

UNIVERSITÉ DE POITIERS
Faculté de Médecine et de Pharmacie
6, rue de la Milétrie
TSA 51115
86073 POITIERS Cedex

**Musique et écriture dans un contexte art-thérapeutique :
Pertinence dans le soutien du proche aidant, conjoint d'un patient atteint de
la maladie d'Alzheimer. Incidence sur le maintien à domicile.**

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

Présenté par Sandy BARNETT

Année 2021-2022

Sous la direction de Nicolas JAUD
Musicothérapeute

Lieu de stage :
Association Coordination Autonomie
17 Place de la Poterne
49400 SAUMUR

Référent universitaire :
Professeur Jean-Jacques GIRAUD
Professeur honoraire à la Faculté de Médecine et de Pharmacie
Université de Poitiers

UNIVERSITÉ DE POITIERS
Faculté de Médecine et de Pharmacie
6, rue de la Milétrie
TSA 51115
86073 POITIERS Cedex

**Musique et écriture dans un contexte art-thérapeutique :
Pertinence dans le soutien du proche aidant, conjoint d'un patient atteint de
la maladie d'Alzheimer. Incidence sur le maintien à domicile.**

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

Présenté par Sandy BARNETT

Année 2021-2022

Sous la direction de Nicolas JAUD
Musicothérapeute

Lieu de stage :
Association Coordination Autonomie
17 Place de la Poterne
49400 SAUMUR

Référent universitaire :
Professeur Jean-Jacques GIRAUD
Professeur honoraire à la Faculté de Médecine et de Pharmacie
Université de Poitiers

REMERCIEMENTS

Je remercie l'association Coordination Autonomie pour son accueil et son implication dans ce projet. L'art-thérapie a trouvé sens et place au sein d'une équipe bienveillante.

Un grand merci au Docteur Anne BARNETT, pour sa supervision médicale, et à tous les intervenants du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie de la faculté de médecine et de pharmacie de Poitiers.

Un grand merci à mes grands-parents, La Comédie Française et MOLIÈRE me parlent de vous à chaque fois.

Enfin, à ma mère, qui m'a rendue aidante, et à mon père, qui m'a rendue soignante...

PLAN

PLAN	1
PRÉAMBULE	4
PREMIÈRE PARTIE : INTRODUCTION – CADRE THÉORIQUE	6
1 Le maintien à domicile : la place du proche aidant auprès du patient atteint de la maladie d’Alzheimer	6
1.1 Le concept d’aidant : situation en France en 2022	6
1.1.1 Définition.....	6
1.1.2 L’aidance : un concept récent.....	6
1.1.3 Situation actuelle en France.....	7
1.1.4 Posture de proche aidant : problématiques générales et enjeux.....	8
1.2 Maladie d’Alzheimer : de conjoint à aidant	9
1.2.1 Maladie d’Alzheimer : rappel théorique.....	9
1.2.2 L’aidance auprès du patient atteint de la maladie d’Alzheimer.....	9
1.2.2.1 Rappel : le lien de couple.....	9
1.2.2.2 La temporalité : La maladie d’Alzheimer et le temps.....	10
1.2.2.3 Maladie d’Alzheimer et lien de couple.....	10
1.2.2.4 L’accompagnement.....	11
2 Nature et Caractéristiques des techniques artistiques choisies	12
2.1 La musique	12
2.1.1 La musique à travers le temps.....	12
2.1.2 Caractéristiques.....	13
2.1.3 Effets du sonore sur la physiologie humaine.....	14
2.1.4 Impact du sonore sur la psychologie humaine.....	14
2.2 Le chant : le corps au service de l’esprit	17
2.2.1 Physiologie du chant.....	17
2.2.2 La voix, un reflet de soi.....	18
2.2.3 La chanson : de soi à l’autre.....	18
2.3 L’écriture	18
2.3.1 Histoire de l’écriture et naissance de la littérature.....	18
2.3.2 Caractéristiques.....	19
2.3.3 Intérêt et impacts.....	20
3 L’art thérapie auprès du proche aidant : pertinence et enjeux	22
3.1 De la pratique artistique à la posture thérapeutique	22
3.1.1 La recherche d’esthétique : l’art au service du mieux-être.....	22
3.1.2 De la pratique artistique à l’intention thérapeutique : l’art thérapie.....	23
3.1.2.1 La posture thérapeutique.....	23
3.1.2.2 L’art-thérapie.....	24
□ Art et médecine : une histoire commune.....	24
□ Une définition de l’art-thérapie.....	24
□ Intérêts généraux et champs d’application de l’art-thérapie.....	25
3.2 L’art-thérapie, une réponse aux problématiques du proche aidant d’un conjoint atteint de la maladie d’Alzheimer	26
3.2.1 Intérêt de l’art thérapie dans le soutien du lien à soi-même.....	26
3.2.1.1 Diminution de l’anxiété.....	26
3.2.1.2 Valorisation de l’estime de soi.....	26
3.2.1.3 Diminution du sentiment de culpabilité et plaisir.....	26

3.2.1.4	Lutte contre l'épuisement et accueil du répit.	27
3.2.2	Soutien du lien de soi au conjoint atteint de la maladie d'Alzheimer.....	27
3.2.2.1	Le processus de deuil.....	27
3.2.2.2	Soutien dans le remaniement du lien conjugal.	28
□	Reconstruire un nouvel espace relationnel.....	28
□	Renouer avec le plaisir et le rire partagés	28
□	Accueillir l'émotionnel ensemble	29
□	Redonner vie à la mémoire commune.....	29
DEUXIÈME PARTIE : MATÉRIEL & MÉTHODE – CADRE PRATIQUE.....		30
1	Matériel.....	30
1.1	Présentation de l'association COORDINATION AUTONOMIE	30
1.2	Prise en charge art-thérapeutique : mise en œuvre et objectifs.	31
1.2.1	Présentation du projet et organisation de la prise en soin.	31
1.2.1.1	L'art-thérapie : une proposition nouvelle pour l'association Coordination Autonomie.	31
1.2.1.2	Présentation à l'équipe, organisation consensuelle de la mise en œuvre.	31
1.2.2	Choix des patients pour l'étude.....	32
1.2.3	Stratégie thérapeutique.....	32
1.2.3.1	Collaboration avec les infirmières coordinatrices de l'association.	32
1.2.3.2	Durée et mise en œuvre de la recherche.....	33
1.2.3.3	Construction des grilles d'évaluation et références scientifiques validées.	33
1.2.3.4	Résultats attendus	37
2	Méthode.	37
2.1	Étude de cas de madame R.....	37
2.1.1	Anamnèse.....	37
2.1.2	Objectifs thérapeutiques.....	38
2.1.3	Déroulement des séances d'art-thérapie	39
2.2	Étude de cas de madame L.	42
2.2.1	Anamnèse.....	42
2.2.2	Objectifs thérapeutiques.....	43
2.2.3	Déroulement des séances	44
TROISIÈME PARTIE : RESULTATS ET ANALYSE		47
1	Résultats pour madame R.	47
1.1	Analyse des données du General Health Questionnaire-12.....	47
1.2	Résultats pour le versant psychique	47
1.3	Résultat pour le versant relationnel.....	48
1.4	Résultats pour le versant artistique	49
1.5	Résultat des auto-évaluations	50
2	Résultats pour madame L.	50
2.1	Analyse des données du General Health Questionnaire-12.....	50
2.2	Résultats pour le versant psychique	51
2.3	Résultats pour le versant relationnel.....	52
2.4	Résultats pour le versant artistique	53
2.5	Auto-évaluations.....	53
3	Bilan global des évaluations.	54

QUATRIÈME PARTIE : DISCUSSION.....	55
1 Limites de l'étude.	55
1.1 Objectivité / subjectivité.	55
1.1.1 De l'hypothèse de travail	55
1.1.2 Du choix des patients	55
1.1.3 Des résultats	55
1.2 Limites organisationnelles	56
1.2.1 Temporalité et échantillonnage	56
1.2.2 Contraintes situationnelles	56
2 De l'intention thérapeutique au maintien à domicile, réponse de l'art-thérapie : bénéfices de l'étude.	57
2.1 L'art thérapeute : de soutenant à soignant.	57
2.2 De l'aidant à l'aidé : le bien-être du proche aidant, condition au maintien à domicile du patient aidé.....	58
2.3 L'art-thérapie et le patient isolé en situation de fragilité	59
3 L'art-thérapie en France : perspectives et enjeux.	60
3.1 Situation actuelle.	60
3.1.1 Absence de cadre formel	60
3.1.2 En pratique	60
3.1.3 Dans le conscient collectif	61
3.2 L'art-thérapie : enjeux d'intérêt général.	61
3.2.1 Place et intérêt de l'art dans le système éducatif.	61
3.2.2 Place et intérêt de l'art-thérapie dans le système sanitaire et social : perspectives.....	62
3.2.2.1 A l'échelle locale (approche empirique)	62
3.2.2.2 A l'échelle nationale.....	62
CONCLUSION.....	64
BIBLIOGRAPHIE.....	62
DISCOGRAPHIE.....	66
GLOSSAIRE.....	67
ANNEXES.....	70
▪ <i>Annexe 1 : Plaquette de présentation de la musicothérapie.....</i>	<i>74</i>
▪ <i>Annexe 2 : Fiche d'ouverture de prise en soin.....</i>	<i>75</i>
▪ <i>Annexe 3 : General Health Questionnaire.....</i>	<i>76</i>
▪ <i>Annexe 4 : Grilles d'observation.....</i>	<i>78</i>
▪ <i>Annexe 5 : Échelle de dépression de Montgomery & Asberg.....</i>	<i>81</i>
▪ <i>Annexe 6 : Échelle d'estime de soi sociale de Rosenberg.....</i>	<i>85</i>
▪ <i>Annexe 7 : Texte de la chanson de madame R.</i>	<i>86</i>

PRÉAMBULE

« *Je ne sais pas si cela se peut, mais je sais bien que cela est.* ». Cette phrase, issue de l'Amour Médecin, comédie - ballet de MOLIÈRE (1665), résume ce que fut mon premier sentiment en matière d'art-thérapie.

Lorsque je suis devenue « aidante » auprès d'un proche, il y a quelques années, la pratique musicale et l'écriture se sont glissées au rang de ressources essentielles dans mon cheminement vers l'acceptation et la résilience. C'est au détour d'un couloir d'hôpital que j'ai d'abord imaginé l'art-thérapie : j'accompagnais mon proche, lors d'un séjour en service d'oncologie, munie de ma guitare pour occuper les longs temps d'attente inhérents à la prise en soin. Au milieu du silence, dans cet endroit où les regards ont du mal à se croiser tant le repli sur soi protège du mal des autres, mon instrument est devenu mon lien à la vie, la mienne, et celle de la personne que j'accompagnais. Quelques notes pour redessiner un contexte, pour transformer un instant et pour sublimer une réalité. Ces dix-huit mois d'accompagnement font partie des expériences humaines les plus riches que j'ai pu connaître jusqu'à présent, et je ne pourrai jamais savoir dans quelle mesure je dois cela à la musique et à l'écriture.

Cependant, je sais leur importance dans ce cheminement qui m'a conduit à l'acceptation puis à la résilience, *Je sais bien que cela est...* mais pourquoi, et comment ? Ces questionnements ont dessiné mes premières hypothèses sur le sujet de l'art et du soutien thérapeutique.

Ma carrière professionnelle est axée sur le soin et la transmission : infirmière en réanimation pendant dix ans, puis enseignante d'équitation et équithérapeute, je suis passée d'un abord très technique à une approche plus relationnelle. Mais la maladie de la personne que j'ai accompagnée est venue tout bousculer, et réaligner mes priorités à mes valeurs profondes. Un bilan de compétences est venu confirmer ce à quoi je me prédestinais déjà, au sortir de cette expérience d'humanité que je venais de vivre : devenir art-thérapeute, proposer la musique et l'écriture comme alliées d'un mieux-être, comme réponses à des situations de vie douloureuses et fragilisantes.

Je souhaitais suivre une formation sanctionnée par un diplôme universitaire ou référencée au Répertoire National des Certifications Professionnelles. Mon choix s'est tourné vers l'Université de Poitiers lorsque j'ai constaté que la matière littéraire y avait toute sa place (enseignement dispensé par des professeurs agrégés de lettres modernes et de philosophie). Les lettres et la musique trouvent leur place à la faculté de médecine, j'ai trouvé la mienne en intégrant la formation au diplôme universitaire d'art-thérapie.

Le présent mémoire de fin d'études clôturera ces deux années de formation, et cinq ans de cheminement personnel. Le sujet de l'intérêt de l'art-thérapie, dans le soutien du proche aidant,

s'est imposé lorsque j'ai dû redéfinir mon intention professionnelle en fin de première année. J'avais, jusque-là, exploré les différents champs d'application de la discipline, avec notamment un stage en pédiatrie infanto-juvénile, et la manipulation de quelques techniques artistiques que je ne connaissais pas. Ces différentes expériences sauront bien sûr enrichir mes compétences futures, mais à cette étape de mon cheminement, il me fallait renouer avec l'origine de ma démarche art-thérapeutique : la musique et l'écriture, en renfort de la posture d'aidant, seraient l'axe de mon travail de recherche.

Je devais, alors, trouver un lieu de stage dans lequel réunir mes media artistiques et le concept d'aidance afin de démontrer l'efficacité de l'art-thérapie auprès de ce public, et ses bienfaits collatéraux.

J'étais, à ce moment-là, bénévole dans une association saumuroise (Coordination Autonomie) qui œuvre pour le maintien à domicile des personnes en situation de fragilité, par une action de coordination dans le parcours de soins. Mon sujet semblait s'intégrer parfaitement dans le projet de l'association, qui étend ses interventions à un public de proches aidants.

Je suis, ainsi, passée du statut de bénévole à celui de stagiaire, et ma collaboration avec les différents professionnels de la Coordination Autonomie, a permis la mise en place et le bon déroulement de mon projet art-thérapeutique. J'ai pu explorer diverses situations sanitaires et sociales, et être confrontée à différentes problématiques inhérentes à la posture de proche aidant ou à l'isolement de la personne en situation de fragilité.

Le présent travail a trouvé les prémices de son hypothèse dans mon expérience personnelle. La formation au diplôme universitaire a permis d'en affiner les contours et de lui donner un cadre. L'art-thérapie peut-elle être pertinente dans le soutien au proche aidant ? Quel est son impact sur le maintien à domicile, dans un contexte conjugal, proche aidant / patient atteint de la maladie d'Alzheimer ?

Nous étudierons, en premier lieu, le cadre théorique du sujet, en explorant le concept de proche aidant, plus particulièrement dans un contexte de maladie d'Alzheimer et de couple. Nous mettrons en exergue les caractéristiques de nos supports artistiques, musique et écriture, et ferons le lien avec la définition et les impacts potentiels de l'art-thérapie sur le public cible. En seconde partie, nous présenterons le cadre pratique de cette étude, à travers deux cas concrets. La troisième partie viendra exposer nos résultats. Enfin, la quatrième partie nous permettra de nous positionner quant aux conclusions de ce travail, de stipuler son apport au vu de nos positions initiales sur la fonction d'art-thérapeute, et d'envisager de nouvelles perspectives pour notre discipline.

Voyons « *si cela se peut* » ...

La musique et l'écriture, dans un contexte art-thérapeutique : quels impacts dans le soutien du proche aidant et dans le maintien à domicile du conjoint aidé atteint de la maladie d'Alzheimer ?

1 Le maintien à domicile : la place du proche aidant auprès du patient atteint de la maladie d'Alzheimer

1.1 Le concept d'aidant : situation en France en 2022

1.1.1 Définition

La loi du 28 décembre 2015 sur l'Adaptation de la Société au Vieillessement donne la définition suivante¹ : « Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée : son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes et/ou des activités de la vie quotidienne. »

D'après le guide ministériel du proche aidant², l'aidant est défini comme la personne qui est proche de l'aidé, et qui l'accompagne souvent dans les gestes du quotidien. On note donc la temporalité (« souvent »), la caractéristique du lien (« proche ») et la nature de l'action (« accompagne ») pour poser les contours du statut d'aidant. Précisons que le terme d'aidé englobe l'ensemble des personnes en situation de fragilité, et qui nécessitent un soutien actif pour subvenir à leurs besoins quotidiens.

1.1.2 L'aidance : un concept récent

Jusqu'au début des années 70, l'aide familiale, notamment auprès des personnes âgées, est invisible dans les politiques sociales³. Les politiques de désinstitutionalisation vont alors

¹ Code de l'action sociale et des familles, Art. L 113-1-3, <https://solidarites-sante.gouv.fr>.

² Ministère de l'économie et de la relance, octobre 2021, <https://www.economie.gouv.fr>

³ *Analyse historique des transformations de l'aide familiale*, CNSA*, 1^{er} avril 2012. <https://www.cnsa.fr>.

commencer à placer le maintien à domicile dans le champ de l'économie publique, et solliciter les familles, et ceux qui, désormais seront nommés « aidants ». L'aidant informel devient aidant naturel puis tiers aidant, aidant familial, et aujourd'hui, proche aidant. La deuxième moitié du XXe siècle a donc vu éclore le concept d'aide. Depuis les années 2000, les politiques économiques et sociales en font même un enjeu d'intérêt public, en reconnaissant à l'aidant son statut d'acteur direct dans la favorisation du maintien à domicile de la personne en situation de fragilité : l'évolution des cadres associatifs et législatifs témoignent de ce volontarisme des pouvoirs publics, qui associent la notion d'autonomie à celle d'aide. Nous noterons, pour exemples :

- L'association Française des Aidants, créée en 2003
- Le Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, créé en mai 2005, par la loi du 30 juin 2004.
- La loi du 28 décembre 2015 (Adaptation de la société au vieillissement).
- Le lancement gouvernemental d'une « Stratégie nationale de mobilisation et de soutien en faveur des aidants » (2020-2022).

Sur le plan local, bon nombre d'associations ont fait de l'aidant une priorité, en tant qu'allié du parcours de soin, et bénéficient du soutien financier des Conseils départementaux.

1.1.3 Situation actuelle en France

Le nombre d'aidants en France, à ce jour, est estimé à 11 millions de personnes. Leur âge moyen est de 49 ans, et 37% sont âgés de 50 à 64 ans. 60% des aidants sont des femmes. 83% aident un membre de leur famille. La principale cause de dépendance est l'âge (53%), suivie de la maladie (45%) puis du handicap (34%)⁴.

Une attestation sur l'honneur, adressée au conseil départemental, suffit à faire reconnaître son statut d'aidant. Celui-ci permet l'accès à la reconnaissance de l'implication de l'aidant, la nécessité d'une concertation dans la mise en place du parcours de soins, ainsi que l'accès aux aides dédiées (congé, solutions de répit, Aide Journalière du Proche Aidant*).

Un français sur six est donc à ce jour concerné par l'aide, et ainsi touché par les diverses problématiques inhérentes à cette posture, dont le statut est aujourd'hui reconnu, et soutenu.

⁴ *Ibid.* p. 3, *Guide ministériel du proche aidant*, octobre 2021.

1.1.4 *Posture de proche aidant : problématiques générales et enjeux.*

La posture de proche aidant est une posture d'accompagnement régulier dans le quotidien. Mais tous les membres du cercle proche du patient ne sont pas potentiellement aidants : en effet, cette posture est le résultat d'un cheminement, d'une acceptation. Toute la symbolique investie jusqu'alors dans le lien d'attachement se voit bousculée, c'est un nouveau rôle à endosser, celui de la personne ressource, dans laquelle il faut pouvoir se reconnaître. S'ensuivent des pénalités que J.J. AMYOT, psychosociologue spécialisé sur les questions de vieillissement, recense comme les problématiques inhérentes au rôle d'aidant : sentiment dépressif, perte d'indépendance, divergences au sein du couple, situation moralement difficile, problèmes de dos, consommation de psychotropes, trouble du sommeil, fatigue morale et/ou physique, sentiment de solitude⁵.

En effet, le proche aidant doit faire face à la fragilité d'un proche, subvenir à ses besoins fondamentaux, à sa potentielle souffrance, à un pronostic sombre. L'anxiété est notamment une problématique majeure du proche aidant, dans le cadre d'une pathologie évolutive. Il devra faire le deuil d'un lien naturellement établi, pour laisser la place à un lien altéré et à remanier. Mais ce lien ne se limite pas à celui qu'il entretient avec l'aidé : en effet, c'est aussi le lien à lui-même qui s'en voit bouleversé dans son fondement intime. La sphère familiale est tout entière bousculée, les places de chacun sont à redéfinir, et ce, au milieu des contraintes que la situation de fragilité de l'aidé vient déposer au sein de l'entité jusqu'alors de référence.

Le proche agit en fonction de lui et des siens ; le proche aidant agit en fonction et pour le proche aidé, pour son confort et son bien-être. Pour aider, apaiser, sécuriser. Soutenir. Pour rendre possible le maintien à domicile. Le proche aidant a en effet, ainsi, la mission tacite de rentrer dans la ligne politique de l'intérêt public et général : la présence d'un tiers, son aide et son accompagnement, son implication dans la gestion du quotidien, dans la coordination des actions sont autant de facteurs essentiels pour le maintien à domicile de la personne en situation de fragilité. Ces enjeux familiaux, sanitaires et économiques sont inhérents au statut et à la posture du proche aidant. Cependant, selon la nature de la fragilité du proche aidé, et selon le lien entre l'aidant et l'aidé, les problématiques divergent. Nous nous intéresserons plus particulièrement dans le présent travail, aux situations d'aidance dans le cadre particulier de la maladie d'Alzheimer, et plus spécifiquement à la relation de couple dans un tel contexte.

⁵ AMYOT, Jean-Jacques, *Les aidants, entre solidarités privées et politiques publiques*, Erès, Toulouse, 2021, p.50.

1.2 Maladie d'Alzheimer : de conjoint à aidant

1.2.1 *Maladie d'Alzheimer : rappel théorique.*

C'est en 1906 qu'A. Alzheimer découvre la pathologie qui porte son nom. Il s'agit de la plus fréquente démence chez la personne âgée, avec 50% des cas. Elle est le résultat d'une lente dégénérescence des neurones, débutant au niveau de l'hippocampe. Caractérisée par des troubles de la mémoire récente, des fonctions exécutives, et de l'orientation dans le temps et dans l'espace : le malade perd progressivement ses fonctions cognitives et son autonomie⁶. Les symptômes évoluent dans le temps ; pour que la maladie soit évoquée, en plus des troubles mnésiques, doivent être associés des troubles du langage (aphasie) et/ou des troubles praxiques, troubles visuo-spatiaux et troubles des fonctions exécutives.

Sur le plan physiopathologique, sont associées deux lésions neuropathologiques cérébrales : les dépôts extracellulaires de peptides bêta-amyloïdes, et la transformation de Tau, protéine de structure, en des formes agrégées.

A ce jour, 1,2 million de personnes seraient atteintes en France, 23% après 80 ans (maladie d'Alzheimer ou MAMA*, maladies apparentées maladie d'Alzheimer). 750 000 seraient diagnostiquées⁷.

Le diagnostic de la maladie d'Alzheimer repose sur plusieurs types d'exams : bilans cliniques et biologiques, tests neuropsychologiques, imagerie médicale.

Sept stades sont déterminés : stade 1, aucune déficience, jusqu'au stade 7, déficit cognitif très sévère⁸.

1.2.2 *L'aidance auprès du patient atteint de la maladie d'Alzheimer.*

Nous avons vu précédemment que l'aidance se caractérise par 3 piliers principaux : la temporalité, la nature du lien aidant/aidé et la fonction d'accompagnement. Nous nous intéresserons ici au lien de couple, quand l'aidant est le conjoint de l'aidé.

