1	Jamais	
	2	Une fois	
	3	Parfois	
	4	Souvent	
	5	Tout le temps	

f. Le cube harmonique a dû être adapté en fonction de la pathologie des résidents.

L'auto-évaluation du résident atteint par la maladie d'Alzheimer est compliquée puisque sa mémoire épisodique est fortement détériorée. La cotation de 1 à 5 n'a plus de sens. La nuance entre le beau, le bien et le bon est trop subtile. Nous avons donc adapté le cube harmonique en posant trois questions qui concernent le bon :

Avez-vous passé un bon moment ?	Oui	non
Comment vous sentez vous ?		
Voudriez-vous recommencer ?	Oui	non

Cependant, une évaluation informelle du Beau et du Bien sera faite souvent en cours de séance mais elle n'est pas suffisamment significative pour apparaître ici.

C. La prise en soin de deux résidents atteints par la MA confirme l'amélioration de la qualité du moment.

1. Nadine est à un stade avancé de la MA.

- a. L'art-thérapeute possède peu d'éléments sur l'histoire de vie de Nadine et l'état de base de Nadine se construit progressivement.

Nadine est une femme de 79 ans. Elle est veuve, a trois enfants. Elle est sous la tutelle de son fils. Elle est admise dans l'UPAD* depuis avril 2014 suite à un contexte de séquestration à domicile (par sa fille) et d'incurie. Nadine est atteinte de la MA avec des composantes psychiatriques mégalomaniaques* anciennes *. A t'elle été architecte ou dessinatrice industrielle ? On ne le sait pas mais son discours et ses références dans ces domaines le laissent supposer. Elle s'exprime avec fluidité mais manque de cohérence. Son discours est souvent logorrhéique*. Nadine est une femme soignée au vocabulaire recherché. Elle vient d'une famille de musiciens, a joué du piano et aussi chanté dans une chorale. Elle a aussi dessiné. C'est une femme dynamique au caractère plutôt joyeux et volontaire. Elle alterne entre des moments de calme et des périodes d'agitation. Elle n'est pas appareillée, se déplace sans déambulateur, lentement et donne le bras volontiers.

- b. Des séances d'art-thérapie sont indiquées par l'équipe pour éveiller l'intérêt de Nadine.

Nadine trouve les propositions de l'UPAD* inintéressantes pour elle. Elle veut s'occuper de tout et se prend pour un soignant. L'équipe soignante trouve qu'elle peut être agressive y compris vis-à-vis des résidents. Des séances d'art-thérapie sont prescrites pour connaître ses goûts et ses intérêts.

- c. Améliorer la qualité du moment présent est l'un des objectifs déterminé en concertation avec l'équipe de l'UPAD*.
- Raviver son intérêt par une activité qui lui plaise
 - Stimuler et favoriser le plaisir sensoriel et esthétique dans une activité artistique personnelle et adaptée
 - Favoriser la concentration afin de permettre des pauses verbales
 - Améliorer la qualité du moment
 - Faire diminuer son agressivité, selon les termes de l'équipe
 - Restaurer la qualité existentielle

Des objectifs intermédiaires apparaitront en cours de séances (cf. tableau 2 : synthèse des séances pour Nadine)

e. Nadine bénéficie de sept séances d'art-thérapie qui mobilisent ses compétences musicales et permettent d'atteindre les objectifs.

Ces séances ont lieu deux fois par semaine dans la chambre de Nadine et durent entre 30 et 45 minutes. La dominante artistique est la musique : écoute, rythmes aux percussions, découverte du clavier piano. Et dessin pour une séance. Les observations cliniques par séances sont présentées sous forme de tableau :

Tableau 2: Synthèse des séances pour Nadine

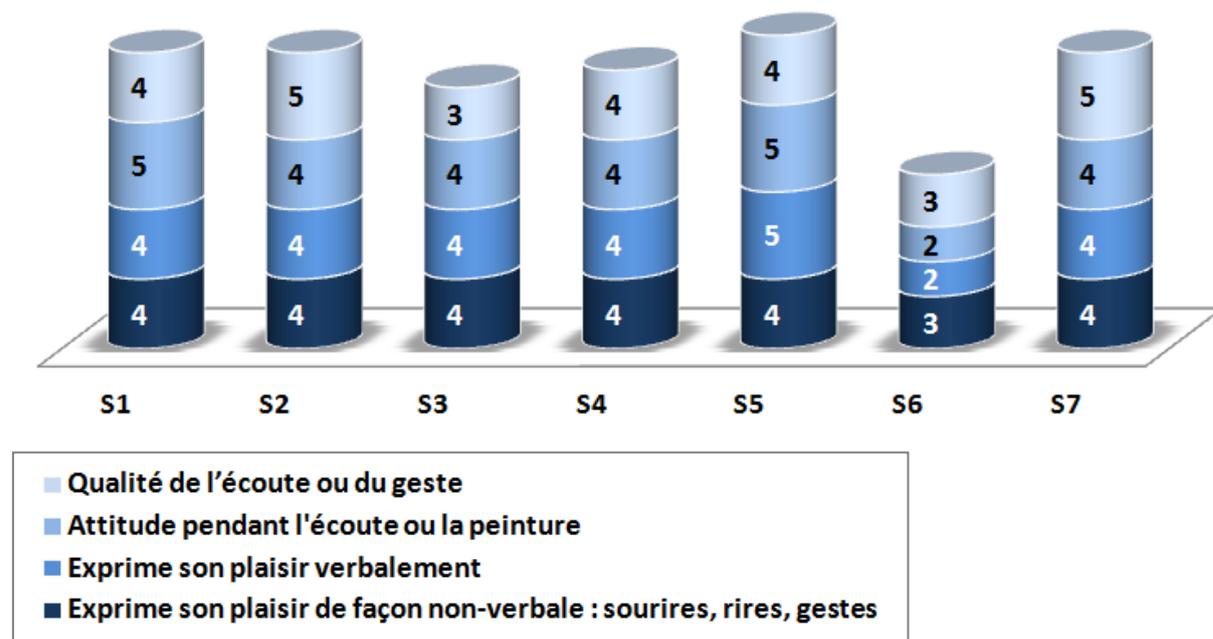
Séances	Activités	Faits principaux (les faits surprenants sont soulignés)	Objectifs intermédiaires	Limites
1	Ecoute de 3 chansons Découverte des percussions	Intérêt pour les percussions Explore les sons	Lui faire découvrir les instruments à percussions	Logorrhée
2	Ecoute de musique classique Dialogue rythmique à la derbouka Accompagnement de chansons avec percussions	S'arrête de parler 5' Reconnait et fredonne les œuvres Suit le rythme <u>Sent de la chaleur dans ses mains</u>	Apaiser Détendre	Logorrhée
3	Ecoute les mêmes extraits Apprentissage du rythme de la valse à la derbouka Exécution à 2 où nous chantons une valse tout en frappant le rythme Présentation d'autres percussions	Cherche à faire le plus beau son S'aperçoit de ses erreurs rythmiques Est capable d'analyser ce qui vient de se passer pendant quelques minutes <u>Fais des associations entre les sons et les animaux</u>	Rester concentré quelques minutes	
4	Ecoute de musique classique vocale Dialogue rythmique (valse) Accompagnement de chansons qu'elle chante	S'arrête de parler Beaucoup d'émotion Chante en même temps que la musique qu'elle connaît <u>Se prend pour la chanteuse</u>	Rester concentré	Fatigue
5	Ecoute Chant Exercices rythmique : répéter un rythme avec inversion des rôles Accompagnement d'une chanson russe aux percussions	Pianotage très délié <u>Cymbalettes qu'elle frappe sur tout son bras</u> Emotion sur « la claire fontaine » Regards à visés communicantes	Susciter des ressentis corporels	
6	Ecoute de chansons Dialogue rythmique Présentation du bâton de pluie	Rires <u>Dextérité des doigts (pianote sur son accoudoir)</u> <u>Raconte des souvenirs désagréables liés à son enfance</u> Cherche à faire le galop des chevaux à la derbouka (spontanément)	Explorer des ressentis archaïques : chanson enfantine, bâton de pluie	Logorrhée Inquiétude Téléphone sonne

Séances	Activités	Faits principaux (les faits surprenants sont soulignés)	Objectifs intermédiaires	Limites
7	Présentation du clavier et jeu Découverte des crayons pastel * Ecoute de morceaux que je joue au piano Accompagnement rythmique à la derbouka pendant le jeu pianistique	<u>Ses doigts retrouvent les bribes d'une étude technique au piano</u> Frustration au piano comme au dessin car n'y arrive plus comme avant Emotion intense quand je joue pour elle Accompagnement très réussi aux percussions et multiples expressions du plaisir		

*pendant cette séance, nous découvrons les crayons pastel envoyés par sa famille à la demande de la psychologue.

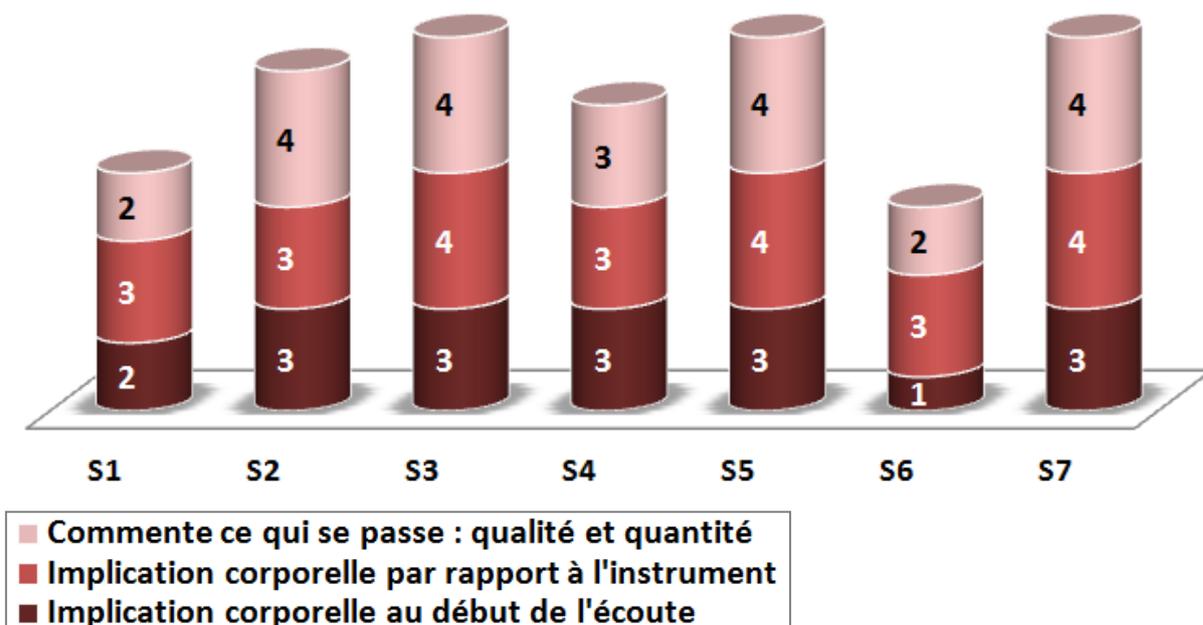
f. Les évaluations vérifient l'amélioration de la qualité du moment pour Nadine.
Les cotations font référence aux tableaux d'items* p 35/36 de ce mémoire .Elles vont de 1 à 5. Elles ont été évaluées à chaque séance et collectées sur la fiche d'observation (cf. annexe 1).

Graphique 1 Le plaisir



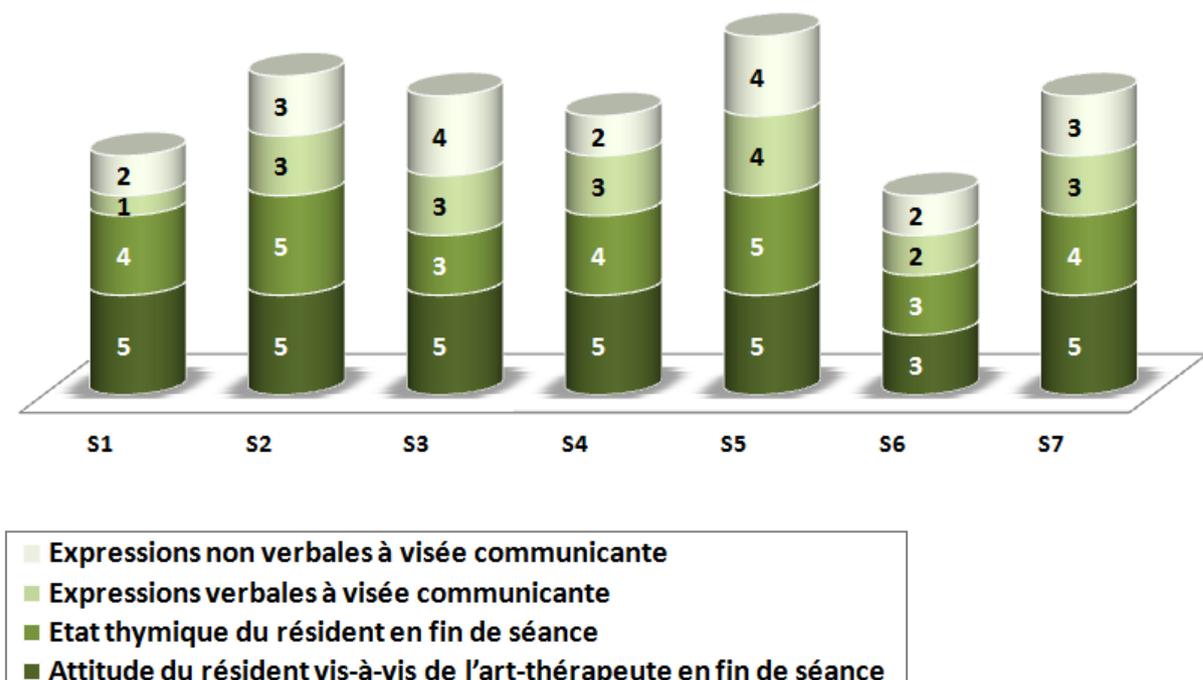
Tout au long des séances, l'expression du plaisir est manifeste. Nadine écoute de manière attentive voire enthousiaste, souvent émue même si sa logorrhée* coupe souvent l'écoute. Une rupture se fait en séance 6 de manière significative. Pendant cette séance, l'art-thérapeute propose des activités musicales qui touchent des ressentis archaïques : chanson enfantine, exploration du son du bâton de pluie. L'écoute est crispée et souvent parasitée par des commentaires négatifs. L'orientation vers l'Art I* semble raviver une mémoire émotionnelle douloureuse. Lors des exercices rythmiques à la derbouka (orientation vers l'Art II*), elle sourit plusieurs fois.