1.2.2.1 Rappel : le lien de couple.

⁶ INSERM, *Maladie d'Alzheimer*, le 08 janvier 2019, <https://inserm.fr>

⁷ Ministère des Solidarités et de la Santé, *La maladie d'Alzheimer*, 20 décembre 2021, <https://solidarites-sante.gouv.fr>

⁸ France Alzheimer, *Comprendre la maladie*, <https://www.francealzheimer.org>.

L'objet du présent paragraphe est de définir les contours généraux dudit lien, afin d'étudier par la suite en quoi celui-ci est altéré dans un contexte de maladie d'Alzheimer.

Le couple se définit sur le plan systémique comme « le plus petit des systèmes humains »⁹. Le lien de couple, ou lien conjugal, est le ciment fondateur de ce système. On y retrouve les notions d'attachement, d'intersubjectivité et de groupe d'appartenance structurée par un mythe (irrationalité de la rencontre, destin) et des rituels (célébrations en hommage au couple). Le couple a une histoire, une mémoire, un avenir. Si parentalité il y a, celle-ci vient poser de nouveaux lieux communs. Le lien se tisse avec et dans le temps. L'entité conjugale est structurée par l'ensemble des fonctionnements qui lui sont propres. Un équilibre s'établit selon cette structure. Nous pouvons souligner, de plus, la valeur intrinsèque de la notion d'accompagnement dans le lien conjugal : du préfixe latin de rapprochement « ac », du nom latin « cum », avec, et du latin « panis », pain. « Qui mange son pain avec ». Le Petit Robert définit l'accompagnement comme « se joindre à quelqu'un pour aller où il va (...), conduire, escorter, guider (...) »¹⁰.

1.2.2.2 La temporalité : La maladie d'Alzheimer et le temps

Le patient atteint de la maladie d'Alzheimer perd la mémoire. La mémoire, ce dont on se souvient, ce qui façonne ce que l'on est ; consciente ou inconsciente, elle borde l'existence de l'homme, fixe les repères, les convictions, les attachements. Avec cette pathologie, la temporalité devient ennemie, et l'essence même de la personne en devient vacillante.

A l'échelle du quotidien, ses conséquences sont omniprésentes et omnipotentes.

1.2.2.3 Maladie d'Alzheimer et lien de couple

Si on confronte la définition du lien conjugal aux conséquences globales de la maladie d'Alzheimer, on peut noter que c'est tout le fondement du couple qui se trouve ébranlé. Le mythe et les rituels ne sont plus, l'organisation structurelle et fonctionnelle doit s'adapter à la constante évolution de la maladie. Le lien conjugal devient lien « filial », l'aidant ayant un rôle maternant dans sa réponse aux besoins physiologiques du patient (hygiène, alimentation).

⁹ MAESTRE Michel, *Le couple dans tous ses états*, in **Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux**, pages 67 à 86, n°42, 2009/1.

¹⁰ LE PETIT ROBERT, <https://dictionnaire.lerobert.com>

L'équilibre n'est plus, il doit se réinventer : on passe **de la relation de couple à la relation d'aide**.

1.2.2.4 L'accompagnement

L'accompagnement, comme vu précédemment, est intrinsèque au lien conjugal. Dans le présent contexte, le lien se transforme dans son essence : la bilatéralité fait place à l'unilatéralité. Les mémoires ne sont plus communes, celle du patient étant altérée. L'accompagnement vient alors signer le maintien du conjoint non malade dans sa posture initiale.

Aux pénalités notables accompagnant souvent le statut de proche aidant, nous pouvons ajouter ce dernier constat : le conjoint aidant du patient atteint de la maladie d'Alzheimer doit faire le deuil de la partie de son histoire de laquelle son conjoint malade était garant.

Concernant la temporalité de la fonction d'aidant, les besoins fondamentaux du patient atteint de la maladie d'Alzheimer ne peuvent vite plus être assumés par lui seul : une aide quotidienne devient nécessaire. Quotidienne et à l'image de l'omniprésence et de l'omnipotence des troubles. Nous pouvons constater ici une des particularités de la posture d'aidant auprès du patient Alzheimer : la permanence. Une aide de tous les instants quand le maintien à domicile est encore possible.

A cette permanence, viennent s'ajouter de nouvelles pénalités collatérales : l'épuisement, et la culpabilité. Les injonctions sociétales vis-à-vis des aidants sont fortes, et, face à la difficulté, l'aidant peut estimer ne pas avoir à se plaindre ; il s'oublie, et ses propres difficultés ne peuvent même plus être symbolisées dans le langage.

La maladie devient l'unique priorité, la notion de plaisir peut être reléguée au rang du dérisoire, l'estime de soi est mise à l'épreuve. L'aidant est donc confronté à la double peine de l'altération du lien conjugal, et de l'altération du lien qu'il entretenait avec lui-même, et ce, au milieu des nouvelles contraintes pratiques auxquelles le quotidien le renvoie, et du travail de deuil inhérent à la maladie neurodégénérative d'un proche.

Nous avons donc pu, dans cette première partie, poser les contours de la posture de proche aidant conjoint d'un patient atteint de la maladie d'Alzheimer et déterminer les problématiques associées à ce contexte sanitaire et familial.

2 Nature et Caractéristiques des techniques artistiques choisies

Qu'y a-t-il de commun entre Le Sacre du printemps de STRAVINSKY et Le Misanthrope de MOLIÈRE ? La création artistique, ou l'imaginaire d'un homme qui est venu se transposer et prendre forme dans la réalité. Pour la présente étude, nous utiliserons la musique et l'écriture comme media artistiques. Ce choix est motivé par nos compétences et nos affinités avec ces deux supports, ainsi que par l'intérêt qu'ils suscitent dans notre démarche thérapeutique.

2.1 La musique

2.1.1 *La musique à travers le temps.*

- Origines : les recherches archéologiques font remonter l'utilisation d'instruments de musique (trous percés dans des instruments faits d'os ou d'argile) à au moins 35 000 ans (datation au carbone 14 de trois flutes en ivoire de mammoth, os de cygne et os de vautour, grotte de Hohle Fels, Allemagne)¹¹.
C'est en Chine que l'on retrouve les premières traces de théorie musicale, qui dateraient d'environ dix siècles av. J.-C. : une gamme de cinq notes (pentatonique), qui se succédaient de quinte* en quinte ascendante¹². L'épithaphe de Seikilos, retrouvée en Asie mineure, et datée du IIe siècle av. J.-C. est le plus ancien exemple découvert à ce jour sur terre d'une composition musicale complète avec sa notation.
- La notion d'harmonie* apparaît dans la Grèce antique. Théorisée notamment par l'école pythagoricienne (env. 580-495 av. J.-C.) pour la branche des mathématiques, et par Aristoxène de Tarante (env. 360-300 av. J.-C.), qui définit pour la première fois la science harmonique (étude de la musique selon des critères esthétiques)¹³.
- Au moyen âge, l'intervalle de la tierce* est considéré comme le plus consonant : la gamme* diatonique, cinq tons et deux demi-tons, devient alors la base de la musique occidentale, et reste, jusqu'à aujourd'hui, la référence de la musique dite tonale.

¹¹ FRANCE CULTURE, *A l'origine de la musique préhistorique*, <https://www.franceculture.fr>, 1^{er} mars 2021

¹² DELHOMMAIS Alexandre, *L'histoire de la musique, les premières traces*, <http://blog.univ-angers.fr>, 27 mars 2014

¹³ DAKOVANOU Xanthoula, *L'harmonie musicale : besoin d'un ordre sonore universel*, in **Topique**, n°132, pages 145 à 163, 2015/3

- Au-delà de la culture musicale occidentale, il existe d'autres cultures musicales qui utilisent des échelles (gammes) différentes.
- La musique, au-delà des frontières culturelles et politiques, tient une place primordiale dans le rituel religieux : ce fait est universel et intemporel.
- La notation de la musique n'est apparue que dans les civilisations qui utilisaient déjà une écriture. Selon les cultures et les époques, la musique se fonde et se pratique selon trois grands modes de communication : oral, semi-écrit, écrit. De nos jours, seule appartient au mode « écrit » la notation classique occidentale, qui décompose le phénomène sonore et le silence en particules isolées. Les notations issues des systèmes d'écriture picto-idéographiques (chinois), consonantiques (hébreu, arabe) et syllabiques (sanskrit, coréen) appartiennent au mode « semi-écrit »¹⁴.

2.1.2 Caractéristiques

La musique se définit comme un art qui permet à l'homme de s'exprimer, par l'intermédiaire de sons¹⁵. Les paramètres principaux sont le rythme, la hauteur, les nuances et le timbre. Comme le remarque A. FERTIER¹⁶, chercheur, expert en accessibilité culturelle et compositeur, la notion de musique dépend de la subjectivité de chacun, de celui qui la crée, de celui qui la reçoit.

Le son est issu d'un phénomène mécanique : une onde est produite par une vibration, et se propage grâce à l'élasticité du milieu environnant, jusqu'aux systèmes récepteurs de l'oreille qui transmet l'information au cerveau.

Définissons les paramètres principaux de la musique :

- La hauteur : fréquence d'une note, élevée pour les sons aigus (>10 000 Hz) et faible pour les graves (<500 Hz).
- Le timbre : ensemble des caractères distinctifs. Deux sons de même hauteur ne sont pas perçus de la même manière (présence et amplitude relatives d'harmoniques).
- Le rythme : élément temporel de la musique, dû à la succession et à la relation entre les valeurs de durée.

¹⁴ DELRIEU Richard, *Notations musicales et écritures*, <http://classes.bnf.fr>

¹⁵ LAROUSSE, dictionnaire de français, <https://www.larousse.fr>

¹⁶ FERTIER André, *Musicothérapie, Fantômes et réalités*, L'Harmattan, Paris, 2011, p.18

- Les nuances : signent l'intensité relative d'une note, d'une phrase ou d'un passage entier d'une œuvre musicale.

Les caractéristiques de la musique résident, de plus, dans ses phrases harmoniques et ses lignes mélodiques.

2.1.3 *Effets du sonore sur la physiologie humaine*

André FERTIER propose également un recensement étayé des effets du sonore sur le système cardio-vasculaire (une forte exposition au bruit peut entraîner des troubles importants), sur l'activité cérébrale (nombreuses régions cérébrales sollicitées par l'écoute et la pratique musicale), sur l'appareil digestif (diminution de l'activité motrice de l'intestin sous l'action d'un son de 4000 Hz) et sur la fonction respiratoire¹⁷.

L'impact du sonore sur notre métabolisme est démontré : les moyens d'imagerie cérébrale permettent de constater par exemple que le noyau cochléaire, le tronc cérébral et le cervelet sont sollicités par une exposition sonore ; que l'hippocampe et les aires du cortex frontal (centre de la mémoire) sont sollicités par une musique familière ; que les cortex moteur et frontal sont sollicités pour marquer un rythme ; que les aires de Broca et de Wernicke (qui participent au langage), ainsi que l'amygdale cérébrale et le cortex orbitofrontal (impliqués dans la gestion des émotions) sont réceptifs à certaines structures musicales.

De même, une exposition au bruit entraîne une augmentation du tonus du système nerveux sympathique (impact : augmentation du rythme cardiaque, élévation de la pression artérielle, baisse de l'activité motrice du tube digestif notamment).

2.1.4 *Impact du sonore sur la psychologie humaine*

Édith Lecourt, psychologue clinicienne, psychanalyste et comptant parmi les pionniers de la musicothérapie* en France, souligne que le contact sonore est un impact sensoriel¹⁸ : les sens et la sensation sont sollicités.

- Spiritualité

¹⁷ *Ibid.*, p.10

¹⁸ LECOURT Édith, *Le contact sonore..., de Freud à la musicothérapie analytique de groupe*, in **Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe**, pages 157 à 170, n°57, 2011/02.

Il est notamment intéressant de constater que le sonore a toujours été utilisé dans les rituels religieux pour se rapprocher du divin (exemple des chants grégoriens ou du « Om »*, en Inde, considéré comme représentant la force créatrice et donnant accès au sacré). Les techniques de méditation de pleine conscience utilisent aussi le pouvoir du sonore dans les méditations guidées. La musique contribue à l'expérience spirituelle¹⁹.

- Émotions

L'émotion se définit comme une réaction affective transitoire, habituellement provoquée par une stimulation venue de l'environnement²⁰. Le sonore est dans le champ du contact et du sensoriel, donc dans le champ environnemental, et va trouver toute sa place de stimulus externe. J. JOST, ingénieur du son, musicien et pionnier de la musicothérapie en France (dès 1954), propose une sélection d'œuvres musicales dont l'impact émotionnel et affectif est partagé par un grand nombre de personnes. Par exemple, la tristesse avec *La traviata*, VERDI, Prélude acte III, ou le calme, avec la Suite n°3 en ré de BACH²¹.

Mais n'oublions pas le caractère subjectif de la musique, comme vu précédemment : à l'instar de la sphère émotionnelle, le champ mnésique est aussi sollicité par le sonore, et donne un sens particulier à ce qui est écouté.

- Trace mnésique

Comme l'explique H. PLATEL, professeur en neuropsychologie à l'université de Caen, l'analyse perceptive de la musique s'associe avec un travail de la mémoire, impliquant ainsi des régions du cerveau cruciales dans l'encodage et le rappel des informations²². La mémoire musicale sollicite plus largement le cerveau que la mémoire du langage, ce qui explique la très bonne résistance de celle-ci lors du vieillissement. Cependant, ces deux domaines partagent des ressources cérébrales communes, ce qui peut s'avérer très intéressant et opportun dans certaines rééducations.

- Stimulation cognitive

¹⁹ DESROCHES Monique, *Musique et rituel : significations, identité et société*, in **Musiques. Une encyclopédie pour le XXI^e siècle**, tome 3, pages 538 à 556, 2003.

²⁰ *Ibid.*, p.10, Dictionnaire LAROUSSE

²¹ JOST Jacques, *Équilibre et santé par la musicothérapie*, Albin Michel, Paris, 1990, p.70-71.

²² www.ensembleintercontemporain.fr, *Musique et mémoire, Entretien avec Hervé Patel, neuropsychologue*, 27 octobre 2021.

La musique parvient à stimuler le cerveau d'un point de vue physiologique comme vu précédemment. Jouer ou écouter de la musique peut requérir différents aspects de la cognition (attention, mémoire), de la perception, de la motricité et du réseau émotionnel. En stimulant ces différentes activités cérébrales, la musique peut améliorer leur fonctionnement, et être utilisée comme moyen de remédiation d'atteintes cognitives²³.

- Sphères sociale et relationnelle

La musique peut symboliser le lien dans le partage d'un espace sonore. Le rythme et le tempo* peuvent être des éléments structurants au sein d'un groupe, un vecteur commun, et sont facteurs d'intégration et de socialisation.

De plus, en tant que porteuse d'une identité culturelle ou spirituelle, elle peut symboliser l'appartenance à un groupe. Le lien social peut donc être étayé par les apports de la musique, qui a donc une fonction sociale.

Sur un plan purement relationnel, R.O. BENENZON psychiatre et musicien argentin, pionnier mondial de la musicothérapie, explique l'ouverture des canaux de communication par la musique, et montre comment elle favorise l'attention, l'écoute, la conscience de soi, la créativité, l'échange, l'imagination, la capacité de faire des choix, de se positionner dans l'espace²⁴.

- Musique et plaisir

Les interactions entre la physiologie et la psychologie peuvent s'illustrer ici : nous avons vu que l'écoute et la pratique musicale, le sonore en général, a un impact significatif sur des régions du cerveau identifiées en situation. Ainsi, l'écoute d'une musique aimée anime les régions du cerveau associées au plaisir, dont le noyau accumbens dans le système limbique. Il y a sécrétion de dopamine, qui a son tour, active la sécrétion d'opiacés (endorphine) : tout le circuit de la récompense est activé par la musique depuis le système limbique au cortex frontal²⁵.

²³ MOUSSARD Aline, ROCHETTE Françoise, BIGAND Emmanuel, *La musique comme outil de cognition*, in **L'année psychologique** (vol 112), p. 499 à 542, 2012/3

²⁴ VRAIT François-Xavier, *La musicothérapie*, PUF, Paris, 2018.

²⁵ Étude de l'institut et hôpital neurologiques de Montréal, Université McGill, sous la direction de Robert ZATORRE, professeur de neurologie et de neurochirurgie, 2010.

- Effet anxiolytique

La musique va permettre une diminution de la sensation subjective du stress, de la production de cortisol (hormone stéroïde), de la tension artérielle et de la fréquence cardiaque (vu précédemment). L'OMS*, dans son rapport du 11 novembre 2019, qui s'est appuyé sur plus de 900 publications mondiales, souligne ce que de nombreuses études avaient déjà démontré au sujet de l'impact positif de l'art et de la musique en particulier dans les situations de stress²⁶.

- Estime de soi

L'estime de soi est une donnée fondamentale de la personnalité, elle participe à l'équilibre psychique. Il s'agit de l'appréciation de sa propre valeur, du respect que l'on se porte, et de la qualité de l'attitude que l'on a envers soi-même (confiance en soi, amour de soi et vision de soi).

J. KUPPERSCHMITT, psychothérapeute et musicothérapeute, démontre tout l'intérêt, à travers la psychopédagogie musicale, de l'apprentissage de la musique, sur le plan cognitif et sur la restauration du sentiment de compétence, et donc du narcissisme.

2.2 Le chant : le corps au service de l'esprit.

2.2.1 *Physiologie du chant.*

Le chant résulte de l'air expulsé par les poumons sous l'action du diaphragme, et de son action sur les cordes vocales. Cela fait appel à de nombreuses ressources du corps humain : le système respiratoire, les muscles du visage, du cou, du ventre, du dos et des membres inférieurs (posture) notamment. Ainsi, dans l'action de chanter, c'est tout le corps qui est engagé, et qui va venir soutenir l'intention de l'interprète.

Notons que la respiration abdominale est nécessaire pour la bonne pratique du chant ; celle-ci consiste à respirer via la contraction du diaphragme : c'est une respiration profonde marquée par l'expansion de l'abdomen plutôt que de la cage thoracique. Elle est utilisée en sophrologie* et en méditation de pleine conscience (notamment) pour son intérêt dans la diminution du stress, le contrôle des émotions et l'ancrage.

²⁶ *Pouvez-vous améliorer votre santé et votre bien-être en dansant*, <https://www.eurowho.int>

2.2.2 *La voix, un reflet de soi.*

La voix posée est avant tout une qualité de centration ; elle sécurise, identifie, évolue avec les années, et reflète notre capacité à écouter. C'est une énergie sonore, qui traduit le paysage émotionnel de chacun. J. BONHOMME, psychothérapeute et psycho phonologue, le rappelle : « la voix est la carte d'identité de l'homme, car tout est en elle »²⁷.

2.2.3 *La chanson : de soi à l'autre.*

Certaines chansons ont ponctué l'histoire de l'inconscient collectif, comme l'histoire de chacun. En accompagnant des moments de vie, les chansons viennent cristalliser des souvenirs, des émotions ou des événements.

La particularité de la chanson se trouve aussi dans l'interprétation, comme la musique : l'intentionnalité peut sublimer ou abimer, mais, elle permet de déposer un peu de soi dans une œuvre, voire de se l'approprier. Il y a donc une part de création dans l'interprétation, puisqu'il y a transformation subjective. Et cette même création vient prendre son sens dans la notion de partage : au-delà d'un plaisir que l'on offre à soi-même, l'acte de chanter est fait pour être partagé : on chante pour ou avec une personne ou un groupe de personnes, la chanson devient alors un lien symbolique.

De plus, les mots peuvent avoir un impact différent, s'ils sont accompagnés de musique : plus faciles à dire et à entendre. Si la musique ouvre les canaux de communication, la chanson vient étayer les liens qui en découlent alors.

2.3 L'écriture

2.3.1 *Histoire de l'écriture et naissance de la littérature.*

- L'écriture se définit comme la représentation de la parole et de la pensée, par des signes graphiques conventionnels, et son invention, il y a environ 5000 ans, fait entrer l'homme dans l'histoire, car ce dernier est alors en mesure de tracer et de documenter les événements. Née en Mésopotamie, et basée sur des pictogrammes, l'écriture et son

²⁷ BONHOMME Jacques, *La voix énergie*, Dangles, Escalquens, 1999, page 18.

évolution marquent celle de l'humanité, du progrès, des cultures et des frontières. Le premier alphabet, cunéiforme, apparaît vers le 14^e siècle avant J.-C., et son utilisation va se prolonger jusqu'au 1^{er} siècle après J.-C. Parallèlement, à la même période, les égyptiens développent les hiéroglyphes, et les premiers idéogrammes apparaissent en Chine aux alentours de 1100 av. J.-C.²⁸

Nous connaissons aujourd'hui trois grands systèmes d'écriture : idéographique, syllabique et alphabétique.

L'alphabet latin, le plus largement employé de nos jours, provient directement des phéniciens. Notons que le XIX^e siècle est en France celui de l'avènement de l'écriture, avec l'institution de l'instruction obligatoire laïque et gratuite par J. Ferry et la loi du 28 mars 1848.

- Si les débuts de l'écriture signent un intérêt pratique (registres, commerce, administration), l'homme a pu s'en emparer très vite à des fins artistiques : c'est le début de la littérature. Les premiers textes littéraires connus datent d'il y a 4500 ans (l'Épopée de Gilgamesh)²⁹.

La littérature donne une intention à l'écriture, il y a une recherche d'esthétique, et en ce sens, rentre dans le domaine artistique. L'écriture devient un moyen de déposer la pensée, bien au-delà de son intérêt pratique originel.

2.3.2 *Caractéristiques.*

Le geste d'écriture fait appel à plusieurs fonctions différenciées mais ici interdépendantes : motrice et cognitive, avec la graphie, et symbolique avec la transcription de la pensée. Plusieurs régions cérébrales sont ainsi sollicitées par l'acte d'écriture, et cela se traduit par une « mobilisation de 80% de la charge cognitive mise en jeu lors de la situation d'écriture »³⁰.

²⁸ BUI TEKANT Esther, *L'invention de l'écriture : retour sur cette grande aventure*, in **GEO**, <https://www.geo.fr>, le 8 octobre 2020

²⁹ JOANNÈS Francis, *Le plus vieux récit du monde*, in **L'Histoire**, n°356, septembre 2010, <https://www.lhistoire.fr>

³⁰ GONY PAIN Claire, *Atelier d'écriture, cadre et enjeux*, enseignement universitaire, formation préparatoire au DU d'art-thérapie, Poitiers, 24 novembre 2020

- Graphie

Sigmund EXNER, physiologiste autrichien qui, en 1881, a mis en évidence un centre cérébral des images motrices graphiques : cette région, localisée dans le lobe frontal (cortex pré moteur), est depuis communément dénommée aire d'Exner. Il est apparu, depuis, que le cortex pariétal postérieur est aussi impliqué³¹.

- Transcription de la pensée.

Comme le souligne M.A. DU PASQUIER, psychologue à l'hôpital Saint Anne (Paris), le symbole existe par son lien à ce qu'il représente³². L'écriture est le symbole de la pensée dans la matérialité.

- L'écriture : de l'hémisphère droit à l'hémisphère gauche.

L'hémisphère droit est le siège de l'émotion, de la créativité et de l'imagination : il traite les informations de façon instinctive et globale (symbolique).

L'hémisphère gauche est le siège du raisonnement, il traite les informations de façon analytique (graphie).

Ainsi, dans le processus d'écriture, les fonctions cérébrales sont sollicitées en nombre : cela justifie l'importante mobilisation de la charge cognitive.

2.3.3 Intérêt et impacts.

Il nous faut différencier deux intérêts majeurs dans l'acte d'écriture : le versant analytique conscient, et le versant créatif. Leur interrelation n'est pas à démontrer : la littérature l'a maintes fois illustrée, et le procédé autobiographique en est une représentation formelle.

- L'écriture de soi : du fond à la forme.

Se raconter, utiliser le verbe pour déposer ses émotions et son histoire, permet de la recréer.

B. CYRULNIK, neuropsychiatre et auteur, remarque que, quand un mot est parlé, il y a une interaction réelle, alors qu'un mot écrit modifie l'imaginaire. Le même auteur nous montre

³¹ LONGCAMP Marieke, VELAY Jean-Luc, *Cerveau et production écrite*, <https://www.universalis.fr>, 23 février 2022

³² DU PASQUIER Marie-Alice, *L'écriture entre corps et langage*, in **Le français d'aujourd'hui**, pages 65 à 70, n°170, 2010/03.

comment l'écriture de soi peut mener à la résilience : « en écrivant (...) l'écrivain raccommode son moi déchiré. Les mots écrits métamorphosent la souffrance »³³.

L'écriture de soi est une écriture que l'on peut qualifier de factuelle : elle se fait en conscience, retranscrit une réalité propre, un vécu réel, une subjectivité explorée. Elle est, en ce sens, libératrice du conscient.

En illustration, L'expressive writing, ou écriture expressive, paradigme expérimental conçu en 1986 par J. PENNEBAKER, professeur de psychologie à l'université du Texas (Austin), qui a pour but d'améliorer la santé et le bien être psychologique des participants, grâce à une élaboration cognitive et émotionnelle des événements vécus, à travers des sessions d'écriture. La maison de Solenn, service d'hospitalisation pour adolescents (hôpital Cochin, AP-HP) s'inspire de ce paradigme dans la prise en soin de ses patients.

D'autre part, comme le rappelle C. MASSON, psychologue et psychanalyste, la psychanalyse prône l'utilisation de l'écriture, et ce depuis l'écriture figurale des rêves avec Freud : l'écriture qui reçoit le mieux les formations de l'inconscient est celle qui apparaît au rêveur³⁴. Cela n'est pas sans lien avec l'écriture du poète, qui, par le verbe, va sublimer une réalité et la rendre commune par l'acte d'écriture. C. BAUDELAIRE illustre ceci dans son poème *Élévation*.

De façon intrinsèque, l'écriture de soi met l'inconscient en mouvement, et en devient ainsi une catharsis*.

- Écriture et imaginaire : de la forme au fond.

Inventer, créer, se récréer, se re créer, explorer et poser ses intentions : tels sont les intérêts de l'écriture inspirée par l'imaginaire de son auteur. L'écriture (au sens du littéraire), est un art : elle est l'interface entre la réalité (consciente et inconsciente) de celui qui fait et le monde. Jeux d'écriture, contes, écriture intuitive (ou automatique), poésie, chanson sont autant de formes que peut revêtir l'imagination d'un individu et que sa créativité vient déposer au fil des mots. « Il faut céder l'initiative aux mots » disait Stéphane MALLARMÉ : ainsi, quelle que soit l'intentionnalité de l'acte d'écriture, il en ressortira une création, accès à l'inconscient de l'auteur. L'effet cathartique de l'écriture est à noter une nouvelle fois.

³³ CYRULNIK Boris, *La nuit, j'écrirai des soleils*, Odile Jacob, Paris, 2019.

³⁴ MASSON Céline, *L'écriture est un voir. Construction du psychique*, in **Cliniques méditerranéennes**, pages 281 à 298, n°72, 2005/02.

- L'écriture : entre trace et mémoire.

Si l'homme est rentré dans l'histoire avec l'invention de l'écriture, l'individu peut marquer la sienne en l'écrivant ; la marquer, et en laisser une trace. C'est rendre hommage à sa mémoire que de l'écrire. Pour cela, l'auteur devra reconnaître sa place d'individu social. L'écriture peut, par ce biais, avoir un intérêt majeur dans la reconquête de l'estime de soi. Au-delà de l'appréciation esthétique, le simple acte d'écriture en tant que production d'une création, s'avère très bénéfique dans le champ thérapeutique.

On peut souligner, de plus, que l'écrit dans sa symbolique de trace, est intrinsèquement plus impactante pour le lecteur, que les mots prononcés ne le sont pour l'auditeur (sur un discours commun). L'intérêt de l'écriture dans les problématiques de verbalisation n'en est que renforcé.

Nous avons donc souligné dans la deuxième partie de ce travail, les bienfaits de la musique, du chant et de l'acte d'écriture dans les champs de la physiologie et la psychologie humaine. Nous pouvons maintenant confronter l'intérêt de ces pratiques artistiques aux problématiques du proche aidant d'un patient atteint de la maladie d'Alzheimer.

3 L'art thérapie auprès du proche aidant : pertinence et enjeux.

3.1 De la pratique artistique à la posture thérapeutique

3.1.1 La recherche d'esthétique : l'art au service du mieux-être.

La définition de l'art est indissociée du concept d'esthétique, concept défini au début du XVIII^e siècle par le philosophe allemand, Alexandre Gottlieb BAUMGARTEN (*Metaphysica*, 1739 puis *Aesthetica*, 1750)³⁵, comme étant la science de la connaissance du sensible (en opposition à la logique). Son contraire étymologique, l'anesthésie, est le processus de disparition de la sensibilité et de la conscience. Dans son sens actuel, l'esthétique s'en réfère au sentiment du beau.

L'artiste est donc en quête de beauté (hormis dans le cadre de l'art conceptuel, dans lequel les idées et les concepts véhiculés par une œuvre prédominent sur sa valeur esthétique), et par son

³⁵ PARRET Herman, *De Baumgarten à Kant : sur la beauté*, in *Revue philosophique de Louvain*, pages 317 à 343, n°87, 1992.

art, transfigure la réalité, la réajuste à travers le prisme de sa technique artistique. La subjectivité du public pose la seule limite de l'impact d'une œuvre. Mais si la sensibilité de l'artiste rencontre celle de son public, si le beau d'une œuvre s'accorde à la conception du beau de celui qui la regarde, l'écoute ou la lit, alors ce dernier verra son monde enrichi et son mieux-être renforcé.

3.1.2 *De la pratique artistique à l'intention thérapeutique : l'art thérapie.*

3.1.2.1 La posture thérapeutique

La posture thérapeutique naît d'une intention : celle du prendre en soin. Elle sous-entend la mise en présence de trois éléments : le patient, le thérapeute et l'objet de relation. C'est une posture professionnelle, définie dans un cadre, et donnant lieu à une alliance, laquelle dépend de la qualité du lien patient/thérapeute.

- Le patient : à différencier du « malade ». Le patient est la personne qui reçoit le soin. La notion de malade sous-entend un diagnostic médical, quand celle de patient sous-entend la notion de problématique (médicale, paramédicale, psychothérapeutique ou socio-relationnelle).
- Le thérapeute : du grec ancien *therapeutês*, serviteur, celui qui prend soin. L'empathie et la bienveillance, ainsi que l'écoute et le non jugement, sont essentiels dans la posture thérapeutique. Entrer en résonance avec le patient est une condition nécessaire à l'élaboration de l'alliance thérapeutique.
- L'objet de relation : D. W. WINNICOTT est à l'origine de la mise en exergue de ce concept tiers dans la relation thérapeutique³⁶. L'aire intermédiaire, à l'origine représentée par un objet (on parle alors d'objet transitionnel), est l'interface entre l'individu et la réalité. L'intersubjectivité (patient/thérapeute) de cette interface dans le cadre de l'alliance thérapeutique, peut en définir les contours. En effet, quand la subjectivité du thérapeute se retrouve notamment dans une pratique artistique, l'utilisation de celle-ci conduite par une intention de prise en soin prendra forme dans un projet art-thérapeutique.

³⁶ WINNICOTT Donald Wood, *Jeu et réalité. L'espace potentiel*, traduit de l'anglais par MONOD Claude et PONTALIS J.-B., Gallimard, Paris, 1975.

3.1.2.2 L'art-thérapie

- Art et médecine : une histoire commune

L'art fut thérapeutique avant que religion et évolution de la discipline médicale n'amointrissent cette fonction. Le Livre de Samuel (VIe-Ve siècle av. J.-C.) fait état de l'intercession de la harpe de Saül après du roi David ³⁷« David prenait sa harpe et jouait de sa main ; Saül respirait alors plus à l'aise et se trouvait soulagé ». La catharsis avec Aristote (384-322 av. J.-C.) et l'influence de la musique sur l'âme chez Platon (vers 427-348/347 av. J.-C.).

C'est au XXe siècle que l'étude des productions artistiques des personnes internées (« art psychopathologique » puis « art des fous ») va ouvrir la voie à la thérapie par l'art. De l'art brut (théorisé par Jean Dubuffet, 1901-1985, peintre et écrivain) au surréalisme, le rapport de l'inconscient à la création artistique interroge, et la médiation par l'art s'immisce dans les discours des grands noms de la psychiatrie et de la psychanalyse du XXe, en préambule à ce que l'on nomme aujourd'hui « art-thérapie ».

- Une définition de l'art-thérapie.

L'art-thérapie est un soin, et se définit comme une méthode d'accompagnement qui utilise l'art et le processus de création, dans un but thérapeutique. J.P. KLEIN, psychiatre, précise que l'art-thérapie est l'art de se projeter dans une œuvre comme message énigmatique en mouvement, et de travailler sur cette œuvre pour travailler sur soi-même³⁸. Ainsi, cette discipline place le médium artistique en position d'objet de relation (exemple de la musique, selon E. LECOURT). L'art convoque et contient l'imaginaire ; le processus de création, ou la symbolisation de la pensée à travers le prisme d'une technique artistique, va permettre à l'inconscient de s'exprimer, au patient de déposer et de prendre de la distance avec sa propre intériorité : le « je » (le patient) devient « il/elle » (son œuvre), l'art devient objet de relation.

Notons cependant que l'art-thérapie n'est pas obligatoirement active : l'exemple de la musicothérapie passive, avec le principe de l'« iso » de R.O. BENENZON et la Théorie des trois œuvres* de J. JOST, qui viennent relater l'effet thérapeutique de l'écoute musicale. Il n'est pas question ici de production artistique mais de l'impact de la musique sur la transformation

³⁷ GIRAUD Jean-Jacques, *Art et médecine dans l'Antiquité*, formation préparatoire au DU d'art-thérapie, Poitiers, 15 décembre 2020

³⁸ KLEIN Jean Pierre, *Symbolisations accompagnées*, in **Perspectives Psy**, pages 265 à 270, vol. 48, 2009/03.

du sujet. L'« iso » est le cœur du modèle théorique de R.O. BENENZON, et repose sur la notion d'identité sonore : l'homme est individualisé par un ensemble de sons qui le définissent. Ce modèle signe l'ouverture de la Théorie des trois œuvres de J. JOST : sa méthode et la structure de ses séances sont calquées sur l'adéquation entre l'état émotionnel du sujet et les caractéristiques des morceaux écoutés³⁹.

- Intérêts généraux et champs d'application de l'art-thérapie.

Du stade gestatif jusqu'en fin de vie, les arts peuvent exercer une influence positive sur la santé estime l'OMS, dans son rapport du 11 novembre 2019.

L'art-thérapie utilise, comme médiums artistiques, les arts plastiques, la danse, la musique, l'écriture, le théâtre, la poterie etc, soit tous les moyens qui permettent une mise en mouvement du sujet dans la création. L'impact art-thérapeutique s'étend de la sphère individuelle (mieux-être avec soi) à la sphère sociale (mieux-être avec l'autre), avec, par exemple :

- Mise en relation du sujet avec son environnement, soutien de la communication et de la socialisation
- Mise en récit, verbalisation
- Restauration de l'estime de soi par l'effet de production
- Expression et gestion des émotions
- Ancrage
- Diminution de l'anxiété
- Gestion de la douleur
- Développement de la créativité

Les séances d'art-thérapies sont soit individuelles, soit en groupe : l'intérêt du dispositif groupal vient se rajouter à l'intérêt intrinsèque de la discipline, sur les plans de la dynamique, de la socialisation et de l'estime de soi.

Les champs d'action de l'art-thérapie concernent à la fois les problématiques physiques, psychiques ou socio-relationnelles.

³⁹ *Ibid.*, p 14, VRAIT François- Xavier, *La musicothérapie*

3.2 L'art-thérapie, une réponse aux problématiques du proche aidant d'un conjoint atteint de la maladie d'Alzheimer.

3.2.1 *Intérêt de l'art thérapie dans le soutien du lien à soi-même.*

3.2.1.1 Diminution de l'anxiété

Nous avons souligné le pouvoir anxiolytique intrinsèque de la musique, du chant (ancrage) et, de façon indirecte, de l'acte d'écriture (mobilisation de la charge cognitive). A ceux-ci se rajoute le processus créatif, qui, en mobilisant l'imaginaire du sujet vers la création, va permettre sa projection et son remaniement. L'art-thérapie pourra ainsi favoriser la verbalisation des inquiétudes et une prise de distance essentielle à leur bonne gestion.

3.2.1.2 Valorisation de l'estime de soi

La littérature spécialisée parle du « fardeau » de la charge de l'aidant ; fardeau qui peut aller jusqu'à l'abnégation. L'individu vient pallier les manques de l'aidé, au détriment de sa propre individualité. Le sentiment d'impuissance face à la maladie vient confronter l'aidant à ses propres limites ; de même, l'isolement social et le découragement sont des facteurs favorisant la baisse de l'estime de soi du proche aidant.

La musique, plus précisément la production musicale, semble inaccessible aux personnes non initiées. Aussi, grâce à la musicothérapie active et à la mise en acte qui en découlent, donner accès à un instrument, faire fabriquer du son, puis une mélodie, vient nourrir le narcissisme via ce qui pourrait sembler être de nouvelles compétences.

La production écrite peut s'inscrire exactement dans le même procédé. Sans recherche d'esthétique, mais en respectant les consignes/contraintes indiquées par l'art-thérapeute, l'individu se met en mouvement, en faisant appel à ses compétences propres : sa créativité est sollicitée, l'expression est facilitée, et encourage la restauration d'un narcissisme fragilisé. Le docteur A.M. DUBOIS, hôpital Saint-Anne (Paris), souligne que l'écriture donne accès à une élaboration de laquelle résulte un mode de création de soi-même⁴⁰.

3.2.1.3 Diminution du sentiment de culpabilité et plaisir.

⁴⁰ CHIDIAC Nayla, *Ateliers d'écriture thérapeutique*, 2^{ème} édition, Elsevier Masson, Paris, 2013, préface de Anne Marie DUBOIS.

Les injonctions sociétales et les valeurs propres à l'aidant peuvent le placer en situation de culpabilité. L'art /objet de relation, permet de mettre à distance cette culpabilité, en la déposant dans l'œuvre : l'utilisation de l'écriture peut favoriser cela, et permettre de poser des mots sur ce qui était indicible car culpabilisant.

De plus, cette culpabilité vient interdire le plaisir. La proposition musicothérapeutique peut s'imposer ici : en effet, comme nous l'avons vu, musique et plaisir s'associent d'abord sur un plan physiologique puis psychologique. Écoute passive ou musicothérapie active par le chant notamment, peuvent permettre à l'aidant de se reconnecter à son propre plaisir.

3.2.1.4 Lutte contre l'épuisement et accueil du répit.

Nous avons précédemment souligné que la maladie d'Alzheimer nécessite l'omniprésence du proche aidant. S'ensuit pour ce dernier, une fatigue, allant jusqu'à l'épuisement. Des temps de répit, de rupture sont nécessaires. Nous avons vu parallèlement que l'écriture mobilise 80% de la charge cognitive : son intérêt n'est donc pas à démontrer, l'écriture est un véritable allié pour instaurer des moments de répit.

De même, la pratique du chant s'avère pertinente ici, en favorisant l'ancrage du sujet : la respiration diaphragmatique, les exercices respiratoires et vocaux viennent recentrer le sujet sur l'instant, qui devient alors répit.

La musicothérapie, active ou passive, peut aussi se présenter comme une parenthèse ponctuelle : l'écoute et/ou la pratique mobilise(nt) la pensée, la production musicale sollicite des compétences conscientes ou pas.

3.2.2 *Soutien du lien de soi au conjoint atteint de la maladie d'Alzheimer.*

3.2.2.1 Le processus de deuil

Un deuil qui vient interférer dans la posture de l'aidant est à faire. Le deuil du lien conjugal tel qu'il était inscrit dans son origine, étayé de son histoire et de l'intersubjectivité de la relation. Pour affronter les étapes du deuil, le sujet doit en premier lieu reconnaître la réalité de la situation : l'écriture et son intérêt cathartique, la musique et l'ouverture des canaux de communication qui donnent accès à la réalité et rendent donc possible sa symbolisation, peuvent être des réponses très efficaces dans cette première étape.

Le cheminement, qui passe ensuite par la colère, la négociation puis la « dépression », va devoir être accompagné car l'objectif principal, soit la viabilité de la relation d'aide pour le remaniement adaptatif du lien conjugal (objet du paragraphe suivant), se trouve dans l'accès à la dernière étape, l'acceptation.

L'envahissement émotionnel va pouvoir être déposé dans l'espace art-thérapeutique, la création artistique va en permettre la catharsis, et la mise en mouvement inhérente va amorcer le remaniement nécessaire pour passer d'une étape à l'autre. La projection que le proche aidant pourra faire grâce à la musique et/ou à l'écriture (en lui permettant de prendre de la distance avec son ressenti via l'objet artistique choisi), transformera la subjectivité de la situation. L'écriture de chansons semblerait ici très pertinente : la musique libère et adoucit les mots.

3.2.2.2 Soutien dans le remaniement du lien conjugal.

- Reconstruire un nouvel espace relationnel.

L'espace art-thérapeutique est dédié, délimité, et contenant. L'intégration du proche aidant et de son conjoint dans ce cadre redistribue les fonctions respectives, selon des objectifs pré établis, et leur donne une posture commune de « patients ». Cet espace temporo-spatial va donc permettre de remanier le lien, en transformant la posture de chacun. Cette mise à distance de la pathologie et de l'aidance, associée à la présence d'un tiers (le thérapeute) va placer le couple dans une situation nouvelle, et permettre d'instituer de nouvelles références relationnelles, et ce, à travers la pratique artistique. E. LECOURT souligne que la musicothérapie permet un développement de l'écoute dans la relation aux autres⁴¹. Le proche aidant, confronté quotidiennement aux troubles du comportement de son conjoint, pourra ainsi répercuter ces nouvelles références dans sa gestion globale du contexte évolutif de la maladie. Sa nécessaire adaptabilité est ainsi encouragée et soutenue par le travail art-thérapeutique.

- Renouer avec le plaisir et le rire partagés

Nous avons vu l'intérêt de l'art-thérapie dans la reconquête du plaisir de l'aidant. A l'échelle du couple, l'omniprésence de la maladie vient détériorer, voire annihiler les moments de partage. La musique, l'écriture et le chant, prennent ici toute leur ampleur d'objet de relation.

⁴¹ Ibid., p. 19

On est dans le « faire à deux », dans la cohésion. La production artistique autour d'un projet musical (improvisation instrumentale, dialogue rythmique, chant) commun, initie le partage, et le plaisir. L'écriture, et les contraintes imposées par l'art-thérapeute peuvent instaurer une complicité conjugale, et permettre à chacun de retrouver, momentanément, son statut de conjoint.

- Accueillir l'émotionnel ensemble

Si les émotions sont des composantes de l'identité de la personne humaine, les émotions communes sont des composantes de l'identité du couple conjugal, que la pathologie altère. Les perturbations, chez le patient atteint de la maladie d'Alzheimer, se manifestent par de l'agressivité, de l'apathie*, de la dépression ; l'incompréhension peut s'installer du côté de l'aidant qui ne reconnaît plus son conjoint.

L'art-thérapie convoque les émotions : dans un projet artistique partagé, les émotions de chacun pourront se rencontrer, autour d'une œuvre (musicothérapie passive), ou dans une réalisation. En cela, l'art thérapie contribue aussi à la résurgence des souvenirs.

- Redonner vie à la mémoire commune

Comme nous l'avons vu, la musique ponctue l'histoire de chacun, et donc l'histoire d'un couple. Les associations symboliques faites autour de certaines chansons par exemple, dans le cadre du mythe et des rituels conjugaux sont le reflet de l'histoire commune, et les utiliser à visée thérapeutique peut permettre au couple de se retrouver le temps d'un moment musical. Le **caractère antérograde*** des troubles mnésiques dans la maladie d'Alzheimer soutient cela : la mémoire ancienne (rétrograde) reste intacte. La pérennité du bénéfice sera une véritable ressource pour le proche aidant, dans la relation d'aide.

En conclusion de cette première partie, la question de la pertinence de l'art-thérapie dans l'accompagnement du proche aidant d'un patient atteint de la maladie d'Alzheimer (et, de façon intrinsèque, dans le soutien du maintien à domicile), semble trouver une réponse très encourageante dans le cadre théorique. La seconde partie va nous permettre d'explorer le cadre pratique de notre hypothèse de travail, avec l'étude de deux situations cliniques.

1 Matériel.

1.1 Présentation de l'association COORDINATION AUTONOMIE

- Située à Saumur (Maine-et-Loire), et issue du rapprochement, en décembre 2012, du CLIC* (Centre Local d'Information et de Coordination) du pays saumurois, et du Réseau Gérontologique, l'association Coordination Autonomie a pour **principal objectif** de proposer gratuitement l'accompagnement et la coordination des actions et des intervenants auprès de la personne en situation de fragilité ou en voie de dépendance.

Reconnue d'utilité publique (Loi 1901), l'association assure sa mission auprès d'environ 1500 personnes à ce jour.

- Son **conseil d'administration** est composé de cinq collègues (15 à 27 administrateurs) : élus et financeurs, personnes suivies et proches, établissements de santé, services d'aide et de soins à la personne, professionnels de santé.
- La structure compte **16 professionnels** salariés : madame L. MARTEAU à la direction, trois coordinatrices CLIC, quatre infirmières coordinatrices, deux secrétaires, une ergothérapeute, une pilote MAIA* et quatre gestionnaires de cas.
- **Financée par** le conseil départemental, la CARSAT*, l'ARS* et la communauté d'agglomérations.
- **La prise en charge** globale (sanitaire et sociale) **est initiée** par la demande de la personne elle-même, de professionnels de santé, médico-social ou social ou d'aidants (famille, voisins, bénévoles, amis).
- **Les missions** : Accueil, information et orientation / Évaluation des besoins sanitaires, médico-sociaux et sociaux / Aide à l'adaptation du cadre de vie / Planification et coordination des aides humaines, matérielles et financières / Actions collectives de prévention / concertation pluri-professionnelles.

Le maintien de l'autonomie, et le maintien à domicile de la personne en situation de fragilité sont au cœur de la politique générale de l'association.

- **Les valeurs** : respect du libre choix de la personne, droit à l'information et accès aux soins sans discrimination d'âge, de pathologie ou de ressources, prise en charge globale, individualisée et de qualité en pluridisciplinarité, épanouissement de la personne, maintien du lien social, lutte contre l'isolement et la précarité.
- Parmi les nombreux projets portés par l'association Coordination Autonomie, se trouvent des **actions auprès des aidants** : information (accueil, mise à disposition d'un guide de l'aidant), soutien psychologique (financement de cinq séances de psychothérapie), cafés deuil (temps de parole collectifs, encadré par un(e) psychologue et un(e) professionnel(le) de l'association dans un lieu à vocation conviviale, trimensuels et répartis sur six communes) et formations.