Graphique 2 La concentration



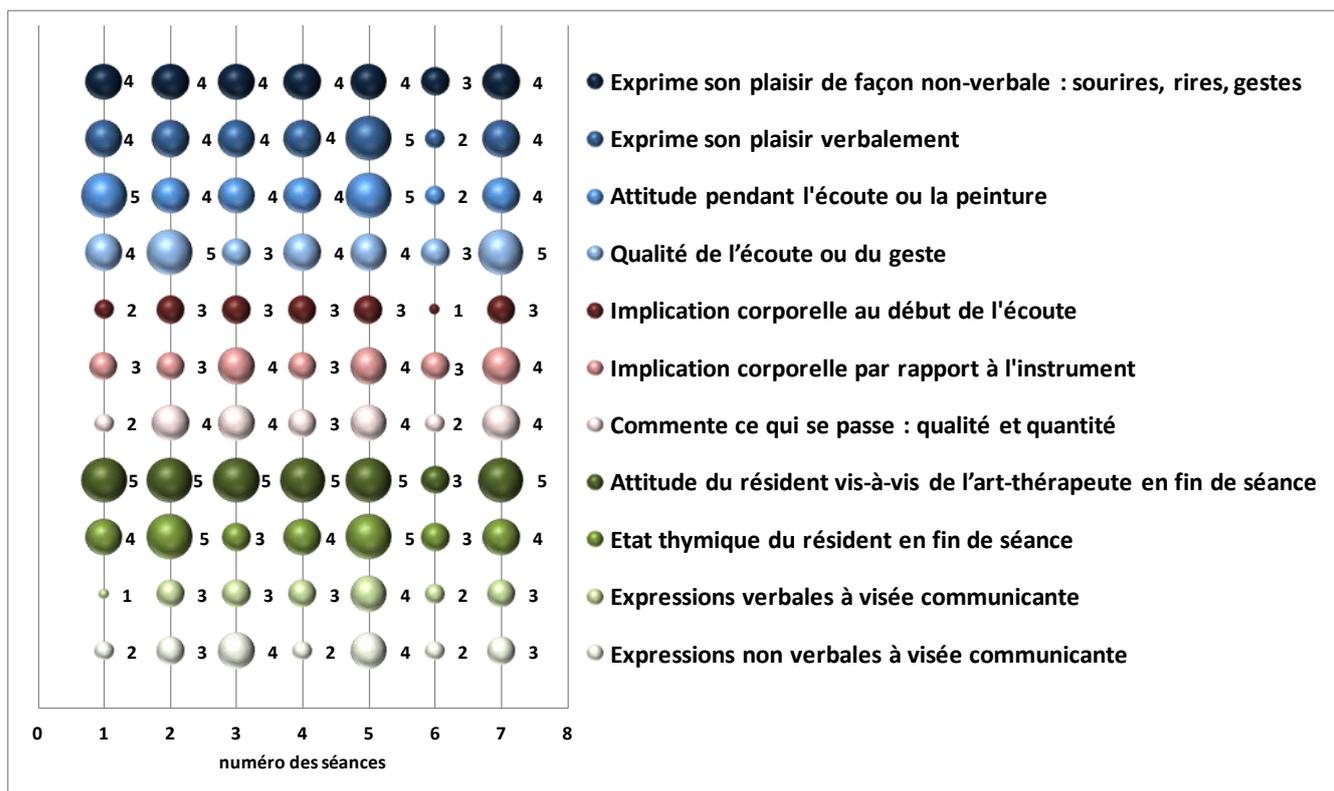
La musique a un pouvoir d'entraînement du corps que l'on observe, Nadine suit le tempo musical par le balancement du corps ou par des gestes. Sauf en séance 6 où la chanson enfantine l'immobilise dans le récit de souvenirs désagréables. L'implication corporelle par rapport à l'instrument est constante, et montre l'intérêt de Nadine pour cette activité. Il semble important de lier la quantité de commentaires avec leur cohérence par rapport à l'activité car ils attestent de la concentration de Nadine. Seules les séances 1 et 6 viennent perturber cette cohérence. Globalement, l'implication corporelle et verbale manifeste la présence concentrée de Nadine par rapport à ce qu'elle vit.

Graphique 3 : l'implication relationnelle



Dans ce graphique n'apparaissent pas l'attitude et l'état thymique* du résident en début de séance. Ces états concernent l'avant de la séance et nous attestons des effets de l'art-thérapie après les séances. L'évolution de ces états entre le début et la fin des séances sont retranscrits sur le schéma bilan. Nadine a toujours eu une attitude sympathique vis-à-vis de l'art-thérapeute sauf en séance 6. Dans cette même séance, les souvenirs évoqués sont tristes, suggérant des ressentis désagréables et elle semble nerveuse, inquiète. Dans les séances 1, 4, 6, les expressions à visée communicante ne sont pas très nombreuses et plutôt fluctuantes. En séance 5, l'écoute d'œuvres au piano ou de chansons qu'elle connaît entraînent une communication présente et soutenue.

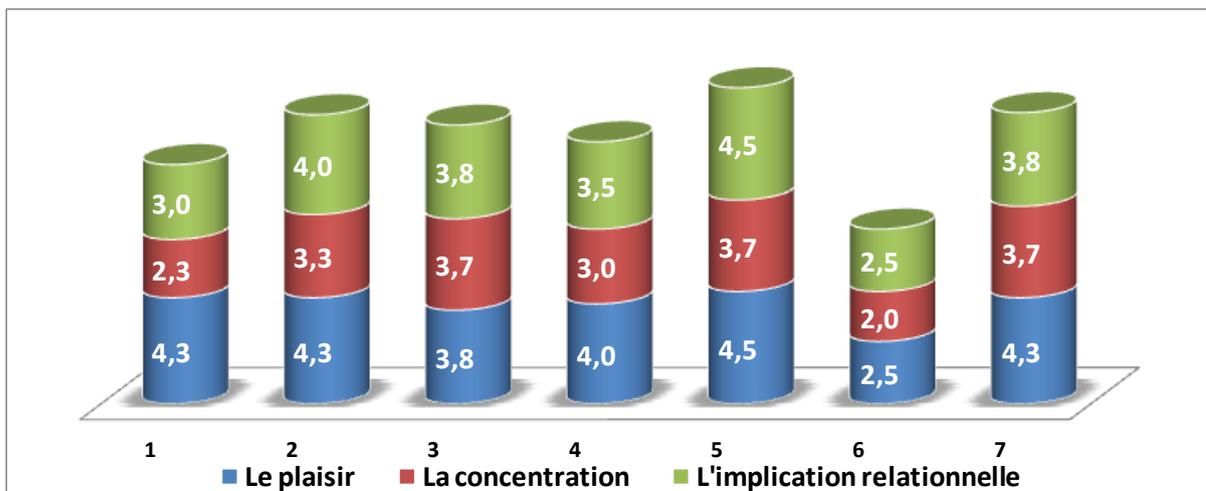
Graphique 4: Vision d'ensemble des séances et des items*



Ce graphique récapitule toutes les séances en faisant apparaître le détail des items*, la cotation (de 1 à 5) par item* et par séance. Le code couleur permet de visualiser les faisceaux d'items*. Nadine éprouve beaucoup de plaisir pendant les séances d'art-thérapie et l'exprime tant verbalement que physiquement. Elle semble très réceptive à la musique surtout quand celle ci fait écho à ses références culturelles. La proposition des crayons pastels lui plaît (séance 7) mais l'activité s'avère frustrante car elle n'arrive pas à dessiner aussi bien qu'avant. La qualité de la relation est préservée même si la communication est altérée (incohérence de certains propos, délire verbal). La découverte d'une communication différente par les dialogues rythmiques, est source de relaxation physique et cérébrale pour Nadine. La forte implication corporelle montre que Nadine a une intention esthétique qui la pousse à agir. Elle prend les instruments, elle chante. L'art-thérapeute l'aide uniquement pour la précision du geste ou pour montrer comment jouer d'une percussion. Son autonomie est partiellement préservée. En séance 6, les cotations baissent pour la plupart. La relation, l'expression du plaisir et l'engagement dans l'activité sont présents et montrent que la stratégie ne doit pas s'orienter vers l'Art I*. Malgré ce constat le lien thérapeutique est toujours maintenu.

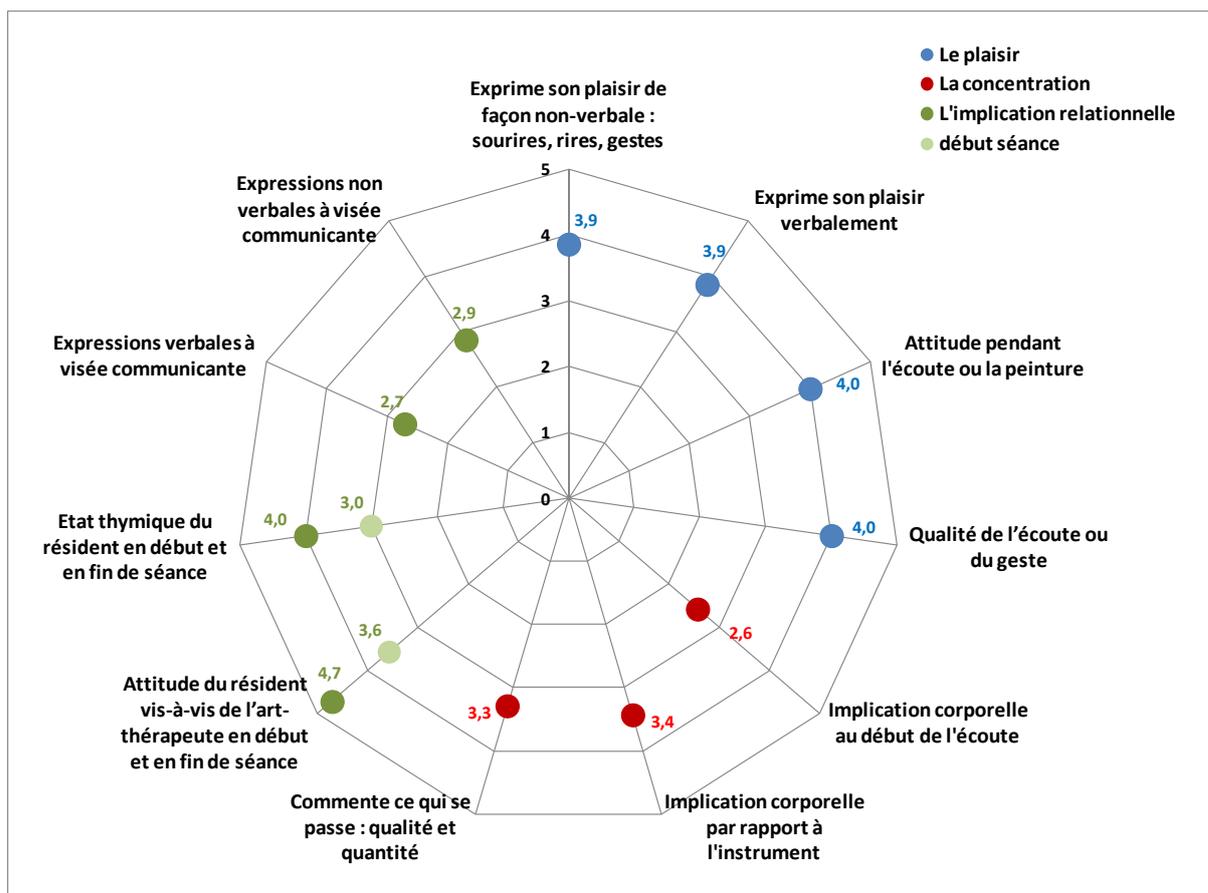
g. Le bilan confirme l'amélioration du moment présent pour Nadine.

Graphique 5: Equilibre des faisceaux d'items* pour Nadine



Ce graphique présente les moyennes par séance des différents faisceaux d'items*. Les capacités sensorielles et émotionnelles de Nadine sont préservées et facilement exprimées que ce soit verbalement ou corporellement (le plaisir). Son implication relationnelle montre que ses capacités affectives sont présentes et qu'une communication est toujours possible malgré les incohérences du discours. A cause de cette logorrhée*, la concentration est souvent parasitée. Des exercices rythmiques répétés ou des écoutes particulièrement rayonnantes impliquent Nadine dans le moment présent. Le temps musical a créé une enveloppe suffisamment sécurisante pour lui permettre cette implication. Ce temps musical a favorisé l'équilibre entre le savoir et la saveur permettant à Nadine une meilleure qualité de vie. La rupture marquée dans la séance 6 ne remet pas en cause la dynamique globale. Les trois faisceaux d'items* ont diminué de façon proportionnelle en lien avec le fait surprenant de la séance.

Graphique 6: Bilan général



Ce graphique présente la moyenne des sept séances par faisceau d'items*. Il permet de donner une vue d'ensemble de la personne après la prise en soin en art-thérapie. L'activité musicale a favorisé le plaisir sensoriel et esthétique de Nadine. Son intérêt a été ravivé et elle l'a montré par différents modes d'expressions ainsi que par son implication avec l'art-thérapeute dans l'activité. L'écoute d'œuvres reconnues lui a permis des pauses verbales. Les dialogues ou les exercices rythmiques nécessitent la disponibilité physique et mentale dans l'instant présent et favorisent également ces pauses verbales. Nadine est restée concentrée verbalement et corporellement pendant les séances. Dans ce graphique, on voit que l'attitude et l'état thymique de Nadine ont évolué positivement à chaque séance. Elle a toujours été intéressée par les propositions d'activités et dans une cohérence relationnelle avec l'art-thérapeute. L'agressivité signalée par l'équipe ne s'est jamais manifestée durant les séances. C'est une remarque transmise à l'équipe. La topologie thérapeutique a cheminé de façon favorable vers les objectifs généraux.

Le cube harmonique est proposé à Nadine à chaque fin de séance qu'elle cote toujours au maximum.

2. Lucette est à un stade modéré de la MA.

- a. L'art-thérapeute possède peu d'éléments d'anamnèse sur l'histoire de vie de Lucette et l'état de base se construit progressivement.

Lucette est une femme de 85 ans, mariée, partageant une chambre dans l'établissement avec son mari. Ils sont entrés dans l'EHPAD* en mars 2013 à la demande de leur fille car ils ne pouvaient plus vivre de façon autonome dans leur logis devenu insalubre.

Depuis, l'immeuble de Montrouge où ils habitaient a été démoli ce qui constitue un traumatisme pour Lucette. Elle parle beaucoup de sa maison en disant qu'elle va y retourner bientôt.

La MA a été diagnostiquée il y a 4 ans. Depuis quelques temps, l'état de Lucette s'est dégradé : elle est de plus en plus perdue spatialement et temporellement. Ce constat l'angoisse et la déprime. Elle est sous antidépresseur. Elle harcèle constamment son mari et les relations entre eux sont de plus en plus tendues. Lucette se rend compte aussi qu'elle perd progressivement ses capacités cognitives (elle n'arrive plus à jouer aux cartes avec son groupe d'amis résidents) et devient agressive envers eux.

Lucette a été couturière, elle aimait aussi peindre : elle peignait sur des couvercles de camemberts des petits paysages. Ils sont conservés dans un sac dans sa chambre. Elle dit aimer la musique et chantait en faisant son ménage. Elle chante à la chorale tous les jeudis. Lucette participe avec son mari à l'atelier collectif d'animation musicale que l'art-thérapeute a mis en place pendant ce stage. Elle y vient toujours avec beaucoup de plaisir. Physiquement, Lucette est autonome, elle marche seule et n'a aucun type d'appareillage.

- b. L'indication de séances d'art-thérapie est donnée par la psychologue et concerne la diminution de l'état dépressif de Lucette.

Des séances d'art-thérapie individuelles sont indiquées par la psychologue pour faire diminuer son anxiété, la distraire, et lui éviter l'apparition d'idées noires.

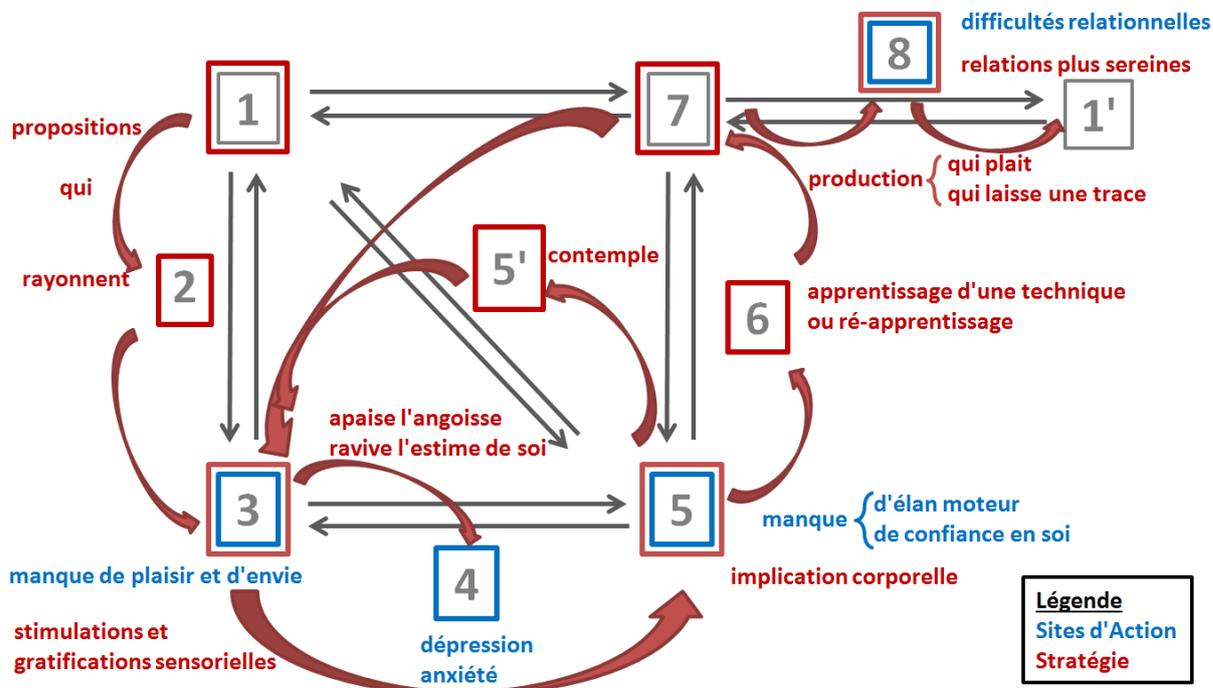
- c. La diminution de l'anxiété est l'un des objectifs généraux déterminé en concertation avec l'équipe soignante de l'EHPAD*.