1.2 Prise en charge art-thérapeutique : mise en œuvre et objectifs.

1.2.1 *Présentation du projet et organisation de la prise en soin.*

1.2.1.1 L'art-thérapie : une proposition nouvelle pour l'association Coordination Autonomie.

L'action de l'association auprès des proches aidants est active et soutenue. Les propositions s'axent autour de l'échange d'expérience et du soutien psychologique. Notre projet rentrait parfaitement en résonance avec ces missions, et venait, de plus, offrir une méthode nouvelle dans l'accompagnement de l'aidant.

1.2.1.2 Présentation à l'équipe, organisation consensuelle de la mise en œuvre.

Notre projet art-thérapeutique auprès des aidants fut présenté à l'équipe le jeudi 30 septembre 2021, au cours d'une réunion de synthèse. Nous y présentâmes l'art-thérapie, ses intérêts et impacts, ainsi que les techniques artistiques utilisées (musique et écriture). Il fut alors décidé que notre champ d'intervention s'élargirait à toute personne pour laquelle notre accompagnement s'avérerait pertinent. La question du recrutement des patients se posa alors, et nous décidâmes de proposer une plaquette de présentation de l'action art-thérapeutique (*annexe 1, p.74*), que les professionnelles de l'association pourraient distribuer lors des visites à domicile.

La partie organisationnelle fut gérée par la suite avec la directrice de l'association : notre intervention se ferait du 2 novembre 2021 au 28 février 2022, les lundis, mardis et jeudis après-midi. Les comptes rendus de nos actions seraient présentés lors de rencontres mensuelles et d'échanges réguliers avec l'équipe.

Nous avons commencé notre stage par l'accompagnement de trois couples aidant/patient MAMA, et de trois personnes isolées. La prise en soin d'un quatrième couple a commencé au mois de janvier. Trois autres propositions d'accompagnement n'ont pas abouti (intérêt des personnes pour le projet insuffisamment significative ou contexte sanitaire incompatible).

Les séances d'art-thérapie se sont déroulées au domicile des patients, sur une durée de 45 minutes ou 1h15, à raison d'une séance par semaine.

1.2.2 Choix des patients pour l'étude.

Les problématiques des personnes proches aidantes d'un patient atteint de MAMA étant variables selon l'histoire et le contexte, nous avons choisi de présenter ici le cas de deux patientes qui vont nous permettre d'explorer de façon pratique les différents aspects de plusieurs de ces problématiques. Si certaines pénalités se rejoignent et peuvent être étudiées sous un angle commun, d'autres sont à différencier, notamment le rapport de l'aidante à la pathologie et au conjoint malade. L'impact de cela déterminera nos objectifs différenciés.

1.2.3 Stratégie thérapeutique.

1.2.3.1 Collaboration avec les infirmières coordinatrices de l'association.

Les infirmières coordinatrices (IDEC*) sont l'interface entre le patient et le réseau de soins. Elles ont activement participé au recrutement des patients pour cette étude, en diffusant l'information sur le projet, et en nous mettant en relation. Leur connaissance des problématiques des proches aidants suivis par leurs services nous a permis de trouver auprès des IDEC, certaines informations collatérales nécessaires au bon déroulement de la présente recherche. Référentes paramédicales de son évolution et de ses résultats empiriques, elles ont permis au projet de s'inscrire sur le versant sanitaire des actions de l'association auprès du public visé.

1.2.3.2 Durée et mise en œuvre de la recherche.

D'une durée de douze semaines, l'étude nous a permis de proposer dix séances d'art-thérapie, au domicile des patientes (sur la commune de Doué la fontaine, Maine-et-Loire). Initialement, le temps de prise en charge était estimé à 45 minutes ; mais le contexte nous a incité à proposer finalement 1H15, afin de pouvoir inclure un temps de partage avec les conjoints (à la demande des patientes, et devant l'intérêt manifeste de leurs conjoints pour notre activité. Nous avons donc scindé les séances en un temps individuel de 45 minutes et un temps de partage de 30 minutes).

Le premier contact eu lieu en présence de la professionnelle de l'association en charge de la coordination du parcours de soins de chaque patient : nous avons pu y présenter l'art-thérapie et nos media artistiques. Un premier entretien (*fiche type en annexe 2, p.75*), par la suite, nous permet de faire le recueil de données, de définir notre cadre thérapeutique, nos objectifs de prise en soin, et d'amorcer les prémices de l'alliance thérapeutique.

1.2.3.3 Construction des grilles d'évaluation et références scientifiques validées.

Une évaluation, d'ouverture et de fin de prise en soin, permettra de mesurer, dans sa globalité, l'impact de notre action sur le bien-être de nos deux patientes. Nous utiliserons une grille validée scientifiquement comme référence : le **GHQ-12, issu du Global Health Questionnaire**⁴² (*annexe 3, p.76*). L'ensemble des 12 questions de ce questionnaire permet de mesurer le niveau de bien-être du sujet, et son évolution au cours des dernières semaines : l'évaluation dimensionnelle nous a semblé être une référence pertinente pour notre recherche. La cotation se fait selon une échelle de Likert. A chaque question, quatre réponses possibles, auxquelles nous attribuerons un score : 1 pour l'option signant un abaissement du bien être jusqu'à 4 pour la réponse signant une amélioration de celui-ci. Le score obtenu varie donc de 12 (bien-être très diminué ces dernières semaines), à 48 (bien-être très amélioré). Nous n'exploiterons que l'**écart** qui nous sera donné par la différence des scores d'entrée et de sortie de prise en soin.

⁴² GOLDBERG, D.P., *Manual of the General Health Questionnaire*, NFER publishing Co, Windsor, 1979.

Nous évaluerons les versants psychiques, relationnels et artistiques de cette recherche à l'aide de faisceaux d'items issus de trois grilles scientifiques validées et d'items spécifiques à nos observations (*Grilles d'observation en annexe 4, p.75*):

- **Versant psychique :**

- ⇒ *Capacités psycho-émotionnelles*

Les items remaniés issus de l'**Échelle de dépression de Montgomery et Asberg**⁴³ (*annexe 5, p.81*) vont évaluer l'humeur, l'état de détente et la concentration. Nous ajouterons un item spécifique pour l'évaluation du sentiment de culpabilité avec la capacité d'accueil du moment de répit.

- ⇒ *L'estime de soi*

Nous utiliserons un faisceau d'items réadapté à notre cadre, issu de l'**Échelle d'estime de soi sociale de Rosenberg**⁴⁴ (*annexe 6, p.85*).

- **Versant artistique :**

Nous établirons un faisceau d'items afin de mesurer, dans le contexte des séances, l'autonomie, la créativité, l'intention, le plaisir, la capacité à accueillir le moment de répit, la capacité à faire des choix et le lâcher-prise.

- **Versant relationnel :**

Nous évaluerons l'aisance dans les interactions, la facilité à prendre sa place, et la capacité d'accueil. Nous déterminerons, de plus, quatre items qui évalueront plus spécifiquement les capacités relationnelles au sein du couple (Complicité, évocation de la mémoire commune, représentation émotionnelle de la maladie et attitude soutenante).

- **Auto-évaluation :**

En fin de chaque séance, les aidantes pourront répondre à 4 questions d'évaluation subjective du moment : qualité, charge émotionnelle, plaisir, partage avec le conjoint.

⁴³ BOUVARD Martine, COTTRAUX Jean, *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et psychologie*, 5^{ème} édition, Masson, Paris, 2010., pages 212 à 214, items 1, 2, 3, 6.

⁴⁴ ROSENBERG M, *Society and the adolescent self-image*, Princeton University Press, Princeton, 1965.

Tous les items sont à considérer dans le contexte d'une séance d'art-thérapie, et construits autour du processus de création artistique. La cotation se fera selon un barème de 1 (réponse observée défavorable à l'atteinte de l'objectif thérapeutique) à 4 (réponse observée très favorable).

Capacités psycho-émotionnelles – Echelle de dépression de Montgomery et Asberg

Items remaniés :

- **Humeur**

- Humeur enthousiaste : 4
- Calme mais investi : 3
- Humeur passive : 2
- Tristesse manifeste (attitude, propos) : 1

- **État de détente**

- Attitude de décontraction totale, aucun signe objectif de tension : 4
- Attitude calme mais signes de stress observables et passagers : 3
- Débit verbal augmenté, irritabilité et signes de stress modéré associés : 2
- État de stress avéré (attitude, propos, signes cliniques) : 1

- **Concentration**

- Est concentré sur l'activité durant le temps imparti : 4
- Est concentré pendant un temps réduit : 3
- A du mal à rassembler ses pensées : 2
- Incapacité à se concentrer : 1

Item spécifique :

- **Accueil du moment de répit**

- Aucun signe observable de culpabilité, accueille le moment de répit : 4
- Aucun signe observable mais semble mal à l'aise avec le moment de répit : 3
- S'adresse des reproches mais accepte le moment de répit : 2
- Verbalise clairement sa culpabilité : 1

Estime de soi – Échelle de Rosenberg

Items remaniés :

- **Confiance sur sa capacité à réaliser une création**

- Aucun doute : 4
- Hésitant mais réactif aux encouragements : 3
- Hésitant mais rentre dans l'activité : 2
- Doute permanent : 1

- **Satisfaction de son travail**

- Fier de sa réalisation : 4
- Satisfaction discrète (content mais gêne) : 3
- Ne se prononce pas : 2
- Clairement insatisfait de sa réalisation : 1

Implication artistique

- **Autonomie :**

- Travaille seul, sans besoin d'appui : 4
- Travaille seul mais sollicite un appui ponctuel : 3
- A besoin d'un appui régulier : 2
- Ne travaille jamais seul : 1

- **Capacité à faire des choix**

- Choisit sans hésitation : 4
- Choisit en hésitant : 3
- Doute prononcé lors du choix : 2
- Ne veut pas choisir : 1

- **Créativité et lâcher-prise**
 - Se laisse aller facilement à la création : 4
 - A des difficultés à rentrer dans la création mais réussit à se laisser aller : 3
 - Ruminations envahissantes mais création possible : 2
 - Ne lâche pas prise : création compromise : 1
- **Plaisir et investissement**
 - Manifeste son plaisir (attitude et propos) : 4
 - Sourires et intérêt mais pas de verbalisation du plaisir ressenti : 3
 - Aucun plaisir apparent : 2
 - Manifeste son déplaisir : 1

Capacités relationnelles –

Items remaniés :

- **Aisance dans les interactions**
 - Discours clair et posé, regarde dans les yeux, investi dans l'activité : 4
 - Discours clair et posé, investi dans l'activité mais regard fuyant : 3
 - Discours confus, regard fuyant, mais investi dans l'activité : 2
 - Discours confus, regard fuyant, signes de stress associés, investissement compliqué : 1
- **Facilité à prendre sa place**
 - Attitude ouverte et affirmée (posture et propos) : 4
 - Tendance à s'effacer, intensité vocale légèrement diminuée : 3
 - Attitude effacée mais participation à l'activité : 2
 - Posture et attitude renfermées, voix inaudible, participation à l'activité difficile : 1
- **Accueil de l'autre**
 - Attitude accueillante, écoute et participation actives, considère les propositions de l'autre : 4
 - Écoute et accueille les propositions mais n'en tient pas compte : 3
 - Évite la collaboration dans l'activité : 2
 - Attitude renfermée, déni des propositions, refus de collaboration : 1

Items spécifiques à nos observations et relatifs au COUPLE

- **Complicité et partage**
 - Communication verbale, visuelle et/ou gestuelle soutenue : 4
 - Partage dans l'activité mais communication restreinte : 3
 - Collaboration sans partage émotionnel : 2
 - Absence de communication : 1
- **Mémoire commune**
 - Racontent des événements communs à deux voix : 4
 - Un sujet raconte et le conjoint énonce des anecdotes : 3
 - Un seul sujet raconte, le conjoint reste silencieux : 2
 - Pas de mémoire commune énoncée : 1
- **Représentations émotionnelles autour de la maladie**
 - Acceptation et résilience* : 4
 - Acceptation sans résilience : 3
 - Tristesse et défaitisme : 2
 - Déni : 1
- **Attitude soutenante**
 - Encouragements et soutien du processus créatif du conjoint : 4
 - Aide dans le processus créatif : 3
 - Pas d'aide mais quelques encouragements : 2
 - Ne se positionne pas dans une posture soutenante : 1

Items d'auto-évaluation

- **Qualité du moment**
 - Très agréable : 4
 - Agréable : 3

- Moyennement agréable : 2
- Désagréable : 1
- **Charge émotionnelle du moment**
- Moment très riche en émotions : 4
- Moment assez chargé en émotions : 3
- Moment avec peu d'émotion(s) : 2
- Pas d'émotion : 1
- **Plaisir ressenti**
- Beaucoup de plaisir : 4
- Du plaisir : 3
- Peu de plaisir : 2
- Aucun plaisir : 1
- **Partage avec le conjoint**
- Ce fut un vrai moment de partage : 4
- Il y a eu du partage : 3
- Il y a eu un peu de partage : 2
- Aucun partage : 1

1.2.3.4 Résultats attendus

Nous espérons que les résultats obtenus permettront de montrer que notre intervention thérapeutique a favorisé le bien-être général des aidantes, en restaurant l'estime de soi, en aidant à lutter contre l'épuisement, en accompagnant vers la résilience, et en instaurant des moments de plaisir et de partage chez les couples aidant/aidé qui participent à la présente étude.

2 Méthode.

2.1 Étude de cas de madame R.

2.1.1 *Anamnèse*

Domiciliée à Doué la fontaine dans le Maine et Loire, **madame R.** est âgée de 78 ans, retraitée de l'Éducation nationale (professeur des écoles et directrice d'école pendant 10 ans) et mariée avec monsieur R. depuis 50 ans. Ils ont deux enfants et un petit fils.

L'entourage familial est très présent : à proximité, enfants, frères et sœurs, neveux et nièces entourent le couple (visites régulières, réunions familiales et aide logistique ponctuelle).

Madame R. est équipée d'une prothèse du genou gauche, et souffre d'algodystrophie* au niveau du pied droit. Elle n'a aucun traitement à ce jour, et aucun suivi psychologique.

Madame aime la musique, le chant (dans un cadre familial notamment), la peinture (qu'elle ne souhaite plus pratiquer).

Monsieur R. a 81 ans, également retraité de l'Éducation nationale (ancien professeur d'éducation physique et sportive) et originaire de l'île de La Réunion. Passionné de sport (vélo) et de Scrabble.

La maladie d'Alzheimer a été diagnostiquée chez monsieur en 2018. Les premiers signes sont apparus en 2016 : pertes de mémoire, humeur changeante, agressivité. Aucun traitement médical actuellement. Le parcours de soin de monsieur est coordonné par l'association Coordination Autonomie depuis 2018.

A ce jour :

- Troubles cognitifs : monsieur reconnaît son entourage proche mais pas l'entourage lointain, l'orientation temporo-spatiale est très dégradée, les variations thymiques sont modérées (pas d'agressivité). Il reste autonome pour ses soins d'hygiène et ses prises alimentaires, mais madame doit surveiller et guider toutes ses initiatives.

L'évaluation du degré de dépendance de monsieur par la Maison Départementale de l'Autonomie (MDA*), a déterminé un classement en GIR* 4 (2 février 2022) et l'attribution de l'APA* (sous forme de 2h de ménage hebdomadaires).

- Madame a mis en place un ensemble de ressources stimulantes pour son mari : parties de Scrabble et de tennis de table quotidiennes, cours commun de yoga le mercredi. Elle va seule à son cours de gym du vendredi, et suit un apprentissage en informatique à domicile. Monsieur a des séances de kinésithérapie en cabinet le lundi matin. Madame R. a une posture d'aidante mais n'en a jamais demandé le statut.
- Le couple fait des sorties régulières pour rendre visite à ses proches, ou pour aller au restaurant.

2.1.2 Objectifs thérapeutiques

Notre premier entretien nous a permis d'établir un premier contact, de faire le recueil de données nécessaire à l'anamnèse et à la prise en soin, et d'identifier l'univers musical de madame. Nous lui avons, de plus, donné le questionnaire GHQ-12, espérant un retour pour le rendez-vous suivant. Madame est seule pour ce premier entretien.

- Observations générales lors du recueil de données

Madame R. est accueillante et très intéressée par notre discipline, qu'elle ne connaît qu'à travers les informations données par l'IDEC de l'association qui nous a mises en relation. Son discours

est profus, et son débit verbal accéléré. Elle nous énonce les pénalités pratiques dues à la maladie de son mari : impossibilité de s'absenter, surveillance accrue pour les soins d'hygiène et l'alimentation, perte d'objets etc. Aucune plainte sur sa propre situation. Elle reconnaît cependant s'inquiéter beaucoup, notamment lorsque son mari part en vélo, ou quand elle doit le laisser seul une heure (maximum et très occasionnellement). Elle se dit très fatiguée.

Le discours de madame est systématiquement tourné vers les autres : son mari bien sûr, et leur entourage proche. Nous apprenons, pour exemple, que sa sœur écrit et compose des chansons, et madame souligne qu'elle se sentirait incapable de faire de même.

Madame est très souriante pendant l'entretien, même lorsqu'elle aborde des sujets douloureux.

- Identité musicale*

Madame R a toujours écouté de la musique, mais le contexte actuel ne lui permet plus de le faire, hormis en fin de journée, lorsqu'elle regarde un jeu télévisé consacré à la variété française. Elle a toujours chanté : lorsqu'elle encadrait des colonies de vacances, dans l'exercice de son métier ou avec sa famille.

Concernant ses goûts, madame nous dit aimer la musique classique (notamment Mozart) et la chanson française (Joe Dassin, Georges Brassens, Hugues Auffray...).

Afin de peaufiner son identité musicale, nous lui jouons, à la guitare, une suite d'accords majeurs et une suite d'accords mineurs, sur des rythmiques variées : madame choisira le mode majeur, et une rythmique en arpège*, sur un tempo* à 80 bpm*.

- Objectifs thérapeutiques.

À la suite du premier entretien, nous avons pu déterminer les **objectifs thérapeutiques principaux** (et intermédiaires) et le plan de traitement pour la prise en soin de madame R. :

- ⇒ **Revalorisation de l'estime de soi** (s'autoriser à produire pour soi, s'écouter, accueillir son potentiel créatif, prendre sa place, se découvrir de nouvelles compétences)
- ⇒ **Lutte contre l'épuisement** (accepter les moments de répit, retrouver du plaisir pour soi et avec son conjoint dans la pratique artistique, ralentir son rythme de vie)
- ⇒ **Diminution de l'anxiété** (s'ancrer dans le moment présent, s'écouter, diminuer le sentiment de culpabilité, exprimer son mal-être).

2.1.3 Déroulement des séances d'art-thérapie

	DEROULEMENT	MOYENS MIS EN OEUVRE
1 ^{ère} séance Objectifs de séance : <i>Instaurer la musique comme objet de relation / faire des choix</i>	Accueil, temps d'échange verbal, visite de l'univers musical de madame qui fait le tour de ses carnets de chant. Écoute des chansons de sa sœur. Premier atelier de chant, accompagnement à la guitare. Nb : Monsieur arrive en fin de séance et siffle l'air que nous chantons. Temps d'échange en fin de séance, auto-évaluation.	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Matériel</u> : Guitare, matériel audio. - <u>Chant</u> : Siffler sur la colline (J.Dassin), Le vieux Jo (J. Weber).
2 ^{ème} séance <i>Se reconnecter à son histoire / prendre du temps pour soi</i>	Accueil, temps d'échange verbal. Exercices d'étirement musculaire et de détente corporelle pour se préparer à chanter (relaxation). Nous chantons ensemble des chansons que madame utilisait à l'école ou en colonie de vacances. Puis début de la recherche de sa musique intérieure avec une exploration harmonique à la guitare et le choix des accords par madame. Auto-évaluation.	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Matériel</u> : guitare, clavier, matériel audio - <u>Chant</u> : Prendre un enfant par la main (Y. Duteil), Les retrouvailles (G. Allwright), Le petit âne gris (H. Auffray) - <u>Musique</u> : Gammes majeures
3 ^{ème} séance <i>Pratiquer la respiration abdominale / se reconnecter à son plaisir via l'évocation d'un lieu aimé</i>	Accueil, temps verbal. Monsieur est présent 10 minutes : nous décidons de chanter avec lui le morceau de son choix : il connaît par cœur La balade des gens heureux. Puis échauffement physique et vocale, nous abordons la respiration abdominale. Atelier chant puis introduction de l'écriture avec deux exercices. Auto-évaluation.	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Matériel</u> : idem et feuilles et stylo - <u>Chant</u> : La balade des gens heureux (G. Lenorman), Les Champs Elysées (J. Dassin) - <u>Exercice d'écriture</u> : écrire 10 mots en rapport avec un lieu que vous aimez (La Réunion).
4 ^{ème} séance <i>Partager un moment entre conjoints / Adapter son chant à un tempo d'accompagnement ralenti</i>	Accueil, temps verbal. Monsieur présent 10 minutes. Chant : Monsieur et madame ont travaillé une chanson réunionnaise (M. chante et Mme accompagne à l'harmonica) pour nous la présenter. Puis en individuel, échauffement et détente physique, chant : nous diminuons le tempo des morceaux choisis, madame doit accorder le rythme de son chant, et insister sur l'articulation de chaque mot. Exercice d'écriture. Auto-évaluation.	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Matériel</u> : idem. - <u>Chant</u> : Ti fleur fanée (G. Allwright), La balade des gens heureux, Salut les amoureux (J. Dassin) - <u>Exercice écriture</u> : trouver un adjectif qualificatif commençant par les lettres de son prénom, avant et aujourd'hui.
5 ^{ème} séance	Accueil, temps verbal. Préparation au chant et relaxation. Atelier chant	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Matériel</u> : idem

<i>Accueillir de nouvelles compétences / se reconnecter à l'histoire commune (du couple) / choisir le thème d'une chanson à écrire</i>	raccourci (madame est gênée sur le plan respiratoire). Atelier écriture : elle choisit le thème de la Réunion. Auto-évaluation. Madame nous demande si monsieur pourrait être inclus dans le projet art-thérapeutique : nous allongerons les séances d'1/2h pour un temps partagé.	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Chant</u> : L'enfant au tambour (N. Mouskouri) - <u>Écriture</u> : raconter votre premier voyage en 10 lignes, et faire quatre vers de huit pieds à partir du récit.
6 ^{ème} séance	ABSENTE	
7 ^{ème} séance	ABSENTE	
8 ^{ème} séance <i>Se remémorer des souvenirs à deux / lâcher prise / retrouver sa voix en utilisant la prosodie de chansons à texte comme appui</i>	Accueil, temps verbal. Temps partagé (1/2h) : écriture à quatre mains, autour des souvenirs communs (à partir du couplet écrit par madame lors de la dernière séance). Madame ressort livres et photos de La Réunion. Chant (le couple chante, nous accompagnons à la guitare). Temps individuel (45 minutes) : relaxation, exercices vocaux et respiratoires. Atelier chant : tempo lent, chansons à texte. Atelier musique : construction d'une mélodie à partir des accords choisis en 2 ^{ème} séance. Atelier écriture. Auto-évaluation.	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Matériel</u> : idem - <u>Chant</u> : Ti fleur fanée, Le plat pays (J. Brel), Ma plus belle histoire d'amour (Barbara) - <u>Musique</u> : gamme do majeur. - <u>Écriture</u> : faire quatre vers de 8 pieds (que nous utiliserons comme couplet dans la chanson), en rimes, sur le thème des fleurs de La réunion.
9 ^{ème} séance <i>Lâcher prise / improviser sur une grille harmonique / choisir des accords</i>	Accueil et temps verbal. Temps partagé : chant à deux voix et écriture à quatre mains. Temps individuel : relaxation et préparation vocale. Chant : improvisation à partir de la grille harmonique de la gamme de do majeur (jouée à la guitare) et choix d'une ligne mélodique. Atelier écriture : madame a beaucoup écrit depuis notre dernière séance (dix couplets). Elle nous lit son texte et nous la guidons pour trouver des rimes croisées. Auto-évaluation.	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Matériel</u> : idem - <u>Musique</u> : gamme de do majeur - <u>Écriture</u> : finalisation du texte de la chanson. - <u>Chant</u> : La balade des gens heureux, Ti fleur fanée. Exercice : commencer à fredonner le texte sur une improvisation musicale.
10 ^{ème} séance <i>Chanter sa propre chanson / s'écouter</i>	Accueil et temps verbal. Temps partagé : chant à 2 voix. Temps individuel : relaxation et préparation au chant. Puis écoute de l'accompagnement musical de la chanson. Mise en relation du texte et de son accompagnement : nous chantons avec madame pour accorder l'ensemble. Puis madame chante seule et accepte d'être enregistrée. Écoute de la chanson finalisée. Auto-évaluation.	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Matériel</u> : idem et matériel d'enregistrement (carte son, micro) - <u>Chant</u> : la balade des gens heureux, Ti fleur fanée. - <u>Exercice musical</u> : accorder musique et paroles. Être enregistré. S'écouter.