- Diminuer l'anxiété
- Stimuler et favoriser le plaisir sensoriel et esthétique dans une activité artistique personnelle et adaptée
- Restaurer la qualité existentielle
- Permettre des temps séparés mari et femme
- Améliorer la relation entre époux
- Améliorer la qualité du moment

Des objectifs intermédiaires apparaîtront en cours de séances (cf. tableau 3 : synthèse des séances pour Lucette)

- d. Le repérage des sites d'action sur l'opération artistique permet d'élaborer une stratégie thérapeutique pour Lucette en s'appuyant sur la stimulation sensorielle, les ressentis archaïques.

Figure 9: Stratégie thérapeutique pour Lucette



Lucette se rend compte qu'elle est de plus en plus perdue spatialement et temporellement face aux événements, à son entourage et à son environnement. Elle est angoissée, déprimée et l'exprime de façon agressive vers son mari et vers les autres résidents. L'apport de stimulations sensorielles [1] [2] [3] puisées dans les ressentis archaïques (bruitages, percussions, chansons d'enfants) active le circuit du plaisir, suscite les émotions liées aux événements ou relations, sollicite la mémoire implicite. L'élan moteur [5] est ravivé poussant Lucette à s'impliquer soit dans la contemplation [5'] soit dans l'action [5]. [6] La concentration nécessaire détourne Lucette de ses idées noires [4]. La production [7] soit musicale soit picturale, apporte un plaisir esthétique qui donne à Lucette l'envie de partager avec son mari [8]. Le regard de son entourage sur Lucette change et renforce ainsi son estime d'elle-même [1'].

- e. Lucette bénéficie de six séances d'art-thérapie qui ont mobilisé ses capacités sensorielles et ont permis d'atteindre les objectifs.

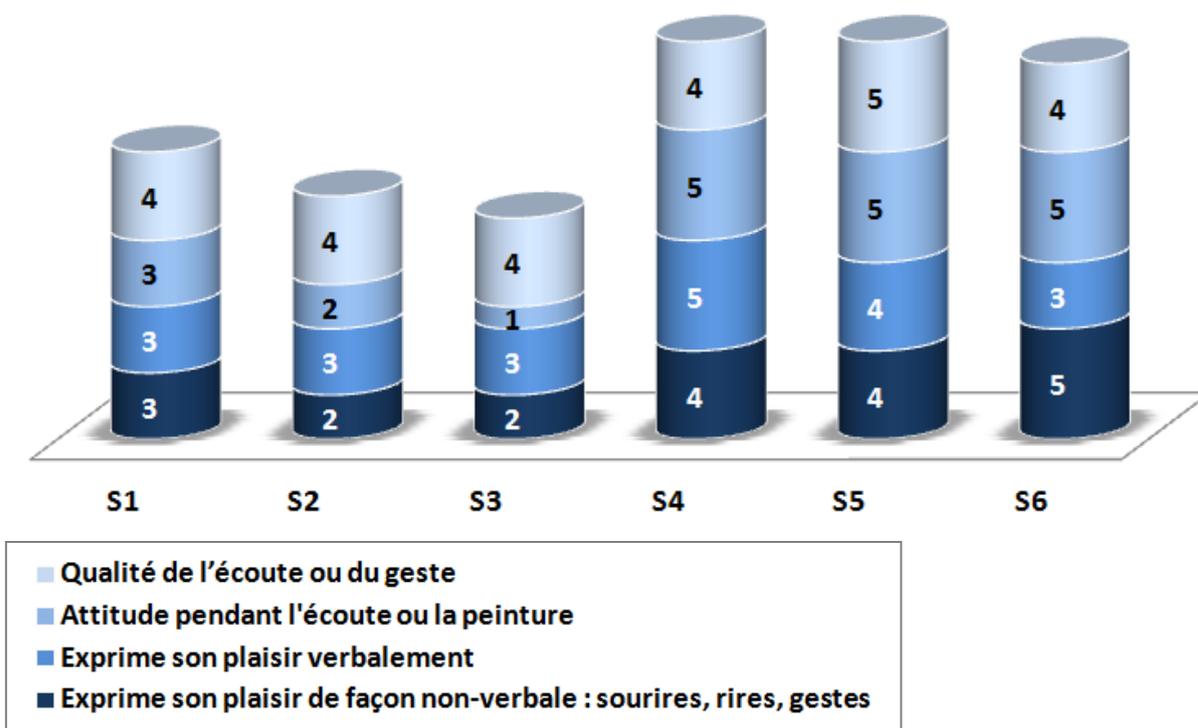
Ces séances ont lieu de 30 minutes à 1 heure environ, soit dans la salle de kiné soit dans une petite salle à manger. La dominante artistique est la musique : écoute, rythmes aux percussions, clavier piano. Deux séances sont consacrées à la peinture.

Tableau 3: Synthèse des séances pour Lucette

S	Activité	Faits principaux (les faits surprenants sont soulignés)	Objectif intermédiaire	Limite	PAS*
1	Ecoute variée : instrumentale, vocale, populaire. Jeux rythmiques à la derbouka puis accompagnement d'une valse au piano	Chante <u>Contemple longuement une image qui orne une partition.</u>	Découvrir ses goûts et ses capacités de choix		
2	Peindre d'après l'image de la partition (tableau) Proposition de crayon et d'éponges Fond musical	Geste sûr au crayon Esprit critique par rapport à sa réalisation <u>Choisit du bleu alors que le fond est rouge</u> N'écoute pas la musique	Détourner son esprit de ses idées noires Renforcer la confiance en soi	Manque de temps Eponges mal adaptées	S'exercer à reproduire le visage du tableau (pas fait)
3	Finir la peinture Proposition de pinceaux de différentes tailles Proposition de fond musical qu'elle refuse	Intention esthétique évidente (peinture) Raconte des souvenirs Imagine un scénario pour son personnage peint Contemple sa production A besoin d'être encouragée	Susciter la reconnaissance de son mari sur son travail		Accrocher son tableau dans sa chambre (fait)
4	Ecoute musique vocale Accompagnement avec percussions Dialogue rythmique à la derbouka Ecoute relaxante pour finir	Bouge et frappe en rythme Chante sur la musique <u>Prend seule des percussions</u> <u>Me chante une nouvelle chanson « ma petite est comme l'eau »</u>			
5	Chant : « ma petite est comme l'eau », « la java bleue », « la claire fontaine » Ecoute instrumental Exercice rythmique : suivre un ostinato pendant que je joue un autre rythme Accompagnement d'une musique militaire à la derbouka Invitation à jouer du piano : Lucette cherche à jouer une mélodie	Chante avec les paroles Tient bien l'ostinato rythmique <u>Cherche à jouer une mélodie qui ait du sens</u> <u>Cherche à mettre des paroles sur sa mélodie</u> Est capable de reproduire la mélodie plusieurs fois de suite avec mon aide puis seule	Permettre des temps de plaisir où Lucette est sans son mari Diminuer son anxiété	Beaucoup de passages dans la salle	Chanter « la java bleue » avec son mari dans leur chambre. (fait dans la salle commune en ma présence)
6	Ecoute de chansons Au piano : je l'aide à retrouver sa mélodie. Elle la joue et j'accompagne Exploration des bruitages du clavier (Art 1) Ecoute d'un morceau que je joue devant elle	Se détend tout de suite (elle est arrivée stressée à cause de problèmes avec l'ascenseur) <u>Plaisir avec les bruitages</u> Beaucoup d'émotions dans la contemplation		Interrupti on à la fin de la séance pour un rdv avec le médecin	

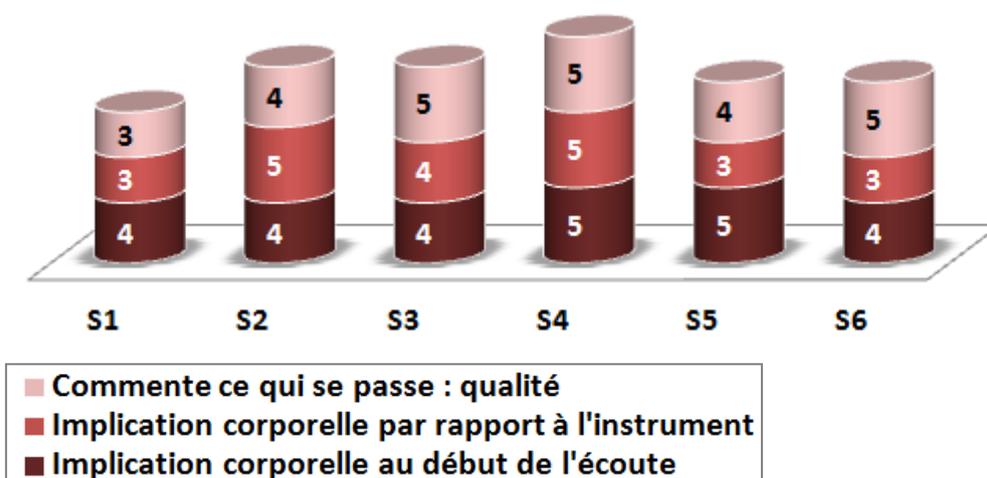
f. Les évaluations vérifient l'amélioration du moment présent pour Lucette

Graphique 7: Le Plaisir



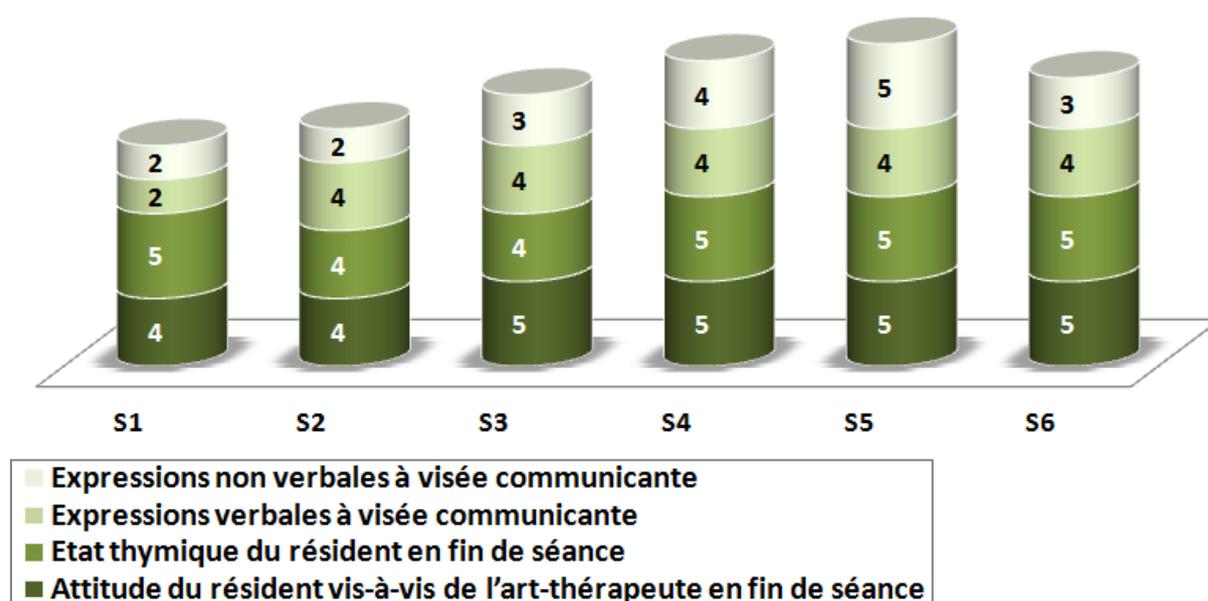
Les séances 1, 4, 5 sont musicales et les séances 2, 3 sont picturales. Pendant les séances 2, 3 bien que son geste soit assuré, Lucette a une attitude crispée voire inquiète. Malgré tout, l'expression du plaisir est présente surtout verbalement. Cependant, la comparaison avec les séances 4, 5, 6, montre que l'expression du plaisir passe de « une fois/parfois » (S2, S3) à « souvent/tout le temps » (S4, S5). Les séances 4, 5, 6 ont provoqué particulièrement des ressentis archaïques, les activités proposées sont orientées vers l'Art I* (bruitage, sons du quotidien, chansons enfantines, exploration libre du piano). La proposition de peinture en S2 et S3 concerne un tableau qui avait plu à Lucette en S1. Son choix d'une réalisation orientée vers l'art II met en évidence ses difficultés et occasionnent des frustrations. Ce constat n'entrave pas son affirmation de soi puisqu'elle choisit du bleu alors que le tableau est rouge et souhaite continuer sa production. La musique semble cependant lui apporter plus de gratifications.

Graphique 8: La concentration



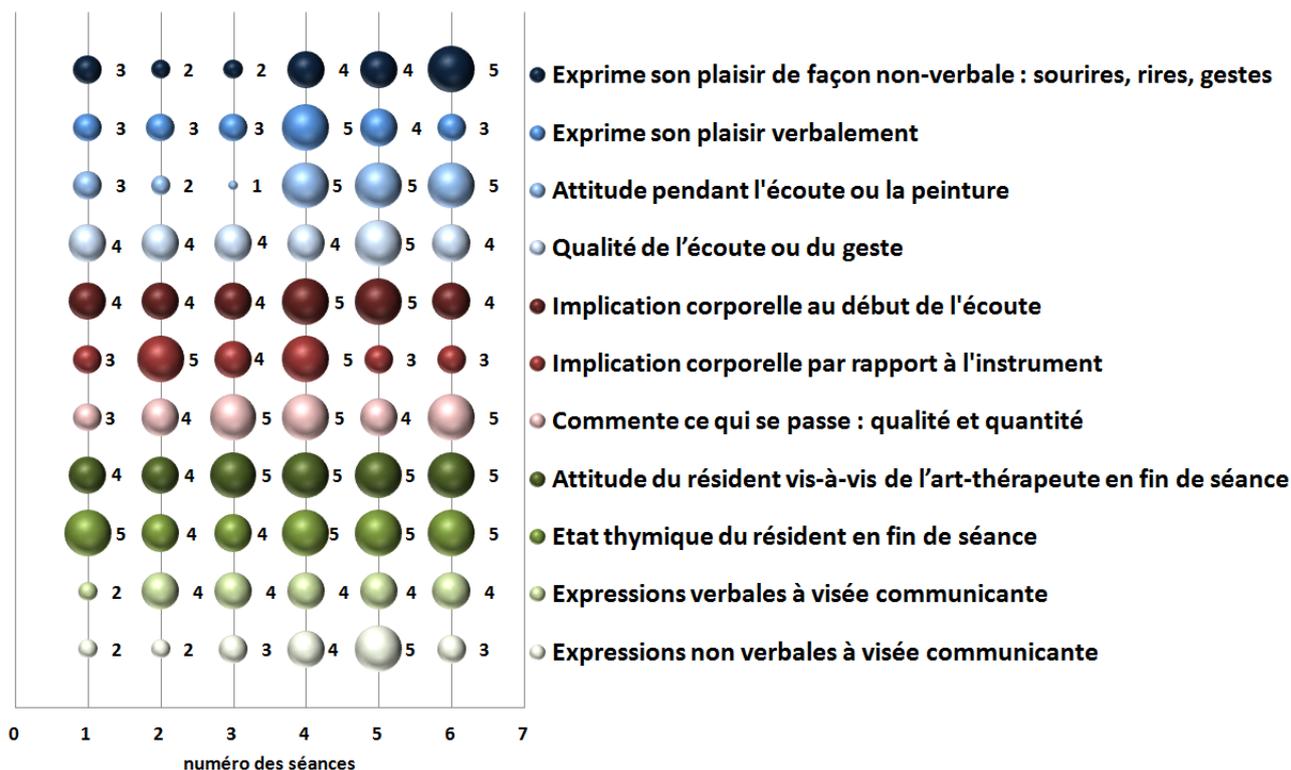
La musique ou la peinture rayonnent suffisamment pour favoriser un engagement corporel dès le début des activités. Lucette n'hésite pas avant de prendre le pinceau ou l'éponge (S2, S3). Dès les premières notes, elle fredonne, se balance, frappe la pulsation. Elle est aussi très attentive, en lien avec l'activité. Ce sont lors des déplacements, (aller ou revenir de l'atelier), que Lucette révèle sa désorientation ou ses problèmes mnésiques. Elle manifeste parfois une certaine réserve par rapport aux percussions tout en étant particulièrement attirée par la derbouka (même si elle a besoin d'aide pour l'utiliser au début). Elle prend toujours cet instrument, explore les différents sons, les différentes manières de le frapper. Beaucoup de ressentis sensoriels sont sollicités : la vision par son aspect métallique brillant, l'audition par son timbre particulier et varié, le toucher par un contact physique spécifique. Il faut en effet bien caler la derbouka entre ses genoux ou sous son bras. Les résonnances qui se répercutent dans le corps sont des ressentis archaïques qui provoquent des gratifications sensorielles.

Graphique 9: L'implication relationnelle



Lucette sort des séances heureuse et paisible. Son attitude vis-à-vis de l'art-thérapeute est cordiale et sympathique. L'évolution de son état thymique et de son attitude est retranscrite dans le graphique bilan. L'art-thérapie a une influence positive sur son moral et son comportement. En S1, séance de rencontre, Lucette n'est pas très communicante. En S2, S3, Lucette a peu d'expressions verbales à visée communicante, elle est concentrée sur sa réalisation. La relation est toujours cohérente. La communication non verbale se réactive avec les séances musicales S4, S5. Ce mode de communication diminue un peu en S6 car elle est concentrée dans l'exploration des sons au piano. Ses expressions sont de l'ordre du plaisir mais sans visées communicantes. La communication verbale est fréquente et constante à partir de S2 et tout au long de la prise en soin.

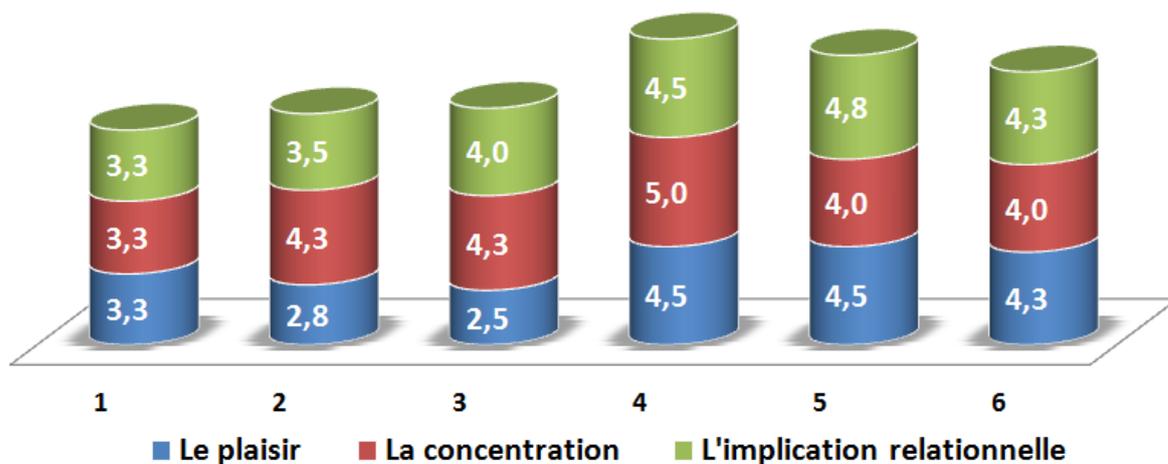
Graphique 10: Vision d'ensemble des séances et des items*



Ce graphique récapitule toutes les séances en faisant apparaître le détail des items*, le code couleur permettant de visualiser les faisceaux d'items*. Les activités à fort potentiel émotionnel ou sensoriel favorisent l'expression du plaisir pour Lucette. C'est pourquoi dans les trois dernières séances, l'art-thérapeute a proposé des œuvres vocales tirées du répertoire classique (la barcarolle d'Offenbach), populaire (Kalinka, folklore russe) ou enfantin (chansons). La mémoire procédurale et émotionnelle est sollicitée permettant l'émergence de souvenirs associés aux ressentis. La mémoire épisodique est ravivée entraînant le plaisir (joie du souvenir et joie de se souvenir). Les activités nécessitant des techniques plus élaborées (copie de tableau, chercher une mélodie au piano) entraînent la frustration et l'inquiétude. Les propositions artistiques mobilisent fortement la concentration de Lucette et l'impliquent corporellement. Elle est présente dans un « *ici et maintenant** ». Même si elle a besoin de l'aide de l'art-thérapeute pour l'utilisation des instruments, Lucette manifeste une intention esthétique et une envie d'agir. Il semble que la qualité de la relation est prioritaire par rapport à la communication. Lucette a besoin d'un cadre sécurisant, réconfortant qu'elle trouve pendant les séances.

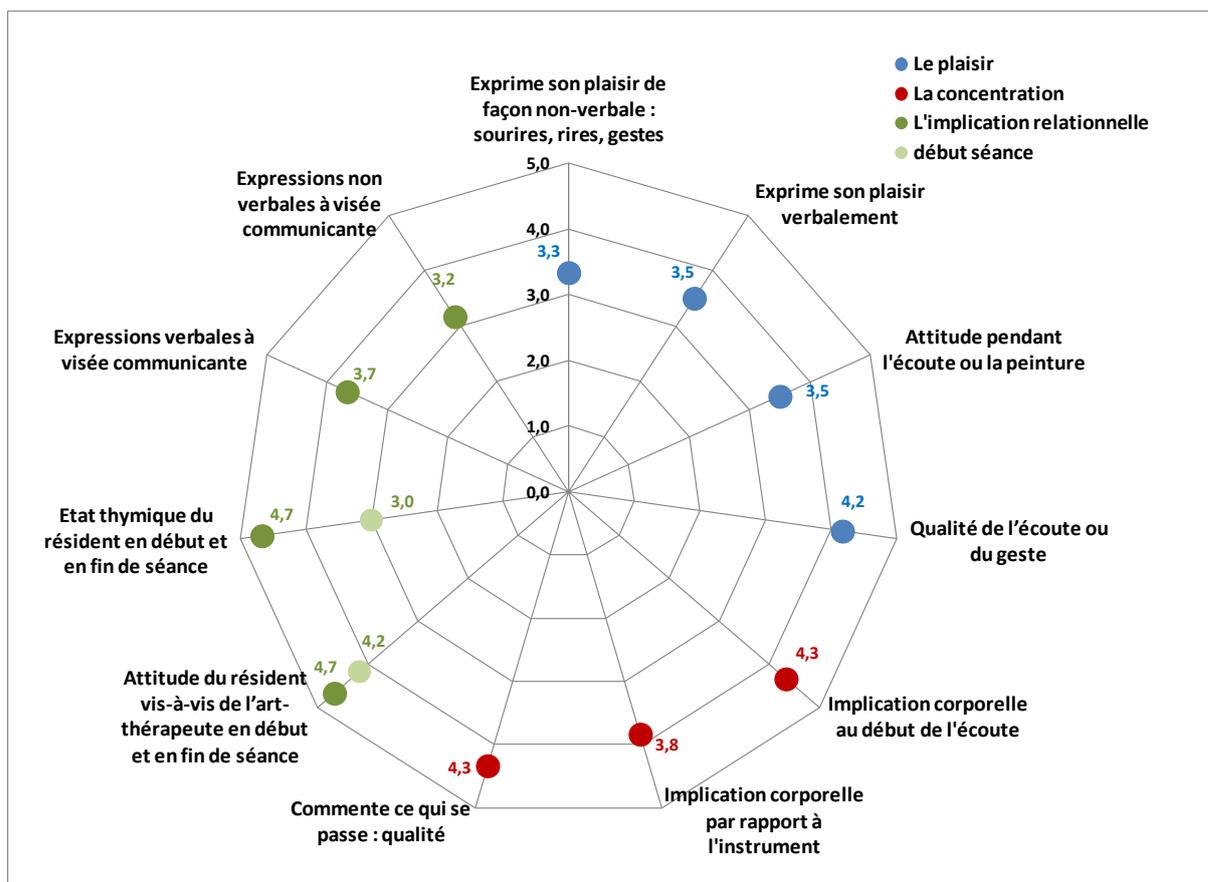
g. Un bilan confirme l'amélioration du moment présent pour Lucette

Graphique 11: Equilibre des faisceaux d'items* pour Lucette



Ce graphique présente les moyennes par séance des différents faisceaux d'items*. Pendant cette prise en soin, Lucette connaît une qualité du moment très satisfaisante dans les séances 4, 5, 6. Dans les séances 2,3 une diminution du plaisir n'altère pas la concentration et la relation. Les activités suscitant beaucoup de ressentis agréables favorisent la diminution de l'anxiété de Lucette. Ce constat confirme le cheminement thérapeutique à suivre pour atteindre les objectifs.

Graphique 12: général pour Lucette



Ce graphique présente la moyenne des six séances par faisceau d'items*. Il permet de donner une vue d'ensemble de la personne après la prise en soin en art-thérapie. L'état thymique de Lucette a évolué très positivement pendant cette prise en soin. Elle arrive souvent angoissée ou nerveuse à la séance et ressort paisible et heureuse. La musique semble pour Lucette participer à une boucle de renforcement : plaisir auditif-détente corporelle et mentale-gratifications sensorielles. Elle est toujours inquiète à l'idée de quitter son mari mais les séances lui permettent de vivre aussi des moments de qualité sans lui. L'art-thérapeute le lui signifie, ce qui rassure Lucette. Quand Lucette retrouve son mari à la fin des séances, ils semblent tous les deux plus paisibles. La possibilité d'une communication différente et plus sereine entre les époux est ébauchée : proposition de chanter ensemble, contemplation à deux de la peinture de Lucette et du tableau modèle. Les propositions artistiques ont permis à Lucette de diminuer son angoisse. Elle n'a pas ressassé d'idées noires pendant les séances. La reconnaissance de son mari par rapport à sa réalisation artistique a permis de renforcer leur lien, la confiance en soi et l'estime de soi de Lucette. L'art-thérapie a donc permis, par l'amélioration de la qualité du moment, une baisse de l'anxiété.

Le cube harmonique est proposé à chaque fin de séance que Lucette cote au maximum. Cependant, elle n'arrive pas à coter son état avec les smiley.

D. Les observations cliniques faites pour sept autres résidents valident l'intérêt de l'art-thérapie dans l'amélioration de la qualité du moment.

1. La présentation des observations cliniques est faite sous forme de tableaux.

Les trois premiers tableaux sont individuels et le dernier comprend les résidents qui ont bénéficié d'une seule séance.

Tableau 4: Synthèse des autres prises en soin

Josette, 74 ans, 5 séances en salle de kiné, 35 à 60 minutes	
Etat de base	Troubles cognitifs modérés Antécédents psychiatriques sévères S'isole, manque d'envie
Objectifs généraux	Raviver la confiance sur ses compétences cognitives et artistiques préservées Sortir de l'isolement Raviver la qualité de vie
méthodes	Musique : écoute, piano Jeux à deux au piano (elle joue la main gauche et moi la droite) Beaucoup d'écoutes contemplatives
Faits significatifs	Est étonnée et heureuse de pouvoir rejouer du piano, de savoir lire ses notes (clé de sol et de fa). Reconnaît tous les extraits musicaux et donne des précisions sur les interprètes ou les œuvres. Ne semble pas intéressée par les percussions.
Limites	Tremblements des mains dus aux médicaments. Fatigue à cause d'un rhume. Attend le passage du médecin. Gênée car elle oublie souvent ses lunettes.
Analyse	Plusieurs types de mémoire ont été ravivés par ces activités : la mémoire procédurale par le jeu au piano, la mémoire sémantique et épisodique par les écoutes musicales. C'est en proposant à Josette des activités puisant dans le traitement sophistiqué que l'élan moteur et les gratifications sensorielles ont pu être activés

Ninette, 77 ans, depuis un mois à l'UPAD*, 5 séances en chambre de 15 minutes	
Etat de base	Démence vasculaire* Aphasie* Anxieuse et dépressive, ne participe à aucunes activités proposées
Objectifs généraux	Eveiller l'intérêt et l'envie Stimuler la sensorialité Apaiser l'anxiété
méthodes	Musique : écoute, chant Arts-Plastiques : peinture à l'éponge, pliage sur peinture
Faits significatifs	Chante volontiers, se souvient de quelques paroles de chansons compréhensibles, Cherche la communication avec l'art-thérapeute Exprime rapidement sa fatigue par rapport à l'activité
Limites	Difficultés de concentration, manque d'intérêt
Analyse	L'intérêt de Ninette a été éveillé par des chansons connues .C'est sans doute la stimulation d'une mémoire émotionnelle qui a permis l'implication corporelle. Cependant le rayonnement des propositions ne semble pas suffisant pour maintenir Ninette dans une activité prolongée. La peinture a eu peu de rayonnement

Thérèse, 79 ans, 4 séances en chambre dont deux avec son mari, de 5 à 30 minutes	
Etat de base	Maladie d'Alzheimer (stade sévère) Déambule sans cesse, ne parle presque plus Relations agressives avec son mari qui vient la voir souvent
Objectifs généraux	Capter son intérêt Apporter des gratifications sensorielles Permettre des temps apaisés avec son mari La faire sourire
méthodes	Musique : écoute des chansons qu'elle connaît Proposition de deux séances avec son mari Phénomène associé : danse avec son mari Situations libres
Faits significatifs	Se balance à l'écoute et esquisse quelques pas de danse Danse avec son mari, se laisse prendre la main Sourit et s'apaise
Limites	Inquiète, ne reste pas assise, pas de communication visuelle
Analyse	La stimulation de ressentis sensoriels agréables vient solliciter la mémoire émotionnelle déclenchant l'élan moteur et l'apaisement de Thérèse. Un moment de partage positif avec son mari est alors possible

Nom	Etat de base	Objectif	Méthode	Faits significatifs	Limite	Analyse
Marie 88 ans	Maladie d'Alzheimer Ne participe à rien par peur de déranger	Capter son intérêt	Ecoute musicale libre	Veut arrêter la musique tout de suite. Dit aimer la musique mais avec les autres	Inquiète d'être seule dans la chambre	L'activité pourrait se concevoir en groupe
Mado 89 ans	Maladie d'Alzheimer Perte du goût de la vie	Raviver le goût de vivre	Ecoute musicale Découverte de son violon apporté par sa fille (à ma demande)	Chantonne, sourit Raconte des souvenirs Reconnait son violon	Se fatigue vite	L'évocation de souvenirs apporte des gratifications sensorielles et émotionnelles positives.
Pierre 87 ans	Maladie d'Alzheimer Ne veut rien faire	Découvrir ce qui pourrait l'intéresser	Peinture libre	Peint quelques instants avec un geste sûr Contemple quand je peins à sa demande, me donne des conseils Raconte des souvenirs		La contemplation apporte des gratifications sensorielles L'humour est un levier qui pourrait solliciter l'élan moteur
André 80 ans	Maladie d'Alzheimer S'ennuie Aphasie*	Capter son intérêt	Ecoute musicale Percussion	Frappe la pulsation Sourit beaucoup		Les stimulations sensorielles déclenchent l'élan corporel

2. Pour des personnes atteintes de la MA, des limites apparaissent en rapport avec le cadre et avec certains outils de l'art-thérapeute.

Si pour la majorité des résidents, les séances d'art-thérapie ont été positives, certains semblent peu sensibles à l'Art. Le nombre restreint de séances peut être un frein pour aller au bout des objectifs ainsi que pour l'exploitation des résultats. Le cube harmonique n'a pas été facile à mettre en œuvre et les résultats mettent en doute son efficacité dans le cas de personnes atteintes par la MA.