	Distribution du questionnaire GHB-12 (retour semaine suivante). N.b : Le texte de la chanson de madame R. est en <i>annexe 7, p.86</i> .	
--	---	--

Nous avons présenté ici le déroulement pragmatique des séances ; l'analyse de nos grilles d'observation et des auto-évaluations, ainsi que nos observations cliniques, seront présentées en troisième partie de la présente recherche.

2.2 Étude de cas de madame L.

2.2.1 *Anamnèse*

Madame L., 71 ans, est domiciliée à Doué la fontaine dans le Maine et Loire. Mariée avec monsieur L. depuis 47 ans ; le couple a deux filles et quatre petits-enfants (entourage principal). Madame était secrétaire comptable. Elle a pratiqué la gymnastique et la marche, mais la situation actuelle ne lui permet pas de maintenir ses activités. Aucun antécédent médical, et aucun suivi psychologique à ce jour.

Madame L. aime la musique : elle fait partie de la chorale de sa commune depuis 20 ans, chorale axée principalement sur le Gospel. Les répétitions ont lieu une fois par semaine.

Monsieur L., 77 ans, était ouvrier dans l'industrie textile (travail du cuir), et féru de menuiserie. Il a pratiqué le tir à l'arc.

La maladie d'Alzheimer a été diagnostiquée chez monsieur en 2020. Les premiers troubles mnésiques sont apparus en 2017, suite à une cystectomie (dans un contexte de carcinome urothélial*). Monsieur est suivi en neurologie au CHU* d'Angers.

A ce jour :

- Troubles cognitifs : monsieur ne reconnaît plus ses filles en photo, et semble parfois ne pas reconnaître son épouse, d'après elle. L'orientation temporo-spatiale est dégradée, monsieur est apathique. Il y a des épisodes d'agressivité au sujet, principalement, des soins d'hygiène : il ne tolère aucune aide, hormis pour le système de dérivation qui permet l'évacuation des urines et demande une vidange régulière (faite par madame). L'évaluation de son degré de dépendance par la MDA a déterminé un classement GIR 3 le 17 juin 2021. Il bénéficie de l'APA (2h hebdomadaires de ménage). Monsieur passe beaucoup de temps dans son fauteuil, et s'occupe avec des Sudokus.

- Madame surveille l'alimentation de monsieur, et son hygiène. L'intervention de personnel paramédical est, selon elle, inenvisageable devant les réticences de monsieur. Madame trouve ses principales ressources relationnelles auprès de sa famille et de ses ami(e)s de la chorale. Madame a fait reconnaître son statut de proche aidante et a pu bénéficier d'un temps de répit en juin 2021 (séjour de monsieur en EHPAD*).
- Le couple n'a pas d'activité commune.

2.2.2 Objectifs thérapeutiques.

Lors du premier entretien, nous avons informé madame sur le déroulement de sa prise en soin, et lui avons donné le questionnaire GHQ-12, espérant un retour la semaine suivante. Le recueil de données nous a permis de définir les objectifs thérapeutiques principaux (et les objectifs intermédiaires).

- Observations générales lors du recueil de données

Madame L. est accueillante et semble intéressée par le projet art-thérapeutique dont l'a informée l'IDEC de l'association Coordination Autonomie. Elle s'étonne, cependant, que notre prise en soin lui soit proposée : elle pensait que nous nous adresserions principalement à son mari. Nous lui expliquons l'objectif de notre intervention, et précisons que nous pourrions y inclure monsieur, en rallongeant la durée des séances, et en instituant des temps partagés. Nous notons, au cours de ce premier entretien, que madame ne prononce jamais le mot « Alzheimer », et a un discours hésitant dès qu'il s'agit de la maladie. Elle ne se plaint à aucun moment, mais verbalise très explicitement les pénalités inhérentes à la situation. L'avenir l'angoisse beaucoup, et elle se dit tiraillée entre la crainte de ne plus pouvoir gérer le quotidien, et celle de se retrouver seule. Elle regrette de ne jamais pouvoir s'absenter sereinement, et se dit très fatiguée. Elle dit que son mari « ne veut rien faire » et qu'« il dort tout le temps ». Madame est seule lors de ce premier entretien.

- Identité musicale

Madame L. écoute peu de musique, mais aime regarder, en fin de journée, le jeu télévisé consacré à la variété française. Son goût pour le chant est avéré, au vu de son assiduité aux séances de chorale de sa commune. Ses goûts sont en rapport avec l'univers Gospel et la variété française : chants gospel traditionnels, variété française et internationale (F. Pagny, V. Niclo, les Beatles...), et chanson française (dite « à texte ») : Barbara, J. Breil, G. Moustaki.

Nous lui faisons écouter de la musique classique : Nocturne n°3 en si, op.9 n°3 de F. Chopin, et un extrait de la 9^{ème} symphonie de L.W. Beethoven ; elle nous dit aimer les deux styles.

Puis nous lui jouons, à la guitare, une suite d'accords majeurs et une suite d'accords mineurs, sur des rythmes différents : madame choisira la suite d'accords mineurs jouée en aller-retours (méthode de jeu également appelée strumming, ou jeu en rythmique), sur un tempo à 60 bpm.

▪ Objectifs thérapeutiques

D'après le recueil de données et nos observations, trois **objectifs principaux** (et objectifs intermédiaires) se dégagent :

- ⇒ **Accompagnement de madame L. vers l'acceptation de la maladie de son mari** (retrouver des moments de partage à travers une activité commune, renouer avec le plaisir et les émotions partagées, découvrir de nouvelles compétences chez son conjoint, se laisser guider par son conjoint)
- ⇒ **Diminution de l'anxiété** (prendre du temps pour soi, s'ancrer, mettre en récit son ressenti, se libérer à travers le chant)
- ⇒ **Revalorisation de l'estime de soi** (accueillir de nouvelles compétences, se faire confiance, faire des choix, se positionner).

2.2.3 *Déroulement des séances*

	DEROULEMENT	MOYENS MIS EN OEUVRE
1 ^{ère} séance Objectif de séance : <i>Instaurer la musique comme objet de relation</i>	Accueil, temps d'échange verbal. Madame nous fait découvrir son univers Gospel avec l'écoute de deux chansons. Puis nous introduisons les exercices respiratoires (découverte de la respiration diaphragmatique) et la préparation vocale. Nous proposons deux chansons à interpréter, et accompagnons à la guitare. Temps d'échange en fin de séance, auto-évaluation.	<ul style="list-style-type: none"> - Matériel : Guitare, matériel audio. - Chant: Go down, Moses (P. Robeson), When the saints go marching in, Dis, quand reviendras-tu (Barbara), ma liberté (G. Moustaki)
2 ^{ème} séance <i>Explorer sa voix / trouver la tonalité la</i>	Accueil, temps d'échange verbal. Préparation physique avec étirements musculaires et exercices respiratoires et vocaux. Atelier chant, à 2 voix : madame doit trouver seule la tonalité	<ul style="list-style-type: none"> - Matériel : guitare, matériel audio - Chant : vocalises en médium et aigu avec l'arpège de Rossini.

<i>plus confortable</i>	des morceaux correspondant à son confort (le capodastre nous permet de changer la tonalité aisément). Auto-évaluation.	Blowin'in the wind (B. Dylan), Let it be (The Beatles). -
3 ^{ème} séance <i>Lâcher prise / trouver une mélodie à l'oreille</i>	Accueil, temps d'échange verbal. Préparation vocale et relaxation (long temps d'exploration de la respiration diaphragmatique, allongée et debout). Atelier musique : madame doit retrouver à l'oreille une mélodie qu'elle connaît bien, sur le clavier. Puis introduction à l'écriture, à partir des notes identifiées précédemment. Auto-évaluation.	- Matériel : idem, clavier, feuilles et stylo - Musique : (retrouver à l'oreille) Les champs Élysées (J.Dassin) - Exercice d'écriture : trouver des mots contenant les notes de la mélodie (ex : fa-mille)
4 ^{ème} séance <i>Écrire sur soi</i>	Accueil, temps d'échange verbal. Exercices d'échauffement vocaux, relaxation. Atelier chant (accompagné et a capella). Atelier écriture : exercice de mise en mots du ressenti, incluant une notion de temporalité, en lien avec la situation évolutive actuelle. Auto-évaluation.	- Matériel : idem. - Chant : L'enfant au tambour (N. Mouskouri) - Exercice écriture : trouver un mot correspondant à son ressenti, commençant par les lettres de « avant » et de « aujourd'hui » (acrostiche)
5 ^{ème} séance <i>Partager un moment avec son conjoint / retrouver un peu de légèreté</i>	Accueil, temps de partage au cours duquel nous décidons de proposer à monsieur de participer. Il accepte et participe au moment de préparation physique. Madame lui explique les consignes. Puis percussions corporelles sur un rythme soutenu. Monsieur reste pour l'atelier chant : madame demande une chanson qu'il connaît, et il chante le refrain avec elle. Atelier individuel d'écriture. Auto-évaluation.	- Matériel : idem - Chant : Les champs Élysées - Écriture : écrire le couplet de la chanson de votre choix sans relever le stylo. - Musique : La marche turque (Mozart)
6 ^{ème} séance <i>Se laisser guider sur des percussions corporelles / prendre des initiatives / retrouver le rire à deux</i>	Accueil, temps verbal. Temps partagé (1/2h) : exercices de préparation, relaxation. Percussions corporelles : à tour de rôle, monsieur et madame doivent guider l'autre en montrant le geste percussif à effectuer. Atelier chant à deux voix. Temps individuel (45 minutes) : chant sur un tempo ralenti par rapport à la chanson originale. Atelier écriture. Auto-évaluation	- Matériel : idem - Musique : La marche turque - Chant : L'auvergnat et Je me suis fait tout petit (G. Brassens). - Exercice d'écriture : écrire les yeux fermés (raconter la séance d'aujourd'hui)
7 ^{ème} séance	Accueil, temps verbal. Temps partagé raccourci, monsieur est fatigué et préfère retourner dans son fauteuil.	- Matériel : idem - Chant : arpège de Rossini et agilité de la voix. Les

<i>Explorer sa voix / s'exprimer en chantant</i>	Exercices de préparation et relaxation, chant à 2 voix. Temps individuel : Approfondissement des exercices vocaux. Chant accompagné et a capella. Atelier écriture. Auto-évaluation.	Champs Elysées, Gospel, S'il suffisait d'aimer (C. Dion) - Exercice d'écriture : écrire une lettre à la personne de son choix en terminant chaque fin de phrase par un mot en « é » ou « è ».
8 ^{ème} <i>Se laisser guider / Fabriquer une mélodie</i>	Accueil, temps d'échange. Temps partagé : préparation physique et relaxation. Vocalises : monsieur joue des notes (gamme de do, puis notes aléatoires) et madame doit les chanter. Temps individuel : improvisation vocale guidée par un enchaînement d'accords. Atelier chant à 2 voix. Auto-évaluation.	- Matériel : idem - Musique/chant : Gamme de do majeur et de sol majeur. - Chant : The rose (B. Midler), One moment in time (W. Houston).
9 ^{ème} séance <i>S'inscrire dans un projet artistique à deux / envisager des choses positives pour soi</i>	Accueil et temps verbal. Temps partagé : préparation physique et relaxation. Atelier chant : madame chante et monsieur fait un accompagnement rythmique (nous accompagnons toujours à la guitare). Temps individuel : atelier écriture. Auto-évaluation.	- Matériel : idem et tambourin - Chant : Pour une amourette (L. Escudero), Siffler sur la colline (J. Dassin) - Exercice d'écriture : écrire quatre phrases commençant par « J'aimerais... » et se terminant par « aujourd'hui » ou « demain »
10 ^{ème} séance <i>Partager un moment de plaisir avec son conjoint / se reconnaître des qualités.</i>	Accueil et temps verbal. Temps partagé (45 minutes). Exercices respiratoires, étirements musculaires, échauffement vocal. Percussions corporelles, guidées par madame puis par monsieur. Atelier chant : deux voix. Temps individuel (1/2h) : atelier écriture. Auto-évaluation et distribution du questionnaire GHB-12.	- Matériel : idem - Musique : Ball & chain (X. Rudd), La marche turque. - Chant : Pour une amourette, Les champs Élysées, L'auvergnat, Armstrong (C. Nougaro) - Atelier écriture : Donner des adjectifs positifs vous qualifiant commençant par les lettres de votre prénom.

Nous avons présenté ici le déroulement pragmatique des séances ; l'analyse de nos grilles d'observation et des auto-évaluations, ainsi que de nos observations cliniques, sera présentée en troisième partie de la présente recherche.

TROISIÈME PARTIE : RESULTATS ET ANALYSE

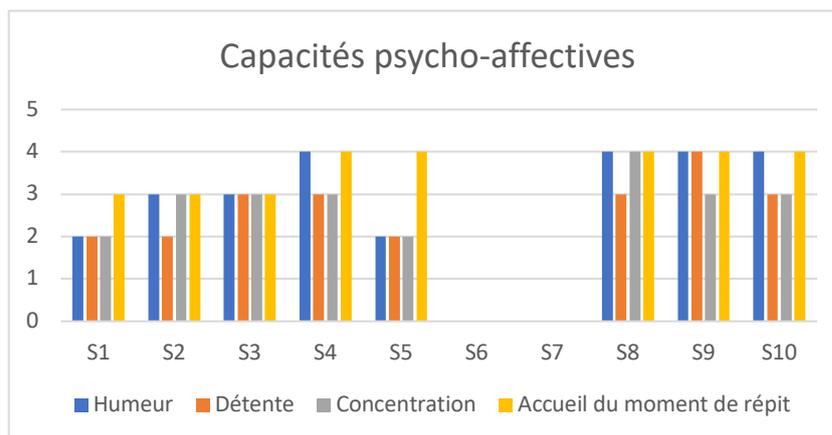
1 Résultats pour madame R.

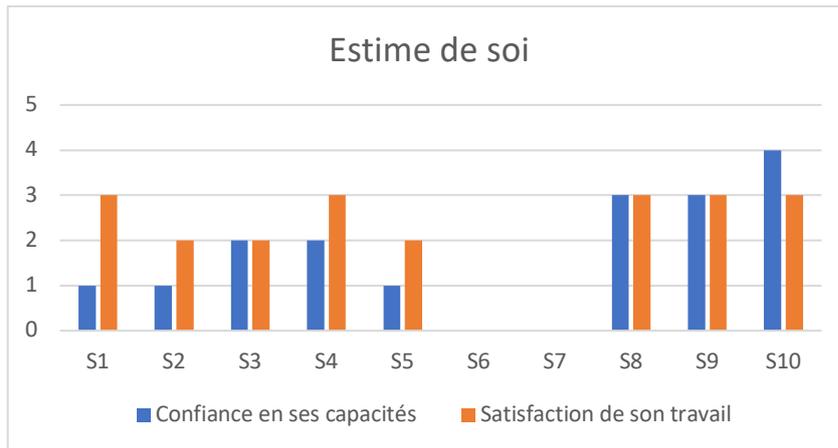
Rappelons que madame a été absente les 6^{ème} et 7^{ème} séances. Monsieur a commencé à participer de façon informelle et ponctuellement les 3^{ème} et 4^{ème} séances, et il a été inclus dans le projet à partir de la 8^{ème} séance (temps partagé).

1.1 Analyse des données du General Health Questionnaire-12.

En ouverture de la prise en soin art-thérapeutique, le score de madame R. au GHQ-12 était de 33. En sortie, le score est de 42. Nous pouvons donc constater une nette amélioration de la dimension subjective du bien-être chez madame R., après une intervention art-thérapeutique de 8 séances. Les 12 réponses concordent dans ce sens. L'écart le plus significatif se situe sur l'item « perte de la confiance en soi » (avec un score de 2 en entrée, soit « plus que d'habitude », et 4 en sortie, soit « moins que d'habitude »). L'item « utilité dans la vie » est resté le même, à 4 (« plus utile que d'habitude »).

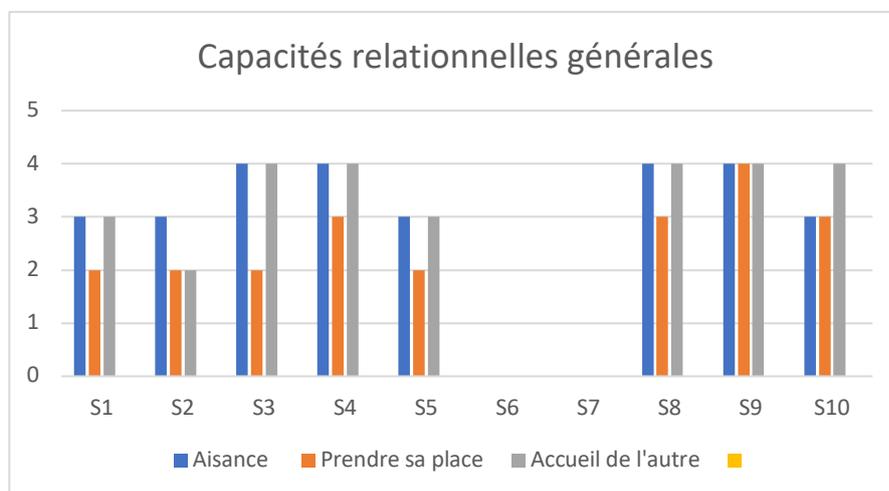
1.2 Résultats pour le versant psychique

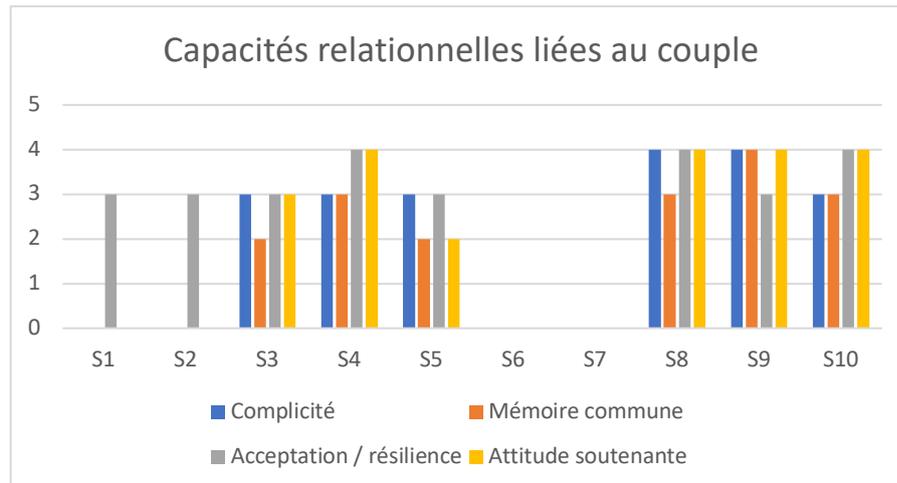




Nous pouvons constater que la tendance générale, sur un versant psychique, est à l'amélioration. L'impact de l'art-thérapie apparaît très clairement favoriser l'enthousiasme de madame R., l'acceptation du moment de répit et la confiance en ses capacités. L'évaluation de la concentration et de la satisfaction de son travail ne montrent pas d'amélioration majeure.

1.3 Résultat pour le versant relationnel

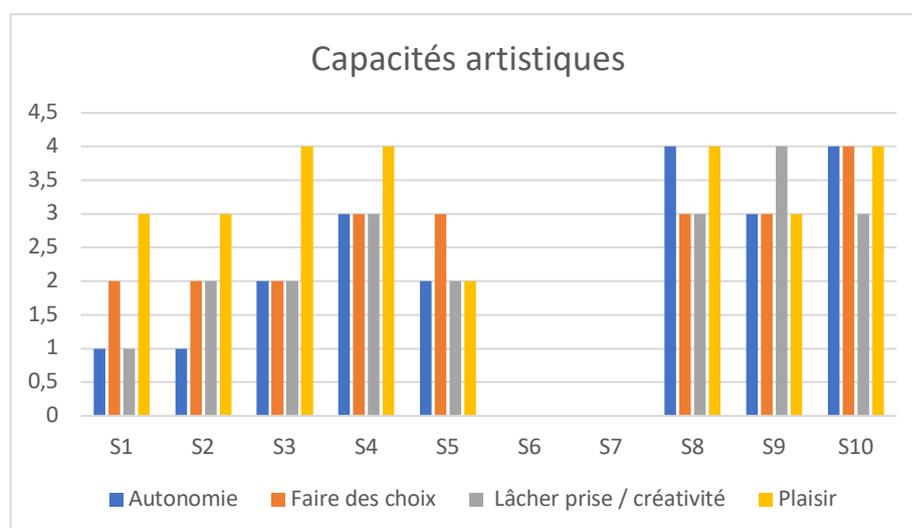




Concernant les capacités relationnelles générales, madame R. s'est montrée constante sur la durée de l'étude ; nous noterons cependant une amélioration sur l'item : prendre sa place. En effet, madame, initialement, chantait en murmurant par exemple : au fil des séances, elle a pu se positionner sur un plan sonore, et accepter d'être « entendue ». De même, lors des préparations physiques et respiratoires, nous avons pu constater que les gestes de madame étaient plus amples, plus assumés : elle a pu se positionner sur un plan physique.

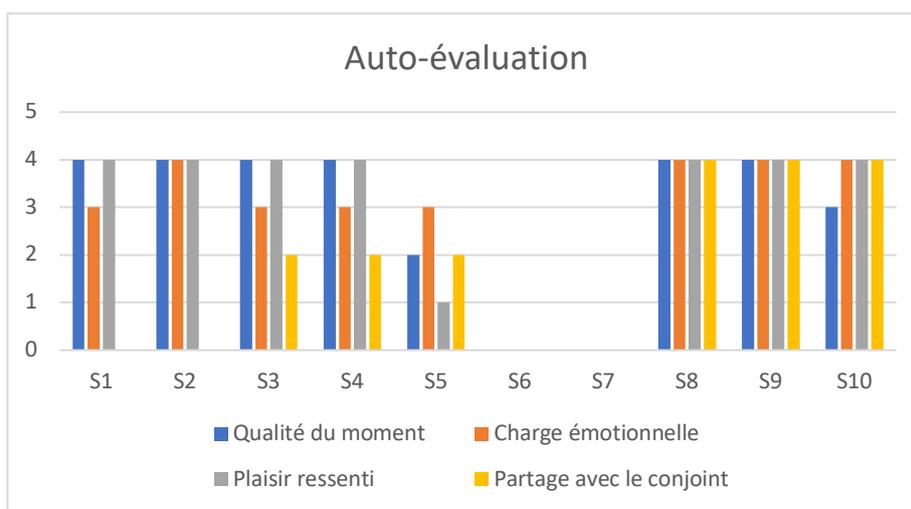
L'évaluation des capacités relationnelles liées au couple nous montrent que le support art-thérapeutique impacte favorablement la symbolisation émotionnelle de la maladie et l'attitude soutenante (dans la pratique artistique et sur les quelques séances partagées).

1.4 Résultats pour le versant artistique



L'évolution de l'ensemble « capacités artistiques » va également vers l'amélioration : l'impact positif des séances d'art-thérapie se retrouve dans chaque faisceau d'items évalué. Le « lâcher prise » et l'« autonomie » semblent être les plus impactés et le « plaisir » semble être le plus constant.

1.5 Résultat des auto-évaluations



Le bilan des auto-évaluations s'accorde avec nos précédentes observations, et précise que les séances d'art-thérapie ont encouragé le partage entre conjoints, et ont permis à madame d'accueillir une charge émotionnelle importante. La patiente témoigne ici de son adhésion au projet art-thérapeutique qui lui a été proposé.

2 Résultats pour madame L.

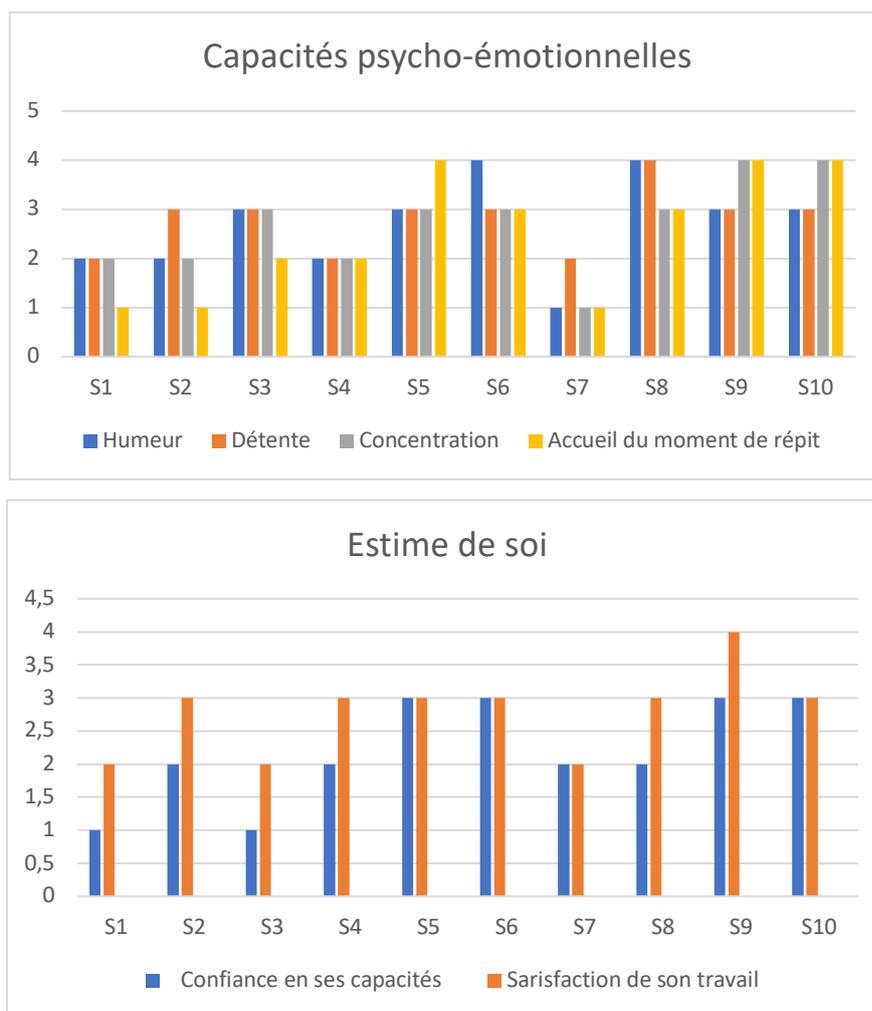
Nous rappelons que madame L. a pu suivre l'intégralité des séances, que monsieur a été inclus au projet à partir de la cinquième séance, et qu'il n'a pas souhaité participer à l'intégralité du temps partagé lors de la septième séance.

2.1 Analyse des données du General Health Questionnaire-12

En entrée de prise en soin, le GHQ-12 pour madame L. donne un score de 30. En sortie, un score de 37. Une amélioration du bien-être est donc ressenti par madame. Les items « vous êtes-

vous considérée comme quelqu'un qui ne valait rien » et « avez-vous été capable de vous concentrer sur ce que vous faites » présentent l'écart le plus important (2 en entrée, 4 en sortie). Les autres réponses sont soit variables d'un point en faveur de l'amélioration, soit inchangées.

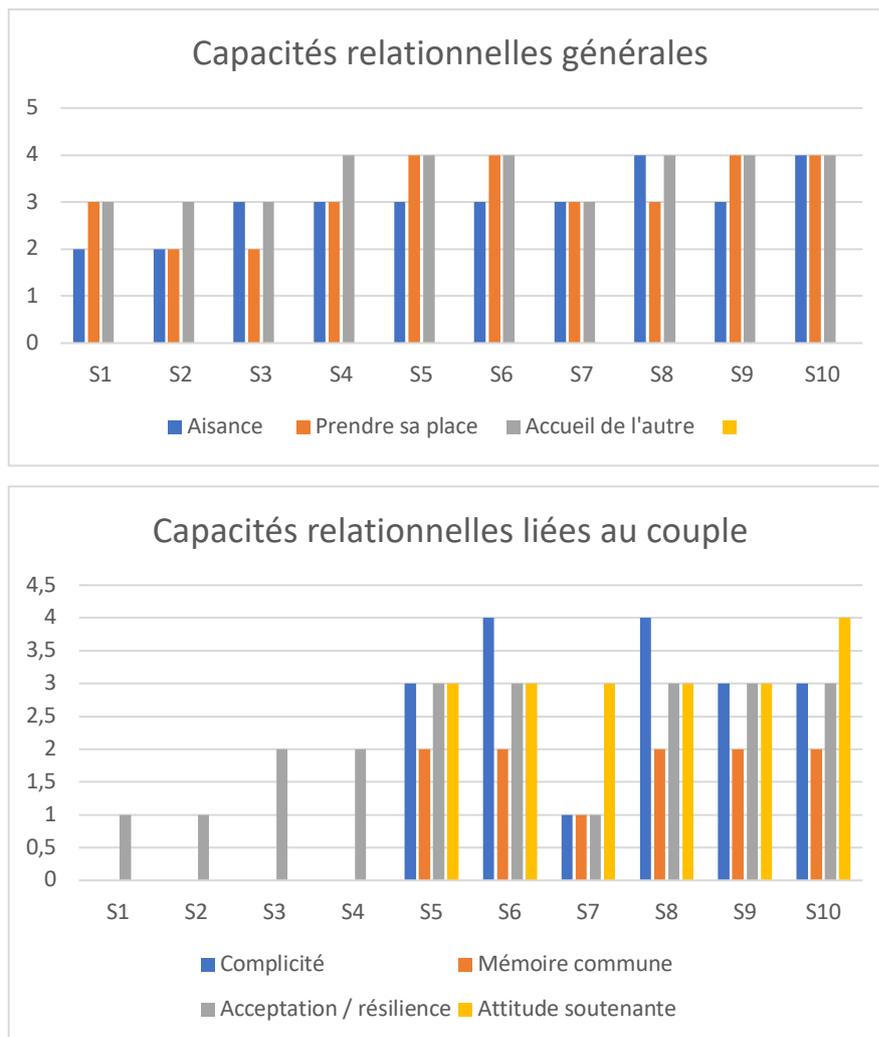
2.2 Résultats pour le versant psychique



Nous pouvons constater ici que la tendance générale est également à l'amélioration pour les capacités psycho-émotionnelles pour l'estime de soi, avec un impact moins franc pour la « satisfaction de son travail » et plus conséquent sur la « confiance en ses capacités » (par rapport à la tendance générale) et l'« accueil du moment de répit ».

Notons, cependant, que la septième séance traduit de la tristesse, une baisse de la concentration et une culpabilité verbalisée (au sujet du moment de répit) : la condition de monsieur (fatigue et baisse de moral) vient influencer celle de madame.

2.3 Résultats pour le versant relationnel

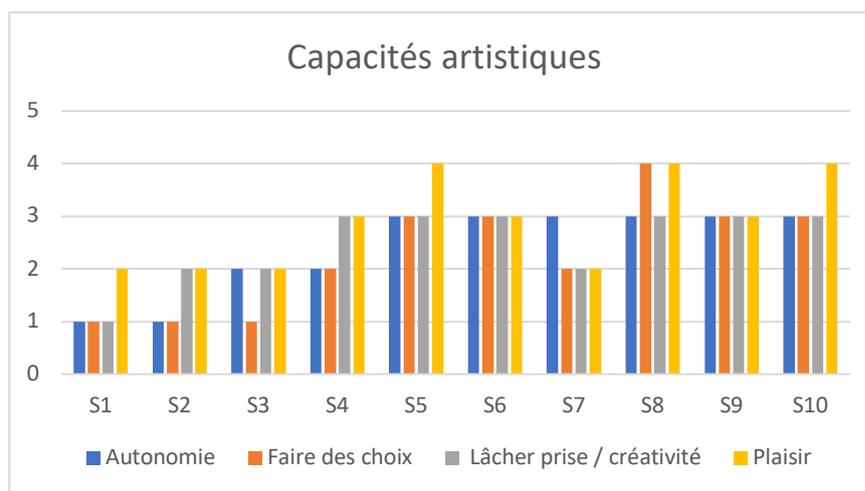


Les capacités relationnelles suivent également une évolution positive. Notons à nouveau l'exception de la septième séance : les items « acceptation », « mémoire commune » et « complicité » sont cotés 1, soit au plus bas de l'échelle de cotation. En revanche, l'item « attitude soutenante » reste stable. Donc, malgré un contexte délétère, madame continue à soutenir monsieur dans le processus créatif : l'attitude soutenante est, ici, maintenue dans et par le contexte art-thérapeutique.

Notons, de plus, que la mémoire commune n'a jamais été évoquée par monsieur, et que, quand madame s'y réfère, c'est de façon anecdotique.

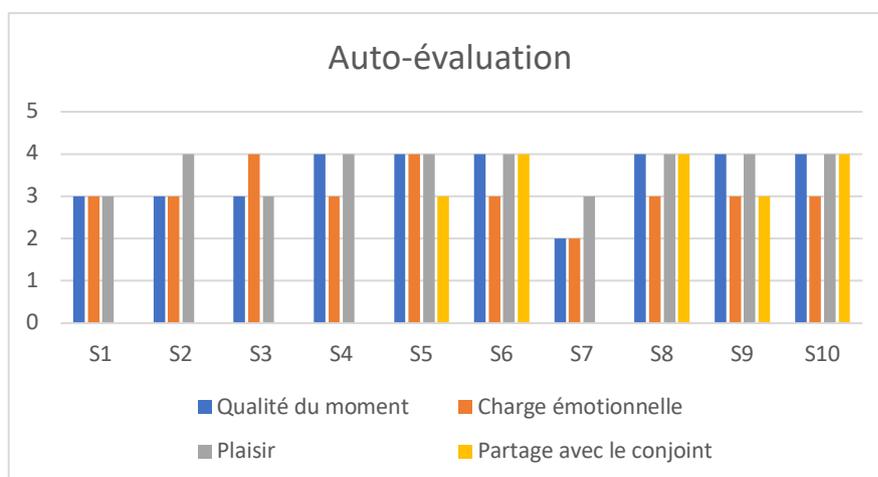
Enfin, l'intérêt de l'art-thérapie, d'après nos évaluations, réside ici très majoritairement dans l'item « acceptation / résilience » (représentation émotionnelle de la maladie)

2.4 Résultats pour le versant artistique



L'évaluation des capacités artistiques traduit une évolution positive générale. Se dégagent les items « plaisir » et faire des choix. La séance 7 vient à nouveau inverser la dynamique, mais de façon ponctuelle. Le projet art-thérapeutique de madame L. améliore nettement, dans ce cadre, son autonomie et sa capacité à lâcher prise.

2.5 Auto-évaluations



Le bilan des auto-évaluations de madame L. nous montre deux pics de charge émotionnelle, au cours des 3^{ème} et 5^{ème} séances. Lors de la troisième séance, madame a utilisé le clavier pour retrouver une mélodie ; il se trouve que sa fille joue du piano, et que madame est très admirative de cela. Elle a été particulièrement émue lors de la manipulation de l'instrument (occasion qu'elle n'avait visiblement jamais eu ou osé saisir). La cinquième séance correspond à l'entrée de monsieur dans le projet, et donc aux premiers partages du couple autour de la création artistique. Nous pouvons noter que les items « partage » et « plaisir » se suivent dans leur évolution et dans leur constance.

Nous pouvons conclure à l'adhésion de madame, au vu de ses auto-évaluations.

3 Bilan global des évaluations.

Les situations respectives de mesdames R. et L. se rejoignent sur de nombreux plans. S'ensuivent des problématiques et des objectifs de prise en charge communs (Revalorisation de l'estime de soi et Diminution de l'anxiété). Les recueils de données lors de l'entretien initial, ainsi que nos observations, nous ont permis de déterminer des objectifs différents (accompagner madame L. vers l'acceptation de la maladie de son conjoint, et Lutter contre l'épuisement pour madame R.). Nos séances d'art-thérapie ont été construites autour de ces objectifs principaux, grâce à des objectifs intermédiaires, servis par des objectifs de séance.

Les résultats obtenus sont en corrélation avec les résultats du GHQ-12, ainsi qu'avec les auto-évaluations des patientes et nous permettent d'affirmer que l'intervention art-thérapeutique auprès de ces deux proches aidantes d'un conjoint atteint de la maladie d'Alzheimer, leur a permis d'accepter de prendre du temps pour elles, de découvrir de nouvelles compétences, de retrouver du plaisir, pour elles-mêmes et avec leur conjoint, de retrouver des moments de partage (autour de la création), d'en référer à la mémoire commune (pour madame R.), de diminuer l'anxiété (au moins le temps des séances), et de faire un pas vers l'acceptation et la résilience.

1 Limites de l'étude.

1.1 Objectivité / subjectivité.

1.1.1 *De l'hypothèse de travail*

Nous avons défini notre hypothèse de travail en nous référant à une approche empirique : l'intérêt de la musique et de l'écriture dans le maintien ou la restauration du bien-être est pour nous une conviction. Si notre étude est construite sous forme de démonstration, il est très probable que notre subjectivité ait interféré dans son élaboration. Cependant, le contexte de l'aidance et de la maladie d'Alzheimer nous a permis de vérifier ladite conviction, dans un cadre objectif et professionnel. Les diverses références scientifiques auxquelles nous avons fait appel viennent étayer notre argumentation. Donc, s'il y a subjectivité dans le choix du sujet et dans l'hypothèse de travail, l'objectivité de la méthodologie vient soutenir celle de nos conclusions.

1.1.2 *Du choix des patients*

Nous avons pu noter que tous les patients intéressés par notre projet avaient déjà un lien particulier avec la musique. Une affinité avec le médium utilisé dans le projet art-thérapeutique est une ressource à exploiter, au service des objectifs de prise en soin. Mais cela peut aussi limiter le champ d'action art-thérapeutique, si l'affinité artistique du patient potentiel ne correspond pas à celle avec de l'art-thérapeute. Cela souligne l'importance de proposer plusieurs médiums. Dans notre étude, l'écriture a permis notamment à nos patientes de découvrir de nouvelles compétences, et de valoriser ainsi leur estime de soi. De même, la mise en récit a eu une importance capitale dans l'étayage des canaux de communication ouverts préalablement par l'objet de relation musique.

1.1.3 *Des résultats*

Les grilles scientifiques utilisées comme base pour la conception de nos échelles d'évaluation ont permis une référence validée à l'analyse des données. Cependant, le recueil de ces données

a été soumis à notre propre subjectivité. De plus, concernant les auto-évaluations, le lien créé avec les patientes, et la qualité de l'alliance thérapeutique, est venu obligatoirement interférer dans leurs réponses. La qualité du lien contribue à celle de la prise en soin, mais n'est pas suffisante pour en assurer toute l'efficacité. Nous devons donc modérer nos conclusions quant aux auto-évaluations.

1.2 Limites organisationnelles

1.2.1 *Temporalité et échantillonnage*

Notre étude s'est déroulée sur 10 semaines, soit 10 séances pour madame L. et 8 pour madame R. L'art-thérapie appartient aux thérapies dites brèves, contrairement par exemple, aux thérapies longues qui s'étendent sur plusieurs années (exemple de la cure psychanalytique). Généralement, une dizaine de séances est considérée comme une moyenne raisonnable pour la prise en charge d'une problématique donnée. En ce sens, l'art-thérapie va, en quelques séances, ouvrir des voies d'amélioration. L'estime de soi, le bien-être et l'anxiété sont des concepts ponctuellement améliorables, mais le travail de fond reste à faire (peut-être par la voie art-thérapeutique, sur une durée beaucoup plus longue ?). Ce constat nous invite à relativiser nos conclusions : l'art-thérapie nous a permis d'atteindre les objectifs thérapeutiques prédéfinis, mais de façon ponctuelle. De même, l'échantillonnage (comportant seulement deux sujets) ne semble pas permettre la généralisation des résultats, mais donne une hypothèse favorable et encourageante à la tendance de notre impact. Il serait intéressant de s'interroger sur la pérennité de nos résultats, et sur l'intérêt de l'art-thérapie dans un suivi plus long.

1.2.2 *Contraintes situationnelles*

Une des problématiques organisationnelles majeures du proche aidant d'un patient atteint de la maladie d'Alzheimer est de devoir assurer une présence permanente. Les visites ont eu lieu à domicile : monsieur R. n'était présent au domicile que lors des temps partagés, alors que monsieur L. était toujours présent. Nous avons pu nous isoler avec madame, et poser notre cadre de pratique puisque leur habitation le permettait, mais nous devons cependant prendre en compte cet élément pour tempérer à nouveau nos conclusions. La proximité de monsieur L. a probablement interféré dans la disponibilité psychique de madame. Même si celui-ci était dans

son fauteuil, calme, et n'est jamais venu interrompre une séance, nous sommes obligées de souligner ce point.

De plus, cette contrainte ne nous a pas permis de proposer un travail en groupe, ce qui nous aurait semblé très intéressant, au vu des problématiques de chacune. Partager son fardeau, échanger, avoir un moment de répit, renforcer le lien social grâce aux avantages du dispositif groupal aurait été très cohérent avec notre action. Si cela n'a pas été possible au cours de ces 10 séances, nous avons tout de même informé l'association Coordination Autonomie de la pertinence du travail de groupe dans le processus art-thérapeutique, notamment pour les proches aidants dans un contexte de maladie d'Alzheimer. L'association nous a alors associées à un projet (Ateliers mensuels d'art-thérapie, groupes de 6 personnes) pour l'automne 2022, en réponse à un appel à projets lancé par le département du Maine-et-Loire en janvier 2022 pour le soutien aux aidants.

2 De l'intention thérapeutique au maintien à domicile, réponse de l'art-thérapie : bénéfices de l'étude.

2.1 L'art thérapeute : de soutenant à soignant.

Les bénéfices de la présente étude se trouvent, en premier lieu, dans ce que nous avons pu apporter à nos patientes, dans un contexte humain et professionnel.

D'autre part, nous avons vu en première partie de ce travail que la prise en soin fait appel à trois éléments : le thérapeute, le patient, et l'objet de relation. Nous avons, lors de notre stage, pu poser les contours pratiques de notre prochaine posture thérapeutique, et vérifier l'adéquation de nos propres projections anticipées quant à la fonction d'art-thérapeute avec la réalité du terrain. Notre première fonction d'infirmière nous a confrontées au milieu soignant, hospitalier principalement, et nous a conditionnées à l'équation : geste thérapeutique = efficacité objectivable. Notre propre problématique, à l'abord du diplôme universitaire d'art-thérapie, était principalement de comprendre et de vérifier comment la matière artistique, quelle qu'elle soit, pouvait devenir un objet de « traitement » (au sens de traitement médical). Notre expérience personnelle nous avait déjà démontré que la musique et l'écriture sont de véritables ressources, et des outils extraordinaires dans l'élaboration de la résilience. Les bienfaits de ces médiums étaient pour nous intrinsèques, et donnaient à l'art-thérapeute toute sa légitimité dans son rôle de soutien à la personne. Ces deux années de formation, ainsi que la mise en pratique

de nos acquisitions lors de ce stage, nous ont permis de nous interroger sur la notion de lien thérapeutique. En effet, le lien, qui conduit à l'alliance, ne se résume pas à un rôle de médiation dans la relation : l'art-thérapeute conduit un plan de traitement, élaboré à partir d'objectifs thérapeutiques et en évalue les résultats. Nous considérons que ce constat nous permet, aujourd'hui, d'intégrer la fonction d'art-thérapeute dans le champ relatif à la fonction des professionnels de santé, les soignants : l'art-thérapeute est un « soignant à part entière⁴⁵ ». L'**intention** de prendre en soin, le prisme d'une **technique artistique**, et la **méthode** en pratique viennent définir le **métier d'art-thérapeute**, et ainsi répondre à notre problématique initiale : oui, la musique, l'écriture, et tous les supports artistiques sont des traitements qui soutiennent ou restaurent l'état de bien-être, et oui, l'art-thérapeute est un soignant à part entière. Il serait intéressant ici de questionner le rapport entre bien-être et bonne santé, et d'oser l'hypothèse : l'art-thérapie, au-delà d'une influence positive sur le bien-être, pourrait-elle contribuer à un état général de bonne santé ?

2.2 De l'aidant à l'aidé : le bien-être du proche aidant, condition au maintien à domicile du patient aidé.

« Le sort de chacun de ceux que j'aime me tourmente plus gravement qu'une maladie installée en moi. Je me découvre menacé dans mon essence par leur fragilité⁴⁶. »

Antoine de SAINT EXUPERY

Nous avons limité notre recherche aux proches aidants de patients atteints de la maladie d'Alzheimer, et les résultats de notre étude pratique s'accordent pleinement à nos attentes préalables. La première partie du présent travail, en théorie, est venue poser les bases du rapport proche aidant / art-thérapie, et tend vers une réponse globale très largement favorable à la question de l'efficacité potentielle de notre discipline dans le soutien de l'aidant. L'aidant est « un patient dans l'ombre⁴⁷ », mais est aussi un facteur humain essentiel pour le maintien à domicile de l'aidé. Nous comprenons que l'enjeu ici, se trouve dans le bien-être de l'aidant,

⁴⁵ BAJON Leila, *Intérêt de l'art-thérapie, par la technique des arts plastiques, dans la revalorisation narcissique et la diminution de l'anxiété, chez des enfants présentant des troubles psychiques*, Université de Poitiers, 2020, version numérique.