3. Le bilan atteste de l'intérêt de l'art-thérapie dans l'amélioration de la qualité du moment.

Pour les personnes atteintes de la MA, le moment présent peut être source d'angoisse, d'agitation, d'ennui. Les propositions artistiques ont, pour la grande majorité des résidents, apporté des gratifications sensorielles qui ont suscité une intention. Les résidents ont choisi la contemplation ou l'investissement dans une production. Les émotions provoquées par la musique sollicitent la mémoire autobiographique permettant à la personne de renouer avec son histoire personnelle, son identité. L'entourage familial reconnaît alors en la personne malade, celui ou celle qu'il a toujours connu. L'équipe soignante découvre un aspect nouveau de cette personne et certaine de ses capacités préservées. Cette mobilisation du corps et de l'esprit vers une action et une production dans une visée esthétique permet de constater l'amélioration de la qualité du moment présent.

3ème partie : L'art-thérapie à dominante musique peut-être considérée comme une aide à la résilience.

Mon hypothèse : l'art-thérapie à dominante musique peut améliorer la qualité du moment présent pour des personnes atteintes par la MA, a été vérifiée par les prises en soin durant le stage. Il me semble intéressant de la confronter au concept de résilience.

A. Des recherches montrent qu'un processus de résilience est possible pour des personnes atteintes par la MA.

De nombreux auteurs ont écrit sur la résilience donnant chacun une définition. Pour certains psychologues, c'est un concept : Vanistendael, pour d'autres un trait de personnalité : Werner, Wolin, pour d'autres encore le résultat d'un fonctionnement : Masten, pour d'autres enfin un processus : Cyrulnik, pédopsychiatre et psychanalyste. Une synthèse est proposée par Marie Anaut, professeur de psychologie à l'université de Lyon : « *C'est un processus qui permet de sortir vainqueur d'une épreuve traumatique et de continuer à se construire malgré l'adversité. La résilience désigne l'art de s'adapter aux situations adverses (...) en développant des capacités qui mettent en jeu des ressources internes (intrapsychiques) et externes (liens avec l'environnement social et affectif)*⁷⁹ ». Les premiers travaux, dans les années 80, ont surtout concerné les enfants et les adolescents confrontés à un traumatisme. Depuis une quinzaine d'années, considérant que la vieillesse peut être un traumatisme dans les pertes qu'elle entraîne, le modèle de la résilience des personnes âgées est étudié. La résilience se comprend alors comme un « *nouveau développement*⁸⁰ » quand l'adaptation n'est pas ou plus possible. Dans le cas des personnes atteintes par la MA, la résilience se trouve dans la possibilité de rester disponible à la vie, de se sentir exister et de préserver sa dignité⁸¹.

1. La résilience est un processus qui s'appuie sur des ressources intérieures et extérieures.

a. Certains paramètres appelés *facteurs de résilience* rendent opérant le processus.

Chacun a la possibilité d'être résilient. Un certain nombre de facteurs, individuels, familiaux et extra-familiaux, facilitent la résilience. Selon Michael Rutter⁸², pédopsychiatre, la personne résiliente concilie trois caractéristiques :

- La personne peut se définir et a le sentiment de sa propre valeur : estime de soi.
- La personne a confiance dans ses capacités à résoudre les problèmes de son existence : confiance en soi
- La personne peut s'appuyer sur un réseau familial ou extra familial positif : interactions relationnelles.

Selon Boris Cyrulnik, la personne résiliente doit avoir bénéficié dans l'enfance d'un « *attachement sécure* » pour avoir un socle solide de confiance en soi et d'estime de soi. Elle doit être capable de mentaliser* l'événement pour comprendre ce qui s'est passé⁸³.

⁷⁹ ANAUT, M. *La résilience, surmonter les traumatismes*. 2^e éd : Armand Collin. 2008, p34.

⁸⁰ CYRULNIK, B. Résilience âgée ? In PLOTON, Louis et CYRULNIK, Boris. *Résilience et personnes âgées*. Paris : Odile Jacob, 2014, p9.

⁸¹ KAGAN, Yves et PELLERIN, Jérôme. Grand âge, âgisme et résilience. In PLOTON, Louis et CYRULNIK, Boris. *Op cit*, p247.

⁸² ANAUT, M. *Op cit*, p51.

⁸³ <http://www.agevillage.com/>

Pour Louis Ploton, les facteurs de résilience pour la personne âgée sont liés à son histoire, sa faculté à créer des relations et sa capacité à relativiser le présent en développant ses représentations internes⁸⁴. Les auteurs sont d'accord pour dire que la résilience est le résultat d'un processus interactif entre la personne, sa famille et son entourage⁸⁵.

b. La personne, dans son processus de résilience, peut alors s'appuyer sur des tuteurs de résilience.

Les *tuteurs de résilience* sont des supports externes qui viennent s'ajouter aux ressources internes de la personne. Ce sont des membres de la famille, des amis, un professeur, un soignant, un contexte de vie etc. Chacun de ces tuteurs, par sa qualité, déclenche la possibilité d'une résilience et suscite chez la personne des capacités d'ajustement émotionnel, de mentalisation, de récit, de créativité. Cette relation peut constituer une base de sécurité par une position « *soutenante* » de la part de l'aidant*. La personne se sent reconnue dans sa souffrance dans un partage émotionnel « *où il est possible d'échanger ce qui est commun à tous et ce qui est propre à chacun* ». La capacité de prendre soin, d'être attentif à l'autre, de mettre en place une relation signifiante pour l'autre, est un socle de résilience qui peut amener la personne malade à raconter sa souffrance⁸⁶. Il est important de prendre en considération la résonance émotionnelle que la relation avec cette personne provoque chez le tuteur de résilience. S'il accueille cette émotion, un accordage entre le tuteur et la personne peut donner du sens et ainsi permettre la résilience⁸⁷.

2. Pour les personnes atteintes par la MA, on parlera de *déclin résilient*.

a. La notion de résilience pour les personnes âgées nécessite une nouvelle définition.

De nombreuses raisons ont poussé les auteurs à se poser la question de la résilience chez les personnes âgées : augmentation de l'espérance de vie, changements technologiques et sociaux, découvertes des neurosciences sur la neuroplasticité* du cerveau. En ce qui concerne la musique, des études ont montré que la pratique musicale peut augmenter les ressources neuronales et contribuer à lutter contre le vieillissement cognitif. Par exemple, les régions cérébrales sollicitées simultanément par la musique renforcent leurs connexions synaptiques. Ainsi, « *les échanges d'informations deviennent plus rapides et le nombre de neurones* assurant cette communication augmente*⁸⁸ ». Une représentation plus positive de la vieillesse peut alors être considérée.

a.1. Les auteurs mettent en garde de ne pas confondre les stratégies mises en place pour « bien vieillir » et le processus de résilience.

Les stratégies de « *coping* » (Lazarus et Folkman, 1984) concernent les capacités à faire face au stress, au traumatisme tandis que la résilience concerne la capacité à se développer dans une situation difficile. Les stratégies de « *coping* » sont nécessaires à la résilience mais elles sont insuffisantes. Le « *coping* » repose sur des mécanismes adaptatifs tandis que la résilience

⁸⁴ PLOTON, Louis et CYRULNIK, Boris. *Résilience et personnes âgées*. p278

⁸⁵ IONESCU, S. *Traité de résilience assistée*. Paris : Puf, 2011.

⁸⁶ DELAGE, M. Résilience dans la famille et tuteurs de résilience, qu'en fait le systémicien ? In *Thérapie Familiale* 3/ 2004 (Vol. 25), p. 339-347

⁸⁷ MAESTRE, M. Entre résilience et résonance, In *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* 2/ 2002 (n° 29), p. 167-182

⁸⁸ BIGAND, E. TILLMANN, B. La musique qui « panse » les neurones. In *Cerveau et Psycho*. n°63, mai/juin 2014, p27.

implique l'intégration du traumatisme et la réparation⁸⁹. Et ainsi permettre un nouveau développement. « *S'agissant de la personne âgée, cela signifie la possibilité de se déployer à nouveau dans une existence pourvoyeuse de satisfaction(...) malgré la possibilité rapprochée de la mort*⁹⁰ ». C'est à partir de cette idée que le professeur Delage, psychiatre, définit le déclin résilient comme « *le maintien de capacités affectives, émotionnelles et relationnelles malgré une dégradation cognitive lentement progressive*⁹¹ ». Pour lui la résilience de la personne atteinte de la MA peut se faire grâce à la qualité de l'attachement avec les aidants*. L'entourage (famille et soignants) s'appuie sur ses ressources et ses capacités afin de devenir des activateurs de résilience. C'est par cette qualité relationnelle que l'aidant* permet à la personne malade d'exister en dehors de sa maladie. Les recherches autour de l'aide aux aidants* sont essentielles pour permettre à l'entourage d'être lui aussi résilient et de trouver malgré la souffrance le moyen de grandir à travers l'expérience de la maladie de son proche.

b. Les interactions relationnelles tardives sont nécessaires dans le processus d'un déclin résilient.

Les *interactions tardives*, en écho aux *interactions précoces* de la petite enfance, font « *ressurgir l'implicite de la vie émotionnelle et de la vie relationnelle au moment où la mort se présente avec plus de netteté*⁹² ». Il s'agit, pour l'aidant* (tuteur de résilience), d'apporter à la personne atteinte de la MA un climat de confiance et un sentiment de sécurité. La personne atteinte de la MA se sent en effet en insécurité du fait des changements qui l'envahissent. Elle devient anxieuse et cette anxiété peut envahir l'entourage. « *Ce climat interactif d'insécurité peut contribuer à la dégradation rapide du patient parce que le stress augmente les mécanismes de dégénérescence neuronale*⁹³ ».

b.1. *Les interactions qui suscitent des émotions positives activent le déclin résilient.*

La personne atteinte par la MA est très sensible à la dimension émotionnelle qui sous-tend la relation. Ainsi tout ce qui facilite l'expression des émotions permet à la personne d'être résiliente. L'aidant* peut être un facilitateur de la parole. En sollicitant sa mémoire autobiographique, la personne atteinte par la MA peut faire le récit de sa vie. Maintenir l'« *identité narrative** » de la personne est une composante essentielle de la résilience⁹⁴. La reconnaissance de l'identité de la personne malade, l'intègre dans la communauté humaine.

Quand la communication verbale devient difficile, les gestes, le son, le rythme de la voix, le toucher, le regard, les sourires, perçus par les neurones miroirs*, favorisent l'empathie* réciproque. « *Le maintien des composants perceptifs, gestuels et narratifs de l'identité, constitue des repères précieux dans le cheminement du malade et des déterminants de résilience*⁹⁵ ».

⁸⁹ ANAUT, M. *Op.cit* .p63

⁹⁰ DELAGE, M. Famille et résilience dans le vieillissement. In Louis et CYRULNIK, Boris. *Résilience et personnes âgées*. p56.

⁹¹ *Id.* *La résilience de la personne âgée*. Marseille : Solal, 2009.

⁹² LEJEUNE, A. Les interactions tardives. In PLOTON, Louis et CYRULNIK, Boris. *Résilience et personnes âgées*. p 71 à 87.

⁹³ DELAGE, M. *Op.cit*.p 26.

⁹⁴ LEJEUNE, A. *Maladie d'Alzheimer, Attachements et résilience*. Solal, 2010

⁹⁵ *Ibid.* p 19.

B. L'analyse et la critique du travail clinique permettent de dégager les atouts et les limites de l'art-thérapie à dominante musique par rapport au processus de résilience.

Notre objectif, dans les prises en soin cliniques, est d'améliorer le moment présent des personnes atteintes par la MA. Les choix de stratégies et d'activités sont ils allés dans le sens de la résilience ? La qualité du moment présent participe t'il au processus de résilience ? La musique peut-elle être considérée comme un tuteur de résilience ?

1. Des éléments présents dans les prises en soin favorisent le processus de résilience.

a. La nature non verbale de la musique rappelle les souvenirs associés aux émotions et donne du sens.

Pendant le stage, l'art-thérapeute a proposé de la musique instrumentale de styles différents (classique, populaire, folklorique). La musique a suscité des souvenirs, des émotions, des réactions suivant le degré de familiarité que la personne avait à l'écoute de cette musique. Le récit de certains événements a permis à la personne de « *revivre la durée vécue*⁹⁶ ». Le partage des émotions s'est fait au travers d'une communication non verbale et a donné du sens au moment présent.

L'art-thérapeute a également proposé de la musique vocale et des chansons populaires. La voix renvoie à des impressions très archaïques qui viennent des premiers engrammes* inscrits dans le cerveau du fœtus. En chantant, le corps devient l'instrument de musique et provoque des ressentis corporels. Ces ressentis peuvent susciter des émotions, activer l'élan corporel et mettre la personne en mouvement. Pendant le stage les chansons ont eu un fort impact : Nadine a été très émue en entendant « *La claire fontaine* » et elle avait envie de réapprendre les paroles. Lucette a suggéré une chanson qui lui rappelait de bons souvenirs ce qui a permis un temps agréable de communication avec l'art-thérapeute. Ninette qui est aphasique*, s'est mise à chanter toutes les paroles distinctement de « *Colchiques dans les près* ». Le plaisir de retrouver des mots participe à la qualité du moment. Les chansons évoquent un moment de notre histoire et peuvent nous faire revivre le sentiment éprouvé lors de ce moment du passé.

Chanter, jouer des percussions ensemble sont des interactions qui favorisent le lien et la relation. L'utilisation de la derbouka dans les divers ateliers a occasionné de véritables dialogues rythmiques qui ont provoqué des sourires et des rires. L'art-thérapeute a proposé des cellules rythmiques* que la personne devait répéter et inversement. Ces petits jeux ont nécessité l'implication corporelle et la concentration de la personne. Toutes ces activités d'écoute, de chants et de pratiques instrumentales ont provoqué le plaisir des personnes prises en soin. Les items* précis ont permis une évaluation de ce plaisir et d'objectiver les ressentis. Grâce à ces activités musicales, l'expression s'est libérée, la communication a été facilitée, la relation s'est consolidée.

b. La relation avec le soignant peut être une figure d'attachement sécuritaire*.

Dans la littérature, la figure d'attachement fait référence au lien mère-enfant tissé dans la toute petite enfance. Une bonne base de sécurité permet de développer les fonctions cognitives et contribue au développement et à l'autonomie de la personne⁹⁷.

⁹⁶ MOYNE-LARPIN, Y. *Musique pour renaître*. Paris : Desclee de Brouwer, 1988.p217

⁹⁷ BENONY, H. *Le développement de l'enfant et ses psychopathologies*. Paris : Armand Collin, 1998.

Les recherches actuelles explorent les différents styles d'attachements que la personne noue aussi dans des liens extra-familiaux durant toute sa vie. Dans le cadre institutionnel, les rencontres successives entre les soignants et la personne atteinte par la MA peuvent provoquer des mécanismes d'attachement et lui apporter une base de sécurité. Cela nécessite de la part du soignant, d'essayer de comprendre le mieux possible la personne malade, de mettre en place une communication empathique* en exagérant certains gestes, certaines expressions du visage. Quand la personne se sent en sécurité avec le soignant, celui-ci peut devenir un tuteur de résilience* et ouvrir un nouvel « *espace transitionnel** » qui facilite la relation et la créativité⁹⁸.

L'art-thérapeute s'est habillée et coiffée de la même manière à chaque rencontre. Des petits rituels de présentation se sont mis en place. A la fin du stage, même si Nadine semblait ne pas me reconnaître, dès que je disais le mot musique, son visage s'éclairait, elle disait « ah, oui, c'est vous » et se levait avec détermination. L'art-thérapeute a choisi des items* qui ont mis en évidence l'évolution de la relation avec les personnes prises en soin ainsi que l'évolution de leur état thymique*. C'est la qualité de la relation qui est évaluée. Les items* concernant la communication verbale et non verbale sont quantitatifs car on peut considérer que plus la communication est établie meilleur est le climat de confiance et de sécurité.

c. L'implication dans une activité artistique utilise les ressources saines de la personne malade.

On parle de « *déclin résilient* » quand on amène la personne malade à développer au maximum ses ressources au fur et à mesure de leur évolution. L'activité artistique nécessite une mobilisation corporelle, sensorielle, attentionnelle, cognitive et émotionnelle. L'art-thérapeute, grâce à l'opération artistique*, repère les ressources de la personne sur lesquelles elle va s'appuyer pour atteindre les objectifs fixés.

Pour Nadine ce sont ses capacités motrices : ses doigts déliés, la mobilité de ses mains ont permis d'exécuter des rythmes avec précision. Ce sont aussi ses connaissances musicales : la familiarité avec la plupart des œuvres proposées ont facilité l'expression des émotions, l'évocation de souvenirs et l'imaginaire associé. Pour Lucette ce sont ses capacités attentionnelles : sa concentration pendant l'écoute et la peinture a permis de diminuer l'angoisse. C'est aussi sa capacité à exprimer ses goûts et à affirmer ses choix : le choix d'une couleur à l'opposée de celle utilisée dans le tableau modèle a montré son autonomie et renforcé la confiance en soi. Pour Thérèse, en phase sévère de la MA, ce sont ses capacités sensorielles : le plaisir ressenti à l'écoute d'une chanson familière l'a faite sourire, l'a détendue et a permis un moment de relation apaisée avec son mari.

Pour chacune des personnes prises en soin, leurs ressources apparaissent. Les items* concernant la concentration ont été choisis pour observer ces capacités préservées. La façon dont la personne s'implique corporellement manifeste son intention esthétique : la personne a envie de produire quelque chose de beau. Cette implication est aussi le signe de l'autonomie : capacité à faire seul et à choisir. Elle met aussi en valeur des capacités cognitives : l'attention, l'abstraction, la compréhension des consignes. L'expression verbale en lien avec l'activité révèle des capacités cognitives et relationnelles. Cette approche thérapeutique basée sur la partie saine de la personne est une aide à la résilience.

⁹⁸ GAUCHER, J. RIBES, G. Le travail psychique de résilience chez l'agé. In PLOTON, Louis et CYRULNIK, Boris. *Résilience et personnes âgées*. p 217.

d. Le cadre facilite la résilience par le climat de sécurité qu'il instaure.

Dans ce stage, nous avons pu observer que la réussite des ateliers dépend de la mise en œuvre d'un cadre sécurisant. Les personnes atteintes de la MA sont sensibles au contexte dans lequel ont lieu les ateliers. Elles acquièrent une familiarité croissante avec le cadre et l'art-thérapeute. Ce sentiment de familiarité procure une base de sécurité et peut diminuer l'anxiété. L'art-thérapeute fait attention, dans la mesure du possible, à la permanence du cadre. Avec Nadine, les prises en soin ont eu lieu dans sa chambre et l'art-thérapeute a pu observer qu'elle était à l'aise. Avec Lucette, les salles ont toujours changé. L'art-thérapeute n'a pas noté d'influence sur son anxiété, cependant Lucette était beaucoup plus détendue dans la petite salle à manger que dans la grande salle de kiné.

La qualité du cadre a une influence sur le comportement des personnes atteintes par la MA. Un environnement visuel, sonore, olfactif et tactile agréable peut induire de la détente et de l'apaisement. Il participe à la phase 1 de l'opération artistique* (cf. p 20 du mémoire) et peut être initiateur des ressentis, des intentions esthétiques et de l'élan corporel de la personne. Pendant le stage, il n'y avait pas de salle dévolue aux ateliers. L'art-thérapeute a présenté des beaux instruments, de la belle musique, des beaux matériaux afin de susciter le plaisir esthétique. La mise en œuvre a toujours été proposée de la même manière pour donner des repères à la personne prise en soin. Enfin, l'art -thérapeute fait partie du cadre. Sa fonction, parce qu'elle contient le mot « art », représente la beauté. La proposition d'activités musicales ou picturales est aussi promesse de plaisir esthétique. La personne malade reste sensible à la beauté dont la trace demeure jusqu'au plus profond de l'être humain. L'art-thérapeute exploite cette recherche de la beauté qui va s'exprimer dans des ressentis et des productions esthétiques rejoignant ainsi le désir de beauté et le besoin de créativité de la personne. On peut dire que la résilience est facilitée par un cadre agréable et sécurisant, porteur de sens.

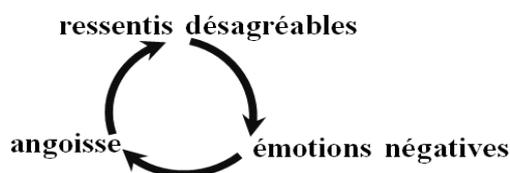
Certains EHPAD* proposent un espace multi sensoriel de type Snoezelen. C'est un cadre dans lequel, à l'aide de matériels spécifiques et variés, les personnes accueillies vont être amenées, à leurs rythmes et dans un climat de confiance, à développer des expériences sensori-motrices et relationnelles. Le sentiment de sécurité est ainsi renforcé. « *La relation créée dans cet espace permet à la personne accompagnée d'exister et de vivre au travers du regard de l'autre, de sa disponibilité, des attentions et de sa façon de prendre soin d'elle*⁹⁹ ».

2. Des éléments font obstacle au processus de résilience.

a. Le choix des œuvres peut entraîner la personne dans une boucle d'inhibition*.

En proposant des œuvres inconnues ou dissonantes, la personne atteinte par la MA n'arrive pas se raccrocher à des repères culturels ou affectifs. Elle peut éprouver de l'angoisse. Si l'écoute se poursuit, l'angoisse peut s'accroître entraînant la personne dans une boucle d'inhibition* : Elle n'aura pas envie de s'impliquer dans une activité.

Tableau 5: Boucle d'inhibition



⁹⁹ www.lesjardinsducastel.com/telecharger/livret_SNOEZELEN.2005.

Une musique qui déplaît ou qui rappelle de mauvais souvenirs peut entraîner un sentiment de frustration ou de tristesse. Pendant une séance, l'art-thérapeute a proposé à Nadine une chanson enfantine qui ne lui plaisait pas et la marche turque de Mozart qui lui rappelait un mauvais souvenir. Nadine a été inquiète pendant la durée de ces écoutes et très logorrhéique*. En proposant un air de Bach, elle a réussi à se détendre et à accepter de m'accompagner aux percussions. Si le sentiment de tristesse n'est pas forcément une émotion négative, il faut être prudent et ne pas enfermer la personne dans ces ressentis. Il est possible de mettre cette émotion à distance, en donnant à Nadine les moyens de l'exprimer, en la verbalisant et en la partageant avec elle par empathie*. L'art-thérapeute utilise alors la fonction cathartique* de la musique. Lors d'une séance, Nadine a été émue aux larmes en exprimant de la tristesse mais désirait continuer à écouter car son plaisir esthétique était supérieur.

b. Des séances individuelles peuvent être source d'angoisse par rapport à des séances en groupe.

Pendant ce stage, la plupart des prises en soin ont été individuelles. Marie et Thérèse ont exprimé de l'inquiétude à se retrouver seules et ne sont pas restées en séance. L'art-thérapeute a invité le mari de Thérèse à participer à deux séances. Thérèse a été rassurée et a pu suivre ces séances. Marie a dit : « la musique s'écoute à plusieurs ! Allons dans la salle à manger ». Un atelier collectif favorise les relations entre résidents et conforte le sentiment d'appartenance au groupe. Les séances d'art plastiques en groupe permettent le traitement mondain (phase 8 de l'opération artistique*). Les séances collectives de musique favorisent les interactions et permettent de se sentir en lien par l'écoute d'une même chanson. Pouvoir proposer des séances individuelles, des séances avec certains aidants*, et des séances collectives me semble intéressant pour être au plus près des besoins des personnes.

c. L'implication relationnelle de la personne atteinte de la MA peut être une limite au processus de résilience.

Les troubles psycho comportementaux peuvent être une entrave importante à la résilience de la personne atteinte de la MA et à la résilience de son entourage. La personne qui s'enferme dans la solitude et le déni peut rendre impossible l'action thérapeutique. Une résidente de l'UPAD* a refusé systématiquement de participer aux séances car elle voulait rester « tranquille ». Ninette disait s'ennuyer au bout de 5mn et les séances ont rarement dépassé 15 mn malgré les diverses propositions (musique, peinture, collage, etc.). La logorrhée* de Nadine a souvent gêné les séances. La fatigue est aussi un facteur à prendre en compte car les personnes atteintes par la MA connaissent des troubles du sommeil. Les traitements médicamenteux ont des effets secondaires : l'apathie*, la somnolence, la perte de la communication verbale ou émotionnelle. Certains médicaments psychotropes aggravent les syndromes confusionnels, les délires et les hallucinations. Ils rendent difficile voire impossible l'implication relationnelle de la personne. L'entourage de la personne peut être plus ou moins soutenant et résilient. Si la confiance ne peut se vivre entre la personne malade, la famille et le soignant, l'ajustement émotionnel, les commentaires verbaux et non verbaux seront perturbés. La personne n'aura pas l'envie de s'impliquer corporellement dans l'activité et affectivement dans la relation. Tous ces facteurs sont une limite à la résilience.

d. L'utilisation de la technique artistique peut mettre la personne en échec.

Le choix d'une technique artistique peut être déterminant pour le bien-être de la personne. Pendant le stage, l'art-thérapeute a proposé à Nadine l'utilisation des crayons pastel.

Celle-ci ne savait plus comment les utiliser ce qui a provoqué un sentiment de frustration. Elle a éprouvé le même sentiment avec le clavier. La proposition d'utiliser ces instruments de façon plus simple ou détournée aurait permis de rester dans le plaisir sans passer par une technique élaborée. Lucette a voulu peindre d'après un tableau qui lui plaisait. L'utilisation des pinceaux fut difficile pour elle, la mettant dans une situation inconfortable. Cela ne l'a pas empêchée de vouloir continuer et même de recommencer. Cependant, pour éviter de mettre la personne en situation d'échec, l'art-thérapeute aurait pu fractionner les étapes et passer par des jeux picturaux destinés à consolider la technique. L'adaptation des supports et des outils en concertation avec un ergothérapeute aurait pu être une aide pour Lucette. La courte durée du stage n'a pas permis de mettre à profit ces observations, réflexions et collaboration pluridisciplinaire.

La musique est un art éphémère qui se savoure dans l'instant. Sa non-permanence peut être déstabilisante pour des personnes désorientées temporellement et spatialement. La peinture a l'avantage de laisser un signe tangible, une trace, qui peut être montré, donné et partagé avec l'entourage. Le désir de transmettre l'expérience vécue, peut se réaliser grâce à une œuvre picturale. La production devient alors un repère pour la personne. Elle donne un sens à son action, la rend actrice de sa vie et renforce la confiance en soi. Quelle que soit la technique artistique proposée, le résultat doit être gratifiant pour la personne malade et renforcer son estime de soi. Cela demande à l'art-thérapeute de rechercher des aménagements techniques nécessaires pour valoriser les capacités préservées de la personne.

e. La dynamique Art I/Art II* mal ajustée peut déclencher des mécanismes de défense allant à l'encontre du processus de résilience.

La musique ou la peinture peuvent être des disciplines artistiques sophistiquées (Art II*). Elles viennent aussi « *puiser et stimuler les profondeurs sensorielles, spirituelles, et motrices de l'archaïsme, relatives aux fondements de la mécanique humaine*¹⁰⁰ » (Art I*). L'art-thérapeute va exploiter cette dynamique dans un but thérapeutique. Certaines personnes ne peuvent pas aller au-delà de l'Art I* tandis que d'autres ne seront sensibles qu'à l'Art II* (sachant qu'il y a inévitablement de l'Art I* dans l'Art II*).

Pendant le stage, l'art-thérapeute a orienté sa stratégie vers l'Art II*. Nadine a été très réceptive. Cependant lors d'une séance, l'art-thérapeute a proposé des chansons et des instruments à percussions qui relevaient de l'Art I* : archaïsmes de l'enfance, sons organiques du bâton de pluie. Cela a provoqué de l'agitation et de l'inquiétude pour Nadine ainsi qu'une attitude de retrait. Nous avons donc exploité des activités plus techniques : reproduire des rythmes, écoute de musique classique. Nadine a retrouvé son sourire et l'envie de s'impliquer dans l'activité. L'utilisation des pinceaux a demandé à Lucette une technique élaborée (Art II*) qui lui a apporté un sentiment de frustration. Lucette a eu tendance à se dénigrer. Même si elle exprimait du plaisir à peindre, le résultat n'était pas à la hauteur de ses attentes. Lors des séances musicales, l'exploration des sons du synthétiseur, les sensations tactiles et visuelles (Art I*) provoquées par la derbouka, ont procuré des gratifications sensorielles et motivé l'élan corporel de Lucette. Ces deux exemples montrent l'intérêt d'une dynamique Art I/Art II* bien ajustée pour que la personne soit dans une attitude réceptive et faciliter la résilience.

¹⁰⁰ FORESTIER, R. *Tout savoir sur la musicothérapie*. p157.

3. La musique possède un pouvoir de résilience.

On constate que l'attrait pour la musique est une aptitude cognitive archaïque, résistante aux atteintes cérébrales. De nombreuses recherches en neurosciences sont effectuées pour comprendre les mécanismes neuronaux impliqués dans l'activité musicale.

- a. Il existe un *cerveau musicien* qui favorise la plasticité neuronale* et peut faciliter la résilience¹⁰¹.

Pour Isabelle Peretz, neuropsychologue et co-fondatrice d'un centre de recherche consacré au cerveau musical, le BRAMS (Brain, Music And Sound Research), « *la musique correspond à une faculté humaine distincte, autonome, mettant en jeu un dispositif neuronal spécifique, isolable dans le cerveau.*¹⁰² » Elle utilise différentes techniques d'investigations : SMT (Stimulation magnétique transcranienne), EEG (Électro-encéphalographie), IRM (imagerie par résonance magnétique), PET-scan (tomographie par émission de positons). Ces recherches montrent des modifications anatomiques et fonctionnelles dues à la pratique de la musique : hypertrophie des lobes temporaux et de l'hippocampe*, développement des connexions entre les hémisphères cérébraux (corps calleux), augmentation du nombre de neurones* (substance grise et blanche) dans certaines régions du cerveau. Grâce à cette plasticité neuronale*, de nombreux travaux suggèrent que la sollicitation des régions cérébrales impliquées dans le traitement de la musique aurait un effet sur les aptitudes cognitives et motrices en cas de lésion. Le professeur Lechevalier, neurologue, pense que la musique peut prévenir les troubles de la mémoire. La musique a aussi des effets sur l'humeur et réduit l'apathie* des personnes atteintes par la MA. Elle offre un moyen naturel de lier perception et action ce qui est fondamental pour la qualité existentielle de l'être humain. Enfin, son impact émotionnel important a des conséquences neurophysiologiques qui pourraient promouvoir la plasticité cérébrale. Emmanuel Bigand, professeur de psychologie cognitive synthétise : « *La musique est une "activité récréative", qui a le pouvoir d'unifier cognition, émotion et action dans une même expérience, ce qui peut avoir, en retour, un impact important sur le fonctionnement neurocognitif*¹⁰³ ». C'est ainsi qu'on peut penser que la musique, par le biais des interactions tardives, peut jouer un rôle de tuteur de résilience auprès des personnes atteintes par la MA.

- b. Le temps musical offre une possibilité de résilience.

b.1. Le partage des émotions entre la personne malade, l'aidant ou le soignant favorise la relation et l'affirmation de soi.*

Pendant le temps musical, la personne atteinte par la MA peut être résiliente. Le pouvoir émotionnel de la musique permet à la personne d'être en lien avec son passé par le rappel des souvenirs. La personne peut verbaliser des souvenirs ou des émotions. Ce partage de souvenirs peut aider l'aidant* à retrouver dans le parent malade celui qu'il a toujours été. En effet, de nombreux accompagnants* témoignent de la difficulté (parfois même du refus) à reconnaître l'autre dans ce qu'il est devenu¹⁰⁴. Ainsi, autant pour le malade que pour l'entourage, la continuité de l'identité va être consolidée.

¹⁰¹ Pour ce paragraphe, 4 ouvrages me servent de références : LECHEVALIER, B. *Le cerveau musicien*. PLATEL, H. *Neuropsychologie et art*. Revue : *Cerveau et Psycho*. n°63, *La musique qui soigne*. LEMARQUIS, Pierre. *Sérénade pour un cerveau musicien*.

¹⁰² <http://www.brams.org/> et <http://leadserv.u-bourgogne.fr/ebramus>.

¹⁰³ LECHEVALIER, B. *Op. Cit.* p54.