⁴⁶ DE SAINT EXUPERY Antoine, *Lettre à un otage*, Gallimard, Paris, 1944, p.28.

⁴⁷ CANY Sylvie, *Une expérience d'application de l'art-thérapie par les arts plastiques, auprès d'un service de soins infirmiers à domicile pour accompagner l'épuisement des aidants familiaux de personnes âgées dépendantes*, Université de Poitiers, 2017.

bien-être qui pourrait même se définir comme une condition au maintien à domicile du patient. L'art-thérapie œuvre dans ce sens, et nous pouvons, au terme de ce travail de recherche, affirmer que l'art-thérapie œuvre ainsi pour le maintien à domicile de la personne aidée en situation de fragilité. Cette affirmation nous amène à élargir notre réflexion, à partir d'une approche théorique (première partie) et d'une approche empirique (patients isolés pris en soin lors de notre stage) et nous conduit au paragraphe suivant :

2.3 L'art-thérapie et le patient isolé en situation de fragilité

Notre discipline, en soignant les maux de l'aidant (dans les limites de notre champ de compétences) favorise le maintien à domicile. Notre cadre théorique a mis en exergue les bienfaits de la musique et de l'écriture, et nous nous permettrons ici de supposer que l'efficacité de l'art-thérapie dans le maintien peut se vérifier directement, sans condition d'aidance. En effet, en **accompagnant l'aidant, nous accompagnons le patient aidé**. Mais toutes les qualités de l'art-thérapie, son impact positif sur l'état de bien-être, ne pourraient-elles pas être directement au service de la personne isolée, et favoriser ainsi les capacités nécessaires au maintien à domicile ? Les problématiques sanitaires et psycho-sociales mises en jeu dans le maintien à domicile sont trop nombreuses et variées pour en traiter ici, mais si l'on s'en tient à notre cadre de travail, à nos objectifs, et à nos conclusions, il semblerait que l'art-thérapie offre un panel de solutions soutenant aux problématiques associées au maintien à domicile. Le syndrome de glissement*, l'anxiété majorée par l'isolement, la dégradation du lien social, la baisse de l'estime de soi dans une situation sanitaire délétère ne sont que des exemples qui pourraient, semble-t-il, trouver des réponses art-thérapeutiques adaptées et efficaces.

Ainsi, la présente étude nous a permis d'**étayer notre conception du métier d'art-thérapeute (de soutenant à soignant)**, de démontrer l'intérêt de **l'art thérapie dans le soutien de la posture aidante**, et donc dans **le maintien à domicile du patient aidé, atteint de la maladie d'Alzheimer**. Nous avons, de plus, abordé succinctement le cas de **la personne en situation de fragilité isolée**, cas pour lequel nos résultats d'étude et notre approche empirique **encouragent l'utilisation de notre discipline**. Notre recherche nous a aussi permis une **chose essentielle : faire connaître l'art-thérapie dans un paysage associatif et sanitaire local**. Ce point fera l'objet du prochain et dernier chapitre.

3 L'art-thérapie en France : perspectives et enjeux.

3.1 Situation actuelle.

3.1.1 *Absence de cadre formel.*

Actuellement en France, l'art-thérapie n'a aucun cadre législatif propre, mais est référencée par l'ONISEP*⁴⁸, et dans les fiches métiers des services de Pôle emploi, sous la dénomination commune « Psychologie » (ROME* : K1104)⁴⁹, qui rassemblent tous les métiers en lien direct avec le soin psychique. C'est encourageant... mais insuffisant pour prétendre à une reconnaissance de la discipline. A ce jour, aucun pré requis ou formation préalable pour exercer comme art-thérapeute n'est nécessaire, et cela dessert fortement la légitimité de notre future profession. S'ensuivent des conséquences économiques délétères pour son développement : le remboursement par les complémentaires santé est à l'état d'utopie et les appréhensions des professionnels de santé à notre égard est justifiée par l'absence de cadre formel.

3.1.2 *En pratique*

- **Le Syndicat Français des Art-Thérapeutes** (SFAT,* fédération jusqu'en 2020) propose un cadre syndical aux professionnels, définit les missions de l'art-thérapeute selon un cadre de référence, et œuvre pour la reconnaissance professionnelle, dans une démarche collective et représentative⁵⁰.
- **La formation** : Diplômes universitaires (Paris, Poitiers, Nantes, Tours, Grenoble, Toulouse) et formations référencées au RNCP* (Inecat par exemple) ne permettent pas une reconnaissance officielle de la profession (ce qui serait le cas avec un Diplôme d'État). Notons pour exemple que l'art-thérapie est officiellement reconnue en Suisse depuis 2011 (diplôme fédéral de niveau tertiaire (enseignement supérieur)).
- **Dans le paysage institutionnel**, l'art-thérapie se développe depuis une vingtaine d'années. Nous citerons en exemple le centre hospitalier de Saumur (environ 28 000 habitants) dans le Maine-et-Loire, qui compte deux art-thérapeutes à temps plein.

⁴⁸ <https://m.onisep.fr>, consulté le 27 février 2022

⁴⁹ www.pole-emploi.fr, consulté le 27 février 2022.

⁵⁰ <https://syndicat-arts-therapeutes.com>, consulté le 27 décembre 2022

3.1.3 Dans le conscient collectif

La pratique art-thérapeutique est méconnue, mais son développement au niveau institutionnel, les actions fédératrices et représentatives du SFAT, ainsi que les actions locales des acteurs investis (associatifs par exemple) construisent un élan général qui nous permet de penser que cette méconnaissance cèdera la place à la connaissance commune de notre discipline.

A l'heure du développement personnel (très prisé dans le monde numérique) et des pratiques de médecine douce et/ou parallèle, à l'heure où chacun peut s'autoproclamer thérapeute, le conscient collectif en matière de médecine alternative ou de moyens novateurs est divisé, entre ceux qui adhèrent et ceux qui réfutent. L'art-thérapie peut trouver sa légitimité auprès de ces premiers, mais les autres restent à convaincre : une reconnaissance officielle serait la meilleure garante de la pertinence de notre discipline dans ses domaines cibles.

3.2 L'art-thérapie : enjeux d'intérêt général.

Les résultats de notre étude tendent vers une réponse favorable à la question de l'intérêt général, dans le vaste sujet du maintien à domicile (politique de santé et enjeu sociétal). Mais nous pouvons élargir notre discussion, en explorant **la base** : l'art et le système **éducatif** français, et **la finalité** : intégration systémique de l'art-thérapie dans le domaine **sanitaire et social**.

3.2.1 *Place et intérêt de l'art dans le système éducatif.*

L'éducation artistique et culturelle, indispensable à la démocratisation culturelle et à l'égalité des chances, fait partie des missions du système éducatif français⁵¹. Haut conseil de l'éducation artistique et culturelle (créé en 2005), charte, objectifs, parcours d'éducation garantissent à nos enfants un accès direct à l'art. Un pass Culture, utilisable depuis janvier 2022 facilite cet accès aux jeunes de 15 à 17 ans (biens et services). Un « plan chorale », présenté par les ministères de l'éducation et de la Culture vient enrichir la pratique musicale à l'école. Nous avons ici un échantillon représentatif de la politique nationale en matière de sensibilisation artistique : ce constat vient illustrer tout le **potentiel « bienfaisant » de l'art** (souligné dans notre première partie pour la musique, l'écriture et le chant), utilisé et revendiqué par nos institutions

⁵¹, *L'éducation artistique et culturelle*, Site du ministère de l'Éducation Nationale, de la Jeunesse et des Sports, www.education.gouv.fr, consulté le 27 février 2022.

éducatives. Quel pourrait-être, sur le même modèle, le **potentiel sanitaire de la création artistique** dans le domaine de la santé publique ?

3.2.2 Place et intérêt de l'art-thérapie dans le système sanitaire et social : perspectives.

3.2.2.1 A l'échelle locale (approche empirique)

Notre étude nous a permis de faire connaître l'art-thérapie et ses effets positifs sur le bien-être du patient : notre projet fut très bien accueilli par l'association Coordination Autonomie, les résultats obtenus et notre collaboration avec ses professionnels ont permis l'inclusion de la matière art-thérapeutique dans ses ressources soutenantes. Au-delà de ces ressources ponctuelles, l'art-thérapie est devenue un **projet de l'association** : comme nous l'avons énoncé précédemment, nous sommes associées à un appel à projet du département du Maine et Loire pour le soutien aux aidants, auquel madame Marteau, directrice, a souhaité répondre par une proposition d'ateliers d'art-thérapie : nous avons appris, le 7 mars 2022, que notre projet est retenu par le conseil départemental du Maine-et-Loire, et pourra donc être mis en place à l'automne 2022.

De plus, madame Marteau a informé le Comité des aidants du saumurois (soutenu par l'UDAF*) de notre action et de nos résultats encourageants.

L'art-thérapie est méconnue (en dehors des endroits dédiés au soin psychique), ce qui peut engendrer des frilosités. Mais la faire connaître, et démontrer (de façon empirique dans un premier temps) son efficacité permet de légitimer son inclusion dans le parcours de soins du patient.

3.2.2.2 A l'échelle nationale.

Les indications de l'art-thérapie sont multiples, et répondent aux problématiques des sphères physique, psychique et socio-relationnelle. L'art-thérapie soutient le maintien à domicile, et rentre donc dans les lignes de notre politique de santé, tournée vers l'économie.

L'assurance maladie rapporte qu'en 2018, les dépenses de santé atteignent 141 milliards d'euros. Les maladies psychiatriques ou psychotropes : 20,6 Mds (dont troubles névrotiques et de l'humeur 5,5 Mds, les traitements antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur : 2,5 Mds,

traitements anxiolytiques : 2,2 Mds) les maladies neurologiques ou dégénératives : 6, 5 Mds, traitements antalgiques : 1,4 Md ⁵². Ces exemples ont bien sûr été choisis en fonction des indications majeures que nous connaissons à l'art-thérapie.

Ces chiffres nous montrent (à nouveau) que notre discipline a toute sa place dans le parcours de soins, et qu'elle peut notamment entrer dans le cadre de la prévention : le vieillissement de la population pourrait favoriser la surcharge des institutions (conséquences économiques), à l'instar de l'augmentation des troubles psychopathologiques, et de toutes les pathologies citées en exemple ci-dessus. L'art-thérapie ne guérit pas (sauf exception), mais peut permettre de prévenir la dégradation d'un état de santé ou d'une situation (exemple du maintien à domicile). Ses perspectives pourraient trouver leurs contours dans le paysage sanitaire et social français : L'art est devenu un acteur reconnu du système éducatif, l'art-thérapie pourrait-elle devenir une actrice reconnue du système de santé ?

⁵² Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au parlement, sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie, *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance Maladie pour 2021*. www.assurance-maladie.ameli.fr .

CONCLUSION

Notre hypothèse de travail a trouvé une réponse dans la présente étude : l'art-thérapie, par l'utilisation de la musique et de l'écriture, est une réponse efficace et quantifiable aux problématiques du proche aidant conjoint d'un patient atteint de la maladie d'Alzheimer. En effet, l'utilisation de media artistiques va aider à soutenir la posture du proche aidant : la restauration du lien à soi et au conjoint, l'accompagnement vers la résilience, la reconquête de l'estime de soi, l'acceptation du moment de répit sans culpabilité et la gestion de l'anxiété notamment, sont étayés par le processus créatif. Ces impacts positifs font de l'art-thérapie une véritable ressource dans l'accompagnement au maintien à domicile : l'aidant en est un acteur essentiel, et la pertinence de l'action art-thérapeutique face à ses problématiques vient donc renforcer directement le réseau favorisant ce projet.

Au-delà de cette hypothèse de départ, nous avons pu répondre à nos propres interrogations concernant l'identité professionnelle de l'art-thérapeute : nous pouvons désormais l'intégrer, en toute légitimité, dans la famille des soignants. De l'intention à la posture, des objectifs thérapeutiques aux évaluations objectivées, l'art-thérapeute est acteur de soin.

Quant à nos media, la musique et l'écriture, nos compagnons de route, nos meilleures alliées pour cette recherche, ils viendront désormais assister nos futures fonctions de professionnelle de santé. D'autres techniques artistiques seront à développer, au service de nos objectifs thérapeutiques, et globalement, au service du bien-être de nos patients.

Nous pouvons aujourd'hui reprendre la phrase de *MOLIÈRE* (*L'Amour Médecin*, 1665), et la remanier : « *Je ne sais pas si cela se peut, mais je sais bien que cela est.* » devient, en conclusion du présent mémoire et de ces deux années de diplôme universitaire : *Je sais que cela se peut, et je sais bien que cela est...*

BIBLIOGRAPHIE

AMYOT Jean-Jacques, *Les aidants, entre solidarités privées et politiques publiques*, Erès, Toulouse, 2021

ARCAND Michelle, BRISSETTE Lorraine, *Accompagner les proches aidants, Guide à l'intention des intervenants psycho-sociaux*, L'Harmattan, Paris, 2020

BAKEROOT Willy, *Musicothérapie active, Rebatir le temps de la mémoire*, Dunod, Paris, 2021

BAJON Leila, *Intérêt de l'art-thérapie par la technique des arts plastiques, dans la revalorisation narcissique et la diminution de l'anxiété, chez des enfants présentant des troubles psychiques*, Université de Poitiers, 2020

BAUDELAIRE Charles, *Spleen et Idéal. Les fleurs du mal*, Poulet-Malassis et Le Broise, Paris, 1857

BONHOMME Jacques, *La voix énergie, Instrument de nos émotions*, Dangles, Escalquens, 1999

BOUVARD Martine, COTTRAUX Jean, *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et psychologie*, 5^e édition, Masson, 2010

CANY Sylvie, *Une expérience d'application de l'art-thérapie par les arts plastiques auprès d'un service de soins infirmiers à domicile pour accompagner l'épuisement des aidants familiaux de personnes âgées dépendantes*, Université de Poitiers, 2017

CARDIN Christelle, *Musicothérapie en gériatrie. La voix et sa fonction transitionnelle*, Éditions du Non Verbal, Bordeaux, 2019

CHIDIAC Nayla, *Ateliers d'écriture thérapeutique*, 2^e édition, Elsevier Masson, Paris, novembre 2013

COLVEZ Alain, JOEL Marie-Eve, *La maladie d'Alzheimer, Quelle place pour les aidants*, Masson, 2002

CYRULNIK Boris, *La nuit, j'écrirai des soleils*, Odile Jacob, Paris, avril 2019

DANHAUSER A., *Théorie de la musique*, édition revue et corrigée par RABAUD Henri, Lemoine & cie, Paris, 1929

DAKOVANOU Xanthoula, *L'harmonie musicale : besoin d'un ordre sonore universel*, in **Topique**, n°132, pages 145 à 163, 2015/3

DESROCHES Monique, *Musique et rituel : significations, identité et société*, in **Musiques. Une encyclopédie pour le XXIe siècle**, tome 3, pages 538 à 556, 2003.

DU PASQUIER Marie-Alice, *L'écriture entre corps et langage*, in **Le français d'aujourd'hui**, pages 65 à 70, n°170, 2010/03

FERTIER André, *Musicothérapie, Fantômes et réalités*, L'Harmattan, Paris, 2011

GOLDBERG, D.P., *Manual of the General Health Questionnaire*, NFER publishing Co, Windsor, 1979

JOST Jacques, *Equilibre et santé par la musicothérapie*, Albin Michel, Paris, 1990

KLEIN Jean-Pierre, *Symbolisations accompagnées*, in **Perspectives psy**, pages 265 à 270, vol.48, 2009/03

KUPPERSCHMITT Josette, *La musicothérapie en clinique adulte*, L'Harmattan, Paris 2000

LECOURT Edith, *La musicothérapie, Découvrir les vertus thérapeutiques de la musique*, Eyrolles, Paris, 2019

LECOURT Edith, *Le contact sonore...De Freud à la musicothérapie analytique de groupe*, in **Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe**, pages 157 à 170, n°57, 2011/02

MAESTRE Michel, *le couple dans tous ses états*, in **Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux**, pages 67 à 86, n°42, 2009/01

MALLARME Stéphane, *Vers et prose*, Perrin et cie, Paris, 1893

MASSON Céline, *L'écriture est un voir. Construction du psychique*, in **Cliniques méditerranéennes**, pages 281 à 298, n°72, 2005/02

MOUSSARD Aline, ROCHETTE Françoise, BIGAND Emmanuel, *La musique comme outil de cognition*, in **L'année psychologique** (vol.112), pages 499 à 542, 2012/3

PARRET Herman, *De Baumgarten à Kant : Sur la beauté*, in **Revue philosophique de Louvain**, pages 317 à 343, n°87, 1992

ROSENBERG M, *Society and the adolescent self-image*, Princeton University press, Princeton, 1965

VRAIT François-Xavier, *La musicothérapie*, PUF, Paris, mars 2019

WINNICOTT Donald Woods, *Jeu et réalité. L'espace potentiel*, traduit de l'anglais par MONOD Claude, Gallimard, Paris, 1975

WEBOGRAPHIE

ASSURANCE MALADIE, *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Proposition de l'Assurance Maladie pour 2021*, <https://www.assurance-ameli.fr>, consulté le 28 février 2022

BUI TEKANT Esther, *L'invention de l'écriture : retour sur cette grande aventure*, in **GEO**, <https://www.geo.fr>, 8 octobre 2020, consulté le 17 février 2022

Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales, <https://www.cnrtl.fr>

CNSA, *Analyse historique des transformations de l'aide familiale*, 1^{er} avril 2012, <https://www.cnsa.fr>, consulté le 5 février 2022

DELHOMMAIS Alexandre, *L'histoire de la musique, les premières traces*, <http://blog.univ-angers>, 27 mars 2014, consulté le 16 février 2022

DELRIEU Richard, *Notations musicales et écritures*, <http://www.classes.bnf.fr>, consulté le 16 février 2022

ENSEMBLE INTER CONTEMPORAIN, *Musique et mémoire, Entretien avec Hervé PLATEL, neuropsychologue*, 27 octobre 2021, <https://www.ensembleintercontemporain.fr>, consulté le 23 janvier 2022

FRANCE ALZHEIMER, *Comprendre la maladie*, <https://www.francealzheimer.org>, Consulté le 10 octobre 2021

FRANCE CULTURE, *A l'origine de la musique préhistorique*, <https://www.franceculture.fr>, 1^{er} mars 2021, consulté le 16 février 2022

INSERM, *Maladie d'Alzheimer*, 8 janvier 2019, <https://insERM.fr>, consulté le 10 octobre 2021

JOANNÈS Francis, *Le plus vieux récit du monde*, in **L'histoire**, n°356, septembre 2010, <https://www.lhistoire.fr>, consulté le 17 février 2022

LA QUINTE JUSTE, Dictionnaire des termes musicaux, <https://www.laquintejuste.com>, consulté le 3 mars 2022

LAROUSSE, dictionnaire de français, <https://www.larousse.fr>

LE PETIT ROBERT, <https://www.dictionnaire.lerobert.com>

LONGCAMPS Marieke, VELAY Jean-Luc, *Cerveau et production écrite*, <https://www.universalis.fr>, consulté le 23 février 2022

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DE LA RELANCE, *Guide de l'aidant*, octobre 2021, <https://www.economie.gouv.fr>, consulté le 15 février

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS, *L'éducation artistique et culturelle*, <http://www.education.gouv.fr>, consulté le 28 février 2022

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *La maladie d'alzheimer*, 20 décembre 2021, <https://www.solidarites-sante.gouv.fr>, consulté le 20 janvier 2022
Code de l'action sociale et des familles, Art. L 113-1-3, consulté le 21 janvier 2022

POLE EMPLOI, *Fiche métier : Psychologie*, <http://www.pole-emploi.fr>, consulté le 27 février 2022

DISCOGRAPHIE

- ARMSTRONG Louis, *When the saints go marching on*, Decca Records 1938
- ALLWRIGHT Graeme, *Les retrouvailles*, Mercury Records, 1968
- ALLWRIGHT Graeme, *Ti fleur fanée*, Mercury records, 1978
- AUFRAY Hugues, *Le petit âne gris*, Wagram, 1968
- BARBARA, *Dis, quand reviendras-tu ?*, Odéon, 1962
- BARBARA, *Ma plus belle histoire d'amour*, Philips 1967
- BEATTLES, The, *Let it be*, Apple, 1970
- BEETHOVEN L.V., *Symphonie n°9, op. 125, 4^{ème} mvt*, 1824
- BRASSENS Georges, *Chanson pour l'auvergnat*, Polydor, 1954
- BRASSENS Georges, *Je me suis fait tout petit*, Philips 1956
- BREL Jacques, *Le plat pays*, Barclay, 1962
- CHOPIN F., *Nocturnes*, entre 1827 et 1846
- DASSIN Joe, *Siffler sur la colline*, CBS Disques 1969
- DASSIN Joe, *Les champs Élysées*, CBS Disques, 1969
- DASSIN Joe, *Salut les amoureux*, CBS Disques, 1972
- DION Céline, *S'il suffisait d'aimer*, Columbia, Sony Music, 1998
- DUTEIL Yves, *Prendre un enfant par la main*, EMI 1977
- DYLAN Bob, *Blowin' in the wind*, Columbia, 1963
- ESCUDERO Leny, *Pour une amourette*, Bel Air, 1962
- HOUSTON, Whitney, *One moment in time*, Arista, 1988
- LENORMAN Gérard, *La balade des gens heureux*, CBS Disques, 1975
- MIDLER, Bette, *The rose*, Atlantic Records, 1980
- MOUSKOURI Nana, *L'enfant au tambour*, Universal Music, 1965
- MOUSTAKI Georges, *Ma liberté*, Polydor, 1970
- MOZART W. A., *Sonate pour piano n°11, 3^{ème} mvt (La Marche Turque)*, vers 1783
- NOUGARO Claude, *Armstrong*, Philips, 1965
- ROBESON Paul, *Go down, Moses*, Columbia, 1953
- ROSSINI G., *Gorgheggi e solfeggi (Vocalises pour le Bel Canto)*, 1827
- WEBER Jean, *le vieux Jo*, BLV, 1995

GLOSSAIRE

N.B. : Les définitions du présent glossaire sont issues des dictionnaires LAROUSSE, LE ROBERT et CNRTL. Les sources autres sont directement citées avec la définition. Cas particulier pour l'IDENTITÉ MUSICALE : nous proposons ici notre propre définition, afin d'explicitier le sens dans lequel nous avons utilisé ce terme dans notre travail.

A.J.P.A. : Allocation Journalière du Proche Aidant.

ALGODYSTROPHIE : Syndrome douloureux d'une main, d'un pied ou de tout un membre, avec troubles vasomoteurs et trophiques, et déminéralisation osseuse prononcée.

A.P.A. : Allocation Personnalisée d'Autonomie.

ANTÉROGRADE (caractère antérograde des troubles mnésiques) : La mémoire antérograde concerne ce qui s'acquiert après le début de la maladie ; en opposition à la mémoire rétrograde, soit tout ce qui a été acquis avant le début de la maladie. Dans le cas de la maladie d'Alzheimer, le caractère antérograde des troubles mnésique induit une perturbation majorée de la mémoire dite « récente ».

A.R.S. : Agence Régionale de Santé.

APATHIE : Incapacité d'être ému ou de réagir.

ARPÈGE : Série de notes jouées successivement, et qui formeraient un accord si elles étaient jouées simultanément.

B.P.M. : Battements Par Minute.

CARCINOME UROTHÉLIAL : Type le plus courant de cancer de la vessie.