¹⁰⁴ REZVANI, S. *L'Eclipse*. Arles : Actes-Sud, 2003. Et HUGUENIN, C. *Alzheimer mon amour*. Paris :Héloïse d'Ormesson, 2011

L'aidant* devient le garant de leur histoire commune. « *La musique possède donc un pouvoir de résilience puisqu'elle peut faire revenir une émotion passée et en permettre le remaniement par la maîtrise du chant et des souvenirs associés*¹⁰⁵ ». Ressentir une émotion esthétique renforce l'affirmation de soi. La possibilité d'affirmer son goût et de l'exprimer est source de plaisir. Le beau vient vivifier le bien-être de la personne. Comme deux cordes de guitare vibrant en sympathie, créent l'harmonie, la vibration affective engage la coalescence*. L'apaisement émotionnel qui en découle fait diminuer l'anxiété.

b.2. Le temps musical est un temps de jeu qui permet la résilience.

Le jeu musical fait intervenir l'imitation, l'exploration, l'invention, la contemplation, la concentration, la réflexion et le mouvement. Ces capacités préservées chez la personne atteinte par la MA sont réactivées par la musique. Par exemple, la concentration nécessitée dans le jeu musical permet à la personne d'être complètement captivée par le moment présent. Pour Winnicott, le jeu est thérapeutique. « *Le chevauchement des airs de jeu*¹⁰⁶ » va instaurer un « *espace transitionnel** » qui implique des interactions. Ces interactions musicales vont être source de rencontre, de lien, de joie. Cela implique que dans cet espace de liberté, malade, thérapeute et famille, jouent ensemble sur un mode empathique et soutenant. Ces interactions vont permettre à la personne de se sentir vivante. Une association lyonnaise, le Ludopole¹⁰⁷, dans un cadre scientifique, s'interroge sur le lien entre le jeu et la résilience. Elle propose d'utiliser le jeu comme une approche thérapeutique non médicamenteuse de la MA. Son objectif est de permettre aux patients Alzheimer de maintenir un équilibre psychique et de diminuer les troubles du comportement grâce à un cadre ludique favorisant la résilience. Transposé au jeu musical, on perçoit bien les bénéfices apportés pour la personne atteinte par la MA et les possibilités de résilience qu'ils offrent.

b.3. La résilience de la personne atteinte par la MA se vit fondamentalement dans le moment présent.

Cette affirmation semble une évidence puisque, dans la MA, la mémoire se désagrège progressivement empêchant la projection dans le futur. En restant dans le présent, la personne peut être résiliente par rapport aux pertes de mémoire et de repères. L'enjeu est de vivre un présent de qualité, signifiant et satisfaisant pour la personne. La musique permet de vivre un présent qui apporte des gratifications sensorielles, émotionnelles, affectives et relationnelles. L'implication de la personne dans une activité artistique donne un sens à la vie, ravive la qualité existentielle. La qualité du présent est liée à la capacité de l'accompagnant* à « savoir être » et à « savoir vivre ». Ces aptitudes créent les fondations de la qualité du moment vécu. L'accompagnant*, dans un « savoir devenir », garantis à la personne, la promesse de revivre une même expérience.

¹⁰⁵ CYRULNIK, B. Anthropologie naturaliste de la musique : effet de résilience. In LEJEUNE, A. MAURY-ROUAN, C. *Résilience, vieillissement et maladie d'Alzheimer*. Marseille : Solal, 2007.p 107.

¹⁰⁶ WINNICOTT, D. *Jeu et réalité*.

¹⁰⁷ fm2j.com/images/uploads/Presentation_recherche_jeu_et_resilience_fev2012sj_

C. Les recherches menées autour de la résilience donnent des pistes de réflexion pour considérer autrement la MA, les malades et les prises en soin thérapeutiques.

1. Un certain nombre de réflexions permettent de rester prudent sur le processus de résilience.

a. La résilience peut être considérée comme une force.

Le concept de résilience pris dans son sens large, manque de clarté dans sa définition et ses applications cliniques : chaque auteur propose sa définition et il n'y a pas de modèle scientifique pour évaluer la résilience. Le mot est « piégé » car il revêt plusieurs significations. Il est galvaudé par un effet de mode. Le psychiatre Serge Tisseron met en garde contre la tentation du « tout résilient ». Le danger est de sous-estimer l'impact du traumatisme sur le psychisme et d'avoir une vision idéalisée de la souffrance. Il propose de considérer la résilience comme une force que tout le monde possède et qu'il faut favoriser. Cette force « nous permet de négocier avec les ruptures de l'environnement et les bouleversements intérieurs qui en résultent¹⁰⁸ ». La résilience devient une prévention contre l'adversité qu'il faut chercher à renforcer.

b. La résilience semble incompatible avec la MA à cause de son lien avec le temps.

La résilience est liée à la mémoire puisqu'elle nécessite une relecture du passé dans le présent afin d'envisager un avenir serein. Le docteur Antoine Lejeune (défenseur de la résilience) souligne : « sans mémoire, il n'y a pas de résilience possible chez l'âge¹⁰⁹ ». Pourtant, nous avons vu que certaines formes de mémoires subsistent dans la MA. Selon Antoine Lejeune, ces mémoires implicites jouent un rôle déterminant pour faciliter la résilience. Elles permettent le récit des souvenirs, le partage des émotions, les relations affectives. A partir du moment où il existe une vie affective, des ressources profondes sont mobilisables. C'est peut être là que réside la force dont parle Serge Tisseron. Notre responsabilité est de permettre à la personne de retrouver cette force.

2. Admettre une possible résilience pour les personnes atteintes de la MA, permet un autre regard sur la maladie et les malades.

a. Les personnes atteintes par la MA sont stigmatisées.

La MA nous bouscule sur le plan individuel et collectif. Sur le plan individuel, elle renvoie chacun à sa propre finitude et pose des questions existentielles. Sur le plan collectif, la MA est présentée comme un fléau. Les termes employés par les médias ou retrouvés sur des sites internet sont violents et menaçants : « peste noire du XXI ème siècle, épidémie etc. ». La MA cristallise les peurs et les angoisses des individus et de la société. Elle est perçue comme dégradante, humiliante et déshonorante. « Elle est synonyme de mort, elle est identifiée à la mort elle-même¹¹⁰ ». Elle semble occasionner la déshumanisation de l'individu. La personne malade n'est plus elle-même puisqu'elle n'a plus conscience d'elle-même. Elle devient un « mort sans cadavre¹¹¹ ».

¹⁰⁸ <http://www.sergetisseron.com/blog/vous-avez-dit-resilience>

¹⁰⁹ LEJEUNE, A. *Vieillesse et résilience*. Marseille : Solal, 2004, p. 145.

¹¹⁰ GZIL, F. *La Maladie du temps*, p.16.

¹¹¹ REZVANI, S. *Op.cit.*

Comment arriver à prendre en soin la personne si ces images sont la représentation mentale que nous avons de cette maladie ? La tentation de l'abandon peut insidieusement devenir une option pour les proches. En effet, ceux-ci peuvent penser qu'il est indifférent de s'occuper de son parent puisqu'il ne s'en souviendra pas. Paradoxalement, il existe aussi la tentation de la surstimulation qui peut être une forme de déni pour l'entourage et apporter beaucoup d'anxiété pour la personne malade. Reconnaître de façon juste les capacités préservées de la personne atteinte par la MA nous aide à constater leur vie psychique et relationnelle.

b. Les travaux de réflexion des sciences humaines permettent de considérer autrement les personnes atteintes par la MA.

Les recherches autour de la résilience nous aident à changer notre regard sur les malades et la MA. Elles impliquent une réflexion éthique sur la façon d'entrer en relation avec ces personnes dont l'identité est modifiée ou altérée. Elles nécessitent une réflexion philosophique sur les liens entre la mémoire et l'identité. Elles s'appuient également sur les neurosciences qui étudient les systèmes de mémoires. La possibilité de résilience pour les personnes atteintes par la MA se trouve dans le plaisir de se sentir exister et dans le maintien de la relation. Ce sont finalement les deux piliers de l'identité : se sentir être une personne et être reconnu comme telle par les autres. Les gestes, les actes et les attitudes maintiennent le lien contre tout ce qui menace de le rompre et écartent la tentation de l'abandon. Cela implique de la part des aidants* d'être à l'écoute des ressentis et des expressions de ces personnes. Notre présence devient signifiante dans la mesure où la proximité avec l'autre manifeste notre humanité. Le philosophe Emmanuel Lévinas propose cette réflexion : « *je suis responsable d'une responsabilité totale, qui répond de toutes les autres et de tout chez les autres, même de leur responsabilité*¹¹² ». Cette prise en compte du malade, qui malgré sa dépendance totale, est une personne digne jusqu'au bout de sa vie, change notre regard. Les personnes atteintes par la MA ne sont plus stigmatisées si elles sont considérées comme faisant partie de la même humanité.

3. L'art-thérapie participe à la modification de ce regard en prenant en compte les aidants* des personnes atteintes par la MA.

a. L'art-thérapie permet à la personne atteinte par la MA de maintenir son identité et occasionne un changement de regard de la part de l'entourage.

S'impliquer dans une activité artistique et réaliser une production permet à la personne de changer de statut : d'une personne malade, elle passe à une personne capable de créer. L'Art donne des moyens pour redevenir acteur de sa vie. L'activité artistique sollicite l'histoire personnelle de la personne, lui permettant de ressentir et d'exprimer ce qu'elle est. La communication verbale et non verbale s'établit. L'activité artistique sollicite également son jugement esthétique et renforce l'affirmation de soi. La possibilité de montrer sa réalisation est souvent source d'étonnement positif pour l'entourage. La personne est valorisée dans sa singularité. La confiance en soi est consolidée. La mise en valeur de la partie saine de la personne a un retentissement sur son estime de soi. L'art-thérapie aide de fait l'entourage à voir la personne malade avec un nouveau regard. Pendant le stage, Mado a retrouvé son violon avec plaisir, elle a raconté des souvenirs à sa fille qui était heureuse de ce moment passé avec sa mère. Nadine, que l'équipe soignante trouvait agressive, n'a jamais manifesté la moindre agressivité pendant les séances d'art-thérapie. L'équipe a été intéressée par cette transmission qui a permis de considérer Nadine autrement.

¹¹² LEVINAS, E. *Éthique et infini*. Paris : Fayard, 1982. p105

Pierre a peint un paysage qui a suscité l'admiration de l'équipe qui l'a accroché dans le bureau. (Pierre désirait donner sa peinture aux soignants).

b. La prise en soin des aidants* en même temps que des personnes atteintes par la MA participe à la résilience.

La relation est un vecteur privilégié de la résilience. Lorsque l'art-thérapie est proposée conjointement aux aidants* et aux malades, on constate des résultats positifs pour les deux, dans la prise en soin. On s'aperçoit que les aidants* familiaux ont un sentiment d'isolement et de découragement moins présent lors d'une prise en soin conjointe en art-thérapie. Proposer des prises en soin, malade/aidant*, paraît donc une approche intéressante au regard de la résilience. Pendant le stage, l'art-thérapeute a proposé plusieurs séances où un membre de la famille était présent. Les bénéfices ont été visibles autant pour la personne malade que pour l'accompagnant*. Le mari de Thérèse a pu exprimer des gestes de tendresse. Ils ont dansé. Le sourire est revenu, Thérèse et son mari sont repartis apaisés. L'aidant* a une place privilégiée dans le soin car il connaît les codes de communication de la personne atteinte par la MA. La nature non-verbale de l'Art peut être ajustée aux besoins de cette nouvelle communication. Partager des moments de plaisir ensemble, chanter des chansons associées à des souvenirs heureux, participer à la même émotion, peindre un tableau à 4 mains, permettent d'apaiser les tensions, de renouer des liens. Cette prise en soin conjointe peut agir sur les comportements de la personne malade et favoriser la résurgence d'un bonheur. La personne malade se sent reconnue dans sa singularité et l'aidant* est gratifié de ses efforts par l'amélioration de leur qualité de vie. Ainsi on peut dire que la résilience de la personne atteinte par la MA est influencée par la capacité de résilience de l'entourage proche.

Conclusion

Cette expérience d'art-thérapie met en évidence trois paramètres indispensables pour maintenir une bonne qualité de vie des personnes atteintes par la MA : apporter du sens au temps, préserver l'identité de la personne dans la prise en compte de ses émotions, favoriser les interactions relationnelles.

Nous avons vu la variabilité du vécu temporel : orienté par la vieillesse, bouleversé par la MA. Ce vécu est difficile à maintenir en institution. En conciliant ces rythmes différents, le temps peut garder de son sens et de sa qualité. Le maintien de l'identité de la personne malade va également l'aider à donner du sens à sa vie. La possibilité de faire le récit de sa vie, ne serait ce par quelques bribes de souvenirs, permet la continuité de l'identité pour la personne et pour l'entourage. Ces récits nécessitent d'être partagés et portés par l'entourage (familial ou professionnel) grâce à un comportement empathique, qui reconnaît et encourage les émotions positives de la personne malade. La relation affective favorise ainsi le bien être de la personne.

Ces trois paramètres d'une bonne qualité de vie sont à mettre en parallèle avec ceux que nous avons choisis pour déterminer la qualité du moment présent : implication corporelle, plaisir et implication relationnelle. En effet, l'implication corporelle de Nadine dans l'activité artistique a manifesté sa capacité à être présente et à ressentir ce moment présent. Les émotions suscitées par la musique ont permis la résurgence de souvenirs qui ont apporté des gratifications sensorielles à Lucette. Ce plaisir éprouvé a vivifié la saveur existentielle de Lucette et lui a donné envie de s'impliquer dans une relation avec l'art-thérapeute. L'implication relationnelle de chacune des personnes prises en soin rejaille sur l'entourage : famille, soignants. En effet, la mise en valeur des capacités préservées des personnes encourage les accompagnants* à porter un regard différent sur les personnes atteintes par la MA.

Ces réflexions ont été partagées avec la psychologue de l'établissement qui a pu attester auprès de l'équipe pluridisciplinaire de l'intérêt de l'art-thérapie. Elle a en effet constaté les effets positifs pour les résidents pris en soin : moins d'angoisse pour Lucette, envie de participer à nouveau à des activités proposées pour Joyce, pas de manifestations d'agressivité pour Nadine, relations apaisées entre Thérèse et son mari. Dans le cas de la MA, les bienfaits d'une prise en soin sont vraiment visibles dans le moment présent. La mise en place d'un PAS* entre les séances permet de conserver ces bienfaits le plus longtemps possible et d'associer l'entourage à la thérapie. La prise en soin conjointe de la personne malade et de l'aidant* me paraît indispensable dans la prise en charge thérapeutique d'une personne atteinte par la MA.

A la lumière de la résilience, ces mécanismes (plaisir, implication corporelle et relationnelle) mis en jeu dans l'activité artistique peuvent devenir des mécanismes résilients. Cette notion de résilience peut être considérée comme un complément d'analyse de la pratique art-thérapeutique. Elle favorise un regard positif sur les malades et leur entourage. Cette expérience d'art-thérapie confirme la théorie en démontrant que les leviers qu'elle active sont essentiels à l'amélioration de la qualité de vie pour les personnes atteintes par la MA.

Liste des graphiques

Graphique 1 Le plaisir.....	40
Graphique 2 La concentration.....	41
Graphique 3 : l'implication relationnelle.....	41
Graphique 4: Vision d'ensemble des séances et des items*.....	42
Graphique 5: Equilibre des faisceaux d'items* pour Nadine.....	43
Graphique 6: Bilan général.....	44
Graphique 7: Le Plaisir.....	48
Graphique 8: La concentration.....	48
Graphique 9: L'implication relationnelle.....	49
Graphique 10: Vision d'ensemble des séances et des items*.....	50
Graphique 11: Equilibre des faisceaux d'items* pour Lucette.....	51
Graphique 12: général pour Lucette.....	52
Tableau 1: fonctionnement mnésique et ses atteintes par la MA.....	14
Tableau 2: Synthèse des séances pour Nadine.....	39
Tableau 3: Synthèse des séances pour Lucette.....	47
Tableau 4: Synthèse des autres prises en soin.....	53
Tableau 5: Boucle d'inhibition.....	61
Figure 1: la vieillesse réussie.....	11
Figure 2: Comparaison entre un cerveau sain et un cerveau atteint par la MA.....	13
Figure 3: Comparaison entre des neurones* sains et des neurones* atteints par la MA.....	13
Figure 4: Les stades de l'évolution de la MA.....	15
Figure 5: modélisation de l'inscription matérielle de la musique.....	19
Figure 6: L'opération artistique.....	22
Figure 7: Les caractéristiques de la qualité du moment.....	27
Figure 8: Stratégie thérapeutique pour Nadine.....	38
Figure 9: Stratégie thérapeutique pour Lucette.....	46

Bibliographie

Ouvrages consultés

- ANAUT, Marie. *La résilience, surmonter les traumatismes*. 2^e éd : Armand Collin.2008.
- APPIA, A. *L'œuvre d'art vivant*. Genève : Atar, 1921
- ARCAND, M. BRISSETTE, L. *Accompagner sans s'épuiser*. Montréal : Ash, 2012
- BENONY, H. *Le développement de l'enfant et ses psychopathologies*. Paris : Armand Collin, 1998
- BERGSON, Henri. *Essai sur les données immédiates de la conscience*. 10^e éd. Paris :Puf, 2013
- BIGAND, E. HABIB, M. BRUN, V. *Musique et cerveau*. Sauramps Medical, 2012
- BRELET, Gisèle. *Le temps Musical*. Puf. 1949
- CHAILLEY, Jacques. *Expliquer l'harmonie ? Rencontres*, 1967.
- CHAILLEY, J. CHALLAN, H. *Théorie complète de la musique*. Paris : Leduc, 1947.
- COUDIN, Geneviève. PAICHELER, Geneviève. *Santé et vieillissement. Approche psychosociale*. Paris : Armand Colin ,2002.
- CRAMET, B. *Alzheimer mon frère. Un chemin pour une nouvelle relation*. Nouvelle Cité. Avril 2014
- DAVIS, M. WALLBRIDGE, D. *Winnicott, introduction à son œuvre*. New York: Puf, 1992
- DUJARDIN, K et LEMAIRE, P. *Neuropsychologie du vieillissement normal et pathologique*. Paris : Masson, 2008
- Encyclopédie de la Pléiade : *Histoire de la musique*. Paris : Gallimard. 1960.
- FONTAINE, Roger. *Manuel de psychologie du vieillissement*. Paris : Dunod, 1999.
- FORESTIER, Richard. *Regard sur l'Art*. See You Soon, 2005.
- FORESTIER, Richard. *Profession art-thérapeute*. Paris : Elsevier Masson, 2010.
- FORESTIER, Richard. *Tout savoir sur la musicothérapie*. Paris : Favre, 2011
- FORESTIER, Richard. *Tout savoir sur l'art-thérapie*. Paris : Favre, 2012
- GROSCLAUDE, M. *Psychothérapies des démences*. Paris :John Libbey Eurotext.1997
- GZIL, Fabrice. *La Maladie du temps*. Paris : Puf, 2014.
- HUGUENIN, Cécile. *Alzheimer mon amour*.Paris : Héloïse d'Ormesson, 2011.
- IONESCU, S. *Traité de résilience assistée*. Paris : Puf, 2011
- KAGAN, Yves. *Dictionnaire de pratique gérontologique*. Frison-Roche, 1996.
- LECHEVALIER, Bernard. PLATEL, Hervé. EUSTACHE, Francis. *Le cerveau musicien :neuropsychologie et psychologie cognitive de la perception musicale*. Bruxelles :de Boeck, 2010
- LEJEUNE, Antoine. *Vieillesse et résilience*. Marseille : Solal , 2004
- LEJEUNE, Antoine. *Maladie d'Alzheimer, Attachements et résilience*. Solal, 2010
- LEJEUNE, Antoine. *Musique, mouvement et Maladie d'Alzheimer* .Solal.2011
- LEMARQUIS, Pierre. *Sérénade pour un cerveau musicien*. Paris : Odile Jacob, 2009.
- LEVINAS, Emmanuel. *Étique et infini*. Paris : Fayard, 1982
- MOCQUEREAU, A. *Le nombre musical grégorien*. Desclee et cie, 1908
- MOYNE-LARPIN, Yvonne. *Musique pour renaître*. Paris : Desclee de Brouwer, 1988.
- PLATEL, Hervé. *Neuropsychologie et art*. Louvain : De Boeck-Solal. 2^e éd : 2014.
- PLOTON, Louis et CYRULNIK, Boris. *Résilience et personnes âgées*. Paris : Odile Jacob, 2014.
- PLOTON, Louis. *Ce que nous enseignent les malades d'Alzheimer* .Lyon : Chronique Sociale, 2010.
- SELLAL, François et KRUCZEK, Elisabeth. *Maladie d'Alzheimer*.2^e éd. Doin, 2007.
- SENEQUE, *Lettres à Lucilius*, Livre I, extrait de la lettre 12. Traduction française de J. Baillard, 1914.
- SUDRES, J. MORON, P.L'adolescent en création. Paris : L'Harmattan.1997

- VITTOZ, Roger. *Notes et pensées*. Edition posthume 1955. Réédition Téqui.2008.
- WALLIN, N. MERKER, B. BROWN, S. *The Origins of Music*. Cambridge: MIT Press, 2001.
- WILLEMS, Edgar. *Le rythme musical*. Pro musica, 1984
- WINNICOTT, Donald. *Jeu et réalité*. Paris : Folio essais, 1971. p127
- Revue et travaux universitaires consultés
- Connaissance de la personne âgée. Collection donc gérontologie.2010
- Cerveau et Psycho : *La musique qui soigne*. n°63, mai/juin 2014
- DELAGE, M. Résilience dans la famille et tuteurs de résilience, qu'en fait le systémicien ? In *Thérapie Familiale* 3/ 2004 (Vol. 25)
- GEORGIU Marie-Rose. *Art-thérapie et résilience : Un atelier à dominante arts plastique avec des personnes âgées traumatisées par l'entrée en institution*. Tours. AFRATAPEM. 1 vol.114 p. Mémoire : Art-thérapie : AFRATAPEM : 2008.
- GISQUET-VERRIER, P. Bases structurales et anatomiques de la mémoire. In *Epilepsies*, vol. 18, Numéro spécial, septembre 2006.
- JAMMOT-BLET, Cécile. *Une expérience d'art-thérapie à dominante musique réalisée auprès de personnes âgées institutionnalisées*. Tours : faculté de Médecine de Tours. AFRATAPEM. 1 vol.60 p. Mémoire : Art-thérapie : AFRATAPEM : 2013.
- MAESTRE, M. Entre résilience et résonance, In *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* 2/ 2002 (n° 29)
- PLATEL, Hervé. *Evaluation neuropsychologique d'un atelier d'apprentissage de chants nouveaux chez des patients atteints de maladie d'Alzheimer institutionnalisés*.fondation-mederic-alzheimer.org. 2007
- PONCET-JEANNE, M. *L'expressivité non verbale des personnes âgées atteintes de démence de type Alzheimer, marqueur de leur affectivité préservée*. Lyon : université Lumière Lyon 2. Thèse : Psychologie.2007.
- Articles consultés sur internet et sites internet.
- cen-neurologie.fr/2eme-cycle/Items inscrits dans les modules transversaux/Confusion et démence sujet âgé/.
- The effects of synchronous music on 400-m sprint performance*, D. Stuart, Simpson, I. Costas, Karageorghis, (2006),in sport-passion.fr/sante/sport-musique.htm.
- BRADT, J. DILEO, C. SHIM, M. *Music interventions for preoperative anxiety*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013. <http://www.cochrane.fr/>
- CEPEDA, MS. CARR, DB. LAU, J. ALVAREZ, H. *Music for pain relief*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010. <http://www.cochrane.fr/>
- CHARDON,F.espacecancer.sante-ra.fr/_AT_FCHARDON,avril 2014.
- DALEY, S., Newton, D., Slade, M., Murray, J., & Banerjee, S. (2012). Development of a framework for recovery in older people with mental disorder. *International Journal of Geriatric Psychiatry*,In www. Mythe-alzheimer.org
- MOUREY, F. Les allegros d'Alzheimer", "Mouvement, danse, tango et réhabilitation"
<http://bienvivreavecalzheimer.com>
<http://www.agevillage.com/>
<http://www.brams.org>
[www.lesjardinsducastel.com/telecharger/livret_SNOEZELEN.2005.](http://www.lesjardinsducastel.com/telecharger/livret_SNOEZELEN.2005)
[http://leadserv.u-bourgogne.fr/ebramus.](http://leadserv.u-bourgogne.fr/ebramus)
<http://www.sergetisseron.com/blog/vous-avez-dit-resilience>
[www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/113/Synthese.html.](http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/113/Synthese.html)
- POLYDOR, Jean-Pierre www.impact-sante.fr, 26 mai 2010,

Annexes

Annexe 1 : Fiche d'observation par séance :

Nom : _____ Prénom : _____
 Date : _____ Lieu : _____ durée : _____ météo : _____
 Objectifs généraux : _____
 Objectifs intermédiaires : _____
 Auto-évaluation de la personne sur son humeur : 😞 😟 😐 😊 😄

Présentation artistique

Dominante : _____
 Phénomène associé : _____
 Art 1 Art 2
 Contemplation Action
 Jeux exercices situations
 Révélateur didactique occupationnel thérapeutique
 Libre ouvert semi-dirigé dirigé directif

Phénomène artistique

Intention

Verbalise son intention esthétique : oui non
 Capacité à faire un choix : aucune 1 avec aide 2 seul 3
 Comprend la consigne : pas du tout 1 un peu 2 avec aide 3 complètement 4

Action

Faisceau d'items concernant la concentration	
Implication corporelle par rapport à l'écoute	1 Ne bouge pas 2 Se balance 3 Frappe la pulsation volontairement (corps) 4 Frappe la pulsation volontairement (instrument) 5 Illustre ce qui se passe par une manifestation corporelle (chante, danse)
Implication corporelle par rapport à l'outil (instrument de musique, pinceau, éponge)	1 Ne fait rien 2 Fait sollicité par l'art-thérapeute 3 Fait avec aide 4 Demande de l'aide 5 Fait seule
Commente ce qui se passe : Quantitativement et qualitativement	1 Tout le temps de façon incohérente sans lien avec l'activité 2 Souvent de façon incohérente en lien avec l'activité 3 Une fois de façon cohérente en lien avec l'activité 4 Parfois de façon cohérente en lien avec l'activité 5 Souvent de façon cohérente en lien avec l'activité

Raconte des souvenirs : aucun 1 un seul 2 plusieurs 3

Production

Musique : écoute chant percussions piano

Art-plastiques : peinture collage modelage

Devenir de la production : déchirée 1 laissée 2 gardée 3 offerte 4 exposée 5

Capacités relationnelles

Faisceau d'items concernant l'implication relationnelle			
		En début de séance	En fin de séance
Attitude du résident vis-à-vis de l'art-thérapeute	1	Opposant	Opposant
	2	Evitant	Evitant
	3	Présent	Présent
	4	Cordial	Cordial
	5	Sympathique	Sympathique
Etat thymique du résident	1	Triste	Triste
	2	Angoissé	Angoissé
	3	Nerveux	Nerveux
	4	Paisible	Paisible
	5	Heureux	Heureux
Expressions verbales à visée communicante : questions, remarques	1	Jamais	
	2	Une fois	
	3	Parfois	
	4	Souvent	
	5	Tout le temps	
Expressions non verbales à visée communicante : regards et sourires dirigés, gestes,	1	Jamais	
	2	Une fois	
	3	Parfois	
	4	Souvent	
	5	Tout le temps	

Expression du plaisir

Faisceau d'items concernant le Plaisir		
Exprime son plaisir de façon non-verbale : sourires, rires, gestes	1	Jamais
	2	Une fois
	3	Parfois (+de 3 fois)
	4	Souvent (+ de 5 fois)
	5	Tout le temps
Exprime son plaisir verbalement	1	Jamais
	2	Une fois
	3	Parfois
	4	Souvent
	5	Tout le temps
Attitude pendant l'écoute ou la peinture	1	Inquiète
	2	Crispée
	3	Paisible
	4	Emue
	5	Détendue
Qualité de l'écoute/ du geste	1	Ennuyé /maladroit
	2	Distraite / tremblant
	3	Parasité / hésitant
	4	Attentive / sûreté du geste
	5	Enthousiaste /geste élaboré

Auto-évaluation

Avez-vous passé un bon moment ? Oui non

Comment vous êtes vous senti pendant la séance ?     

Comment vous sentez vous ?

Voudriez-vous recommencer ? Oui non

Bilan de la séance

Description rapide

Appréciation générale

Faits surprenants

Limites

Analyse

Nouveaux sites d'action ou cibles

Nouveaux objectifs intermédiaires

Erreurs

PAS entre les séances

Projection

Simleys proposés en fin de séance pour l'auto-évaluation



Triste



Ennuyé / je n'aime pas



Paisible / j'aime mais...



satisfait/ c'est agréable, j'aime bien



heureux/ j'aime beaucoup

La vie quotidienne au sein de l'UPAD

Une équipe pluridisciplinaire et la présence des familles dans l'UPAD permettent une prise en charge globale du résident.

A cette fin, un projet d'accompagnement personnalisé est mis en place de concert avec l'ensemble des intervenants médicaux, soignants et paramédicaux.

Différentes activités et ateliers sont proposés au sein de l'UPAD :

- Activités domestiques : participation aux activités telles que la mise de couverts pour retrouver la mémoire du passé et se sentir chez soi*
- Activités physiques : lancer de ballons et marche pour stimuler, tonifier et améliorer la souplesse et la mobilité*
- Activités cognitives : jeux de mémorisation, loto... Pour maintenir les facultés intellectuelles*
- Activités d'expression et de communication : lecture de journaux, chants, jeux de société, fêtes, événements spécifique (galette des rois, Noël...). Pour se divertir, éviter le repli sur soi, apprendre et entretenir l'intérêt pour les autres*
- Activités manuelles : dessin, peinture, décoration, jardinage. Pour préserver l'estime de soi, le bien-être, l'épanouissement...*
- Activités sensorielles : massages de bien-être, soins esthétiques... Pour le maintien du schéma corporel, le bien-être*

AFRATAPEM

Mémoire professionnel réalisé pour l'obtention du titre d'art-thérapeute
répertorié par l'Etat au niveau II

Une expérience d'art-thérapie à dominante musique et arts plastiques auprès de personnes âgées en institution, atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Résumé

La Maladie d'Alzheimer entraîne une diminution de la qualité de vie car elle modifie l'identité de la personne, son rapport au temps et son mode de communication. Ce mémoire s'attache à démontrer que l'art-thérapie à dominante musique peut améliorer la qualité du moment présent pour les personnes atteintes par cette maladie. Le pouvoir d'entraînement corporel de la musique donne envie à la personne atteinte par la MA de s'impliquer dans une activité artistique qui provoque des gratifications sensorielles. Ce plaisir éprouvé restaure la saveur existentielle et donne du sens au moment présent. L'expérience d'art-thérapie relatée dans ce mémoire, détaille les prises en soin de deux personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer. Le protocole thérapeutique, les stratégies et les activités artistiques sont choisies au regard de l'amélioration de la qualité du moment présent. L'évaluation des pratiques questionne sur la possibilité de résilience pour la personne atteinte par la maladie d'Alzheimer. L'art-thérapie, en s'appuyant sur la partie saine de la personne comme capacité préservée, peut déclencher des mécanismes de résilience qui permettront à la personne malade de se sentir vivre, d'en éprouver du plaisir et de le partager. Un autre regard sur le malade, sa maladie et son entourage peut ainsi se mettre en place.

Mots clés : Art-thérapie, maladie d'Alzheimer, résilience, qualité du moment présent.

The Alzheimer's disease involves a reduction in quality of life because it comes to put at evil the identity of the person, its relationship with and its mode of communication. This thesis attempts to show how the art-therapy in particular music therapy can improve the quality of life of the present moment for people affected by this disease. The incentive of the music on the body given through the art therapy allows the patient to experience sensory gratifications which restore a well being and give sense to the present time. The experience of art-therapy reported in this study, details the care given to two people affected by Alzheimer's disease. The therapeutic protocol, the strategies and the artistic activities are selected according to the improvements it have on the perception of life quality at the present moment. The analysis of the practices raises the questions on the possibility of resilience of the memory for the person affected by the Alzheimer's disease. The art-therapy, while being based on the healthy part of the person like preserved capacity, can start mechanisms of resilience which will make possible for the patient to feel live, to experience pleasure and to be able to share it. Another way of looking at the patient, his disease and his entourage can be therefore established.

Key words: Art therapy, Alzheimer's disease, resilience, quality at the present moment.