C.A.R.S.A.T : Caisse d'Assurance Retraite & Santé Au Travail.

CATHARSIS : Purification de l'âme ou purgation des passions du spectateur par la terreur et la pitié qu'il éprouve devant le spectacle d'une destinée tragique (selon Aristote). En psychologie, libération des traumatismes affectifs.

C.H.U : Centre Hospitalier Universitaire.

C.L.I.C. : Centre Local d'Information et de Coordination.

C.N.S.A. : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie.

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes.

GAMME : Suite montante ou descendante de notes comprises dans un octave, suivant des intervalles déterminés.

G.I.R. : Groupe Iso-Ressources (Évaluation du degré d'autonomie)

HARMONIE (en musique) : Ensemble des principes qui règlent l'emploi la combinaison de sons simultanés.

I.D.E.C. : Infirmier(e) Diplômé(e) d'État Coordinateur(rice).

IDENTITÉ MUSICALE : ensemble des liens que le patient entretient avec la musique (ses goûts musicaux, son histoire avec la musique, ses habitudes, ses pratiques).

M.A.Ī.A. : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soins dans le champ de l'Autonomie.

M.A.M.A. : Maladie d'Alzheimer et Maladies Apparentées.

M.D.A. : Maison Départementale de l'Autonomie.

MUSICOTHÉRAPIE (d'après la fédération française de musicothérapie) : Pratique de soin, de relation d'aide, d'accompagnement, de soutien ou de rééducation, utilisant le son et la musique sous toutes leurs formes, comme moyen d'expression, de communication, de structuration et d'analyse de la relation.

MNÉSIQUE : Qui concerne la mémoire.

MINEUR (en musique) : Se dit d'un intervalle dans lequel les notes extrêmes sont à leur distance minimal. Un accord mineur est un accord dont la tierce est descendu d'un demi ton.

MAJEUR (en musique) : Se dit d'un intervalle dans lequel les notes extrêmes sont à leur distance maximale.

Om : Dans l'indouhisme et le bouddhisme, mantra monosyllabique comprenant les lettres a, u, m, et constituant le symbole sonore de l'absolu. (prononcé au début de toute récitation sacrée).

O.M.S. : Organisation Mondiale de la Santé.

O.N.I.S.E.P. : Office National d'Information Sur les Enseignements et les Professions.

PROSODIE : Durée, mélodie et rythme des sons d'un texte.

QUINTE (en musique) : Intervalle de cinq notes.

RÉSILIENCE : Capacité à surmonter les chocs traumatiques. « Processus dynamique impliquant l'adaptation positive dans le cadre d'une adversité significative » (Marie

ANAUT, *Le concept de résilience et ses applications cliniques*, in **Recherche en soins infirmiers**, n°82, p. 4 à 11, 2005/3.

R.N.C.P. : Répertoire National des Certifications.

R.O.M.E. : Répertoire Opérationnel des Métiers et des Emplois.

S.F.A.T. : Syndicat Français des Art-Thérapeutes.

SOPHROLOGIE : Méthode fondée sur l'hypnose et la relaxation, utilisée en thérapeutique et pour la préparation à l'accouchement.

SYNDROME DE GLISSEMENT : Processus d'involution et de sénescence porté à son état le plus complet. Concept gériatrique décrit pour la première fois par le gériatre Jean CARRIÉ en 1956.

TEMPO : Vitesse d'exécution d'un morceau musical. En battements par minute (bpm).

THÉORIE DES TROIS ŒUVRES (Jacques JOST) : Modification de l'état psychique du patient grâce une écoute musicale ciblée en fonction de son humeur. La première œuvre écoutée sera en adéquation avec l'humeur du patient (mise en relation et ouverture des canaux de communication). Le deuxième extrait viendra neutraliser les ressentis morbides, et le troisième extrait viendra étayer l'atteinte de l'objectif thérapeutique de séance (« Réaliser l'action recherchée », VRAIT François Xavier, La musicothérapie, PUF, Paris, 2018, p. 15).

TIERCE : Intervalle de 3 notes.

UDAF : Union Départementale des Associations Familiales.

ANNEXES

- 1- Plaquette de présentation de la musicothérapie p. 74**
- 2- Fiche d'ouverture de prise en soin p. 75**
- 3- General Health Questionnaire – 12 p. 76**
- 4- Grilles d'observation p. 78**
- 5- Échelle de dépression de MONTGOMERY et ASBERG, 1979..p. 81**
- 6- Échelle d'estime de soi sociale de ROSENBERG, 1965 p. 85**
- 7- Texte chanson de madame R. (avec son aimable autorisation)... p. 86**

Annexe 1

Musicothérapie



Qu'est-ce que c'est....

La musicothérapie consiste à utiliser la musique comme outil thérapeutique, dans une démarche de soin ou de soutien. L'écoute musicale, le chant, la manipulation des sons, la découverte d'un instrument, sont autant de moyens qui permettent d'accompagner, et de soutenir une relation d'aide.

Pour qui...

La musicothérapie s'adresse à toutes les personnes qui rencontrent des difficultés: maladie, accident de la vie (deuil, divorce...), situation de handicap...

C'est aussi une extraordinaire ressource pour les tiers aidants, ces personnes qui, au quotidien, aident et soutiennent leur(s) proche(s).

Comment...

Les séances sont individuelles, hebdomadaires et d'une durée d'1h,

Elles sont axées et menées selon les besoins de la personne accompagnée. Un premier entretien permettra de définir ces besoins, et d'explorer le panel d'outils qu'offre la musicothérapie (il est aussi possible d'utiliser l'écriture).

Une séance type comprendra un temps d'accueil, un temps d'écoute musicale, un temps de création guidée, puis un bilan de séance.

Aucune compétence musicale n'est nécessaire!

Contact:
Coordination autonomie
06.33.78.76.89
02.41.83.22.20



Annexe 2

FICHE D'OUVERTURE DE PRISE EN SOIN ART-THERAPEUTIQUE
--

Date :

Nom, prénom :

Adresse :

Médecin traitant :

Date d'entrée à l'association Coordination Autonomie :

Motif :

Date de naissance :

Tel :

Anamnèse :

Ressources/Loisirs :

- En individuel :
- En couple :

Identité musicale :

- Goûts :
- Mode mineur / majeur
- Jeu en arpèges / rythmique
- Tempo :
- Histoire personnelle et/ou en couple avec la musique :

- Écoute occasionnelle / régulière
- Pratique : instrument (.....)/ chant.

Plan de traitement :

⇒ Objectifs principaux (et intermédiaires) :

⇒ Séances :

- Nombre :
- Jour et heure :

Annexe 3

General Health Questionnaire - 12

Nom, prénom :

Date de naissance :

Date de passation :

Récemment, et en particulier au cours des 4 dernières semaines :

1) Avez-vous été capable de vous concentrer sur ce que vous faites ?

- ◇ Mieux que d'habitude
- ◇ Comme d'habitude
- ◇ Moins bien que d'habitude
- ◇ Beaucoup moins que d'habitude

2) Avez-vous manqué de sommeil à cause de vos soucis ?

- ◇ Pas du tout
- ◇ Pas plus que d'habitude
- ◇ Un peu plus que d'habitude
- ◇ Beaucoup plus que d'habitude

3) Vous êtes-vous senti(e) capable de prendre des décisions ?

- ◇ Plus que d'habitude
- ◇ Comme d'habitude
- ◇ Moins que d'habitude
- ◇ Beaucoup moins que d'habitude

4) Vous êtes-vous senti(e) constamment tendu(e) ou stressé(e) ?

- ◇ Pas du tout
- ◇ Pas plus que d'habitude
- ◇ Un peu plus que d'habitude
- ◇ Beaucoup plus que d'habitude

5) Avez-vous eu le sentiment de jouer un rôle utile dans la vie ?

- ◇ Plus utile que d'habitude
- ◇ Comme d'habitude
- ◇ Moins utile que d'habitude
- ◇ Beaucoup moins utile que d'habitude

6) Avez-vous eu le sentiment que vous ne pourriez pas surmonter vos difficultés ?

- ◇ Pas du tout
- ◇ Pas plus que d'habitude
- ◇ Un peu plus que d'habitude
- ◇ Beaucoup plus que d'habitude

7) Avez-vous été capable d'apprécier vos activités quotidiennes normales ?

- ◇ Plus que d'habitude
- ◇ Comme d'habitude
- ◇ Moins que d'habitude
- ◇ Bien moins que d'habitude

8) Avez-vous été capable de faire face à vos problèmes ?

- ◇ Plus que d'habitude
- ◇ Comme d'habitude
- ◇ Moins que d'habitude
- ◇ Bien moins que d'habitude

9) Avez-vous été malheureux(se) et déprimé(e) ?

- ◇ Bien moins que d'habitude
- ◇ Pas plus que d'habitude
- ◇ Plus que d'habitude
- ◇ Beaucoup plus que d'habitude

10) Avez-vous perdu confiance en vous-même ?

- ◇ Moins que d'habitude
- ◇ Comme d'habitude
- ◇ Plus que d'habitude
- ◇ Beaucoup plus que d'habitude

11) Vous êtes-vous considéré(e) comme quelqu'un qui ne valait rien ?

- ◇ Pas du tout
- ◇ Pas plus que d'habitude
- ◇ Un peu plus que d'habitude
- ◇ Beaucoup plus que d'habitude

12) Vous êtes-vous senti(e) raisonnablement heureux(se), tout bien considéré ?

- ◇ Plus que d'habitude
- ◇ Comme d'habitude
- ◇ Un peu moins que d'habitude
- ◇ Beaucoup moins que d'habitude

Annexe 4

FICHE D'OBSERVATION ART-THERAPIE – SÉANCE N°

Date :

Nom, prénom :

Date de naissance :

Rappel de objectifs principaux :

Objectif(s) de séance :

Moyens mis en œuvre :

	Musique	Chant	Écriture
Temps individuel	<u>Morceaux</u> (titre, compositeur) <u>Composition</u> Gamme : Notes ou accords : Arpège / Rythmique Tempo :	<u>Préparation physique :</u> <u>Chansons</u> (titre, interprète) 1) 2) 3)	<u>Exercice(s) :</u>
Temps partagé			

OBSERVATIONS

Thymie

- **Humeur** : enthousiaste / calme mais investi / passive / triste
- **État de détente** : décontraction totale / débit verbal augmenté / idem + signes de stress léger / stress avéré

- **Concentration** : sur toute l'activité / temps réduit / difficile / impossible
- **Accueil du répit** : complet / semble mal à l'aise / s'adresse des reproches sur un ton léger / verbalise clairement sa culpabilité

Estime de soi

- **Confiance en ses capacités** : aucun doute / hésite mais réagit aux encouragements / hésite mais entre dans l'activité / doute permanent et paralysant
- **Satisfaction de son travail** : fier(e) / satisfaction discrète mais apparente / ne dit rien / insatisfait(e)

Capacités artistiques

- **Autonomie** : travaille seul(e) / besoin appui ponctuel / appui régulier / jamais seul
- **Capacité à faire des choix** : choisit sans hésitation / hésitation / doute prononcé / ne veut pas choisir
- **Créativité et lâcher-prise** : se laisse aller facilement / a des difficultés à rentrer en création / ruminations envahissantes mais création possible / ne lâche pas prise, création compromise
- **Plaisir et investissement** : manifeste / attitude de plaisir mais pas de verbalisation / aucun plaisir apparent / manifeste son déplaisir

Capacités relationnelles

- **Aisance dans les interactions** : discours clair, posé, regard direct / discours clair et posé, regard fuyant / discours confus, regard fuyant mais investi(e) dans l'activité / idem + stress avéré : investissement compliqué
- **Facilité à prendre sa place** : attitude ouverte et affirmée / tendance à s'effacer, intensité vocale diminuée / attitude effacée mais participation à l'activité / attitude renfermée, participation difficile
- **Accueil de l'autre** : attitude accueillante / écoute mais ne tient pas compte de ce qui est dit / évite la collaboration mais l'accepte / refus de collaboration, déni des propositions

- **Complicité et partage du couple** : manifeste / partage mais communication restreinte / collaboration sans partage émotionnel / absence de communication
- **Mémoire commune** : énoncent à deux voix / un sujet raconte, le conjoint enrichit avec des anecdotes / un sujet raconte seul / pas de mémoire commune énoncée
- **Représentation émotionnelle autour de la maladie** : acceptation et résilience (discours et initiatives / acceptation sans résilience (discours mais pas d'initiative concrète) / tristesse et défaitisme / déni
- **Attitude soutenante** : encouragements, soutien du processus créatif / aide / pas d'aide mais encouragements / ne se positionne pas

Auto – évaluation

- **Qualité du moment** : très agréable / agréable / moyennement agréable / désagréable
- **Charge émotionnelle du moment** : riche en émotion(s) / assez chargé en émotion(s) / peu d'émotion(s) / pas d'émotion
- **Plaisir ressenti** : beaucoup / du plaisir / peu / pas du tout
- **Partage avec le conjoint** : vrai moment de partage / du partage / peu de partage / aucun partage

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES :

A PRÉVOIR POUR LA PROCHAINE SÉANCE :

2- Tristesse exprimée

Correspond à l'expression d'une humeur dépressive, que celle-ci soit apparente ou non. Inclut le cafard, le découragement ou le sentiment de détresse sans espoir.

Coter selon l'intensité, la durée à laquelle l'humeur est dite être influencée par les événements.

- 0 Tristesse occasionnelle en rapport avec les circonstances.
- 1
- 2 Triste ou cafardeux, mais se déride sans difficulté.
- 3
- 4 Sentiment envahissant de tristesse ou de dépression ; l'humeur est encore influencée par les circonstances extérieures
- 5
- 6 Tristesse, désespoir ou découragement permanents ou sans fluctuations.

3- Tension intérieure

Correspond aux sentiments de malaise mal défini, d'irritabilité, d'agitation intérieure, de tension nerveuse allant jusqu'à la panique, l'effroi ou l'angoisse.

Coter selon l'intensité, la fréquence, la durée, le degré de réassurance nécessaire.

- 0 Calme. Tension intérieure seulement passagère.
- 1
- 2 Sentiments occasionnels d'irritabilité et de malaise mal défini.
- 3
- 4 Sentiments continuels de tension intérieure ou panique intermittente que le malade ne peut maîtriser qu'avec difficulté.
- 5
- 6 Effroi ou angoisse sans relâche. Panique envahissante.

4- Réduction de sommeil

Correspond à une réduction de la durée ou de la profondeur du sommeil par comparaison avec le sommeil du patient lorsqu'il n'est pas malade.

- 0 Dort comme d'habitude.
- 1
- 2 Légère difficulté à s'endormir ou sommeil légèrement réduit, léger ou agité.
- 3
- 4 Sommeil réduit ou interrompu au moins deux heures.
- 5
- 6 Moins de deux ou trois heures de sommeil.

5- Réduction de l'appétit

Correspond au sentiment d'une perte de l'appétit comparé à l'appétit habituel.
Coter l'absence de désir de nourriture ou le besoin de se forcer pour manger.

- 0 Appétit normal ou augmenté.
- 1
- 2 Appétit légèrement réduit.
- 3
- 4 Pas d'appétit. Nourriture sans goût.
- 5
- 6 Ne mange que si on le persuade.

6 - Difficultés de concentration

Correspond aux difficultés à rassembler ses pensées allant jusqu'à l'incapacité à se concentrer.
Coter l'intensité, la fréquence et le degré d'incapacité.

- 0 Pas de difficultés de concentration.
- 1
- 2 Difficultés occasionnelles à rassembler ses pensées.
- 3
- 4 Difficultés à se concentrer et à maintenir son attention, ce qui réduit la capacité à lire ou à soutenir une conversation.
- 5
- 6 Incapable de lire ou de converser sans grande difficulté.

7- Lassitude

Correspond à une difficulté à se mettre en train ou une lenteur à commencer et à accomplir les activités quotidiennes.

- 0 Guère de difficultés à se mettre en route. Pas de lenteur.
- 1
- 2 Difficultés à commencer des activités.
- 3
- 4 Difficultés à commencer des activités routinières qui sont poursuivies avec effort.
- 5
- 6 Grande lassitude. Incapable de faire quoi que ce soit sans aide.

8- Incapacité à ressentir

Correspond à l'expérience subjective d'une réduction d'intérêt pour le monde environnant, ou les activités qui donnent normalement du plaisir. La capacité à réagir avec une émotion appropriée aux

circonstances ou aux gens est réduite.

- 0 Intérêt normal pour le monde environnant et pour les gens.
- 1
- 2 Capacité réduite à prendre du plaisir à ses intérêts habituels.
- 3
- 4 Perte d'intérêt pour le monde environnant. Perte de sentiment pour les amis et les connaissances.
- 5
- 6 Sentiment d'être paralysé émotionnellement, incapacité à ressentir de la colère, du chagrin ou du plaisir et impossibilité complète ou même douloureuse de ressentir quelque chose pour les proches parents et amis.

9- Pensées pessimistes

Correspond aux idées de culpabilité, d'infériorité, d'auto-accusation, de péché, de remords ou de ruine.

- 0 Pas de pensée pessimiste.
- 1
- 2 Idées intermittentes d'échec, d'auto-accusation ou d'auto-dépréciation.
- 3
- 4 Auto-accusations persistantes ou idées de culpabilité ou péché précises mais encore rationnelles. Pessimisme croissant à propos du futur.
- 5
- 6 Idées délirantes de ruine, de remords ou péché inexpiable. Auto-accusations absurdes ou inébranlables.

10 - Idées de suicide

Correspond au sentiment que la vie ne vaut pas le peine d'être vécue, qu'une mort naturelle serait la bienvenue, idées de suicide et préparatifs au suicide. Les tentatives de suicide ne doivent pas, en elles-mêmes, influencer la cotation.

- 0 Jouit de la vie ou la prend comme elle vient.
- 1
- 2 Fatigué de la vie, idées de suicide seulement passagères.
- 3
- 4 Il vaudrait mieux être mort. Les idées de suicide sont courantes et le suicide est considéré comme une solution possible mais sans projet ou intention précis.
- 5
- 6 Projets explicites de suicide si l'occasion se présente. Préparatifs de suicide.

Annexe 6

Echelle d'estime de soi sociale de Rosenberg

NOM :

Prénom :

Date de passation / /

Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, indiquez à quel point chacune est vraie pour vous en encerclant le chiffre approprié

1 = Je suis tout à fait en désaccord

2 = Je suis plutôt en désaccord

3 = Je suis plutôt en accord

4 = Je suis tout à fait en accord

1. Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre
↳ 1 2 3 4

2. Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités
↳ 1 2 3 4

3. Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté
↳ 1 2 3 4

4. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens
↳ 1 2 3 4

5. Je sens peu de raisons d'être fier de moi
↳ 1 2 3 4

6. J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même
↳ 1 2 3 4

7. Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi
↳ 1 2 3 4

8. J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même
↳ 1 2 3 4

9. Parfois je me sens vraiment inutile
↳ 1 2 3 4

10. Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien
↳ 1 2 3 4

Annexe 7

découverte :	<p>↳ Pour moi c'est fait une découverte Jamais je n'aurais pensé un jour Voir ce pays avec fenêtres ouvertes Et ces maisons créoles d'Helbourg.</p>
fleurs	<p>↳ Bougainvilliers et Flamboyants Du soleil et de la couleur Dans ce pays avec mille fleurs Et aux sommets éblouissants ^{Am}</p>
pique-nique	<p>↳ Tour le pique-nique Dominical la marmite est indispensable ^F Poulet créole, Rougail saucisses ^G Cari poisson, grain, riz bien cuit ^F</p>
les 3 cirques	<p>↳ Hafate, sans route, c'est le bonheur C'est le paradis des randonneurs Salazie et ses grandes cascades Cirques sans route aux cent villages</p>
le volcan	<p>↳ La Plaine des Sables mène au Volcan Son spectacle nous fascine tant Plusieurs éruptions si impressionnantes ^{impressionnantes} Attirent toujours beaucoup de gens</p>
les plages	<p>↳ Les plages de sable blond ou noir Autorisent les sports nautiques SAINT-LEU, ETANG SALE - Les Bains : La plongée sous-marine unique</p>
le marché	<p>↳ Saint-Pierre attire les touristes Par son marché de légumes ^{de légumes} Aux fleurs et fruits exotiques Volailles légumes et souvenirs</p>

métissage { Le métissage, la tolérance
De sa population m'enchante
Z'arabes, Malbars et Malgache
Indiens, Chinois et aussi cafres

canne à sucre { Dans les grands champs de canne à sucre
les coupeurs d'un geste très sûr
s'activent car le Cachalot
A remplir sera là bientôt

les oiseaux { Le paillon en queue est majestueux
le Caméléon tourne en rond
le Marouillat se montre le soir
le Bélier crie fort jusque'au soir

forêts { les grandes forêts tropicales
Pleines de fougères arborescentes
Palmiers Tamaris cryptomérias
Belle végétation verdoyante

Temples { Ici les nombreux Temples de l'île
Tamouls, protestants, l'église
Temple chinois et Malabar
et Mosquées viennent porter l'Espoir

RÉUNION { Ile intense aux mille couleurs
Aux mille parfums et paysages
Le Piton des Neiges qui domine
La RÉUNION = ÎLE MAGIQUE

AmouEm D
D m
D

Musique et écriture dans un contexte art-thérapeutique : pertinence dans le soutien du proche aidant conjoint d'un patient atteint de la maladie d'Alzheimer. Incidence sur le maintien à domicile.

La place du proche aidant en France est maintenant définie par un cadre législatif. Les problématiques inhérentes à cette posture sont désormais prises en considération, et des solutions sont proposées, sur le plan national, public et/ou associatif, afin de faciliter le maintien ou la restauration du bien-être de l'aidant. L'art-thérapie, ou pratique de soin par l'utilisation d'une technique artistique et par la mise en mouvement du processus de création, peut faire partie de ces réponses : musique et écriture nous montreront ici comment leurs bienfaits et leurs vertus thérapeutiques peuvent s'inscrire dans le champ des ressources alliées du proche aidant. L'association Coordination Autonomie, située à Saumur (Maine-et-Loire), œuvre pour le maintien à domicile de la personne en situation de fragilité ; le soutien au proche aidant s'est naturellement inscrit dans sa ligne de politique générale. Notre projet art-thérapeutique, avec l'utilisation de la musique et de l'écriture, est venu offrir une vision nouvelle de la prise en soin de l'aidant : dans le présent travail, nous verrons dans quelles mesures nos media ont pu répondre aux objectifs thérapeutiques définis selon les problématiques observées chez deux patientes proches aidantes et conjointes de patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Nous étudierons ainsi l'impact de notre discipline sur le maintien à domicile. De nos résultats et de nos observations découleront de nouvelles perspectives, notamment sur la place et les enjeux de l'art-thérapie dans un paysage économique et sanitaire, et ce, à l'échelle nationale.

Mots clés : *proche aidant, musique, écriture, bien-être, maladie d'Alzheimer, conjoint, maintien à domicile, enjeux économiques.*

Music and writing in an art-therapeutic context: relevance in supporting the caregiver spouse of patient with Alzheimer's disease. Impact on home support.

The place of the caregiver in France is now defined by a legislative framework. The problems inherent in this posture are now taken into consideration, and solutions are proposed, at national, public and/or associative level, in order to facilitate the maintenance or restoration of the well-being of the carer. Art-therapy, or practice of care through the use of an artistic technical and by setting the creative process in motion, can be part of these responses: music and writing will show us here, how their benefits and their therapeutic virtues can be included in the field of allied resources of the caregiver.

The Coordination Autonomie association, located in Saumur (Maine-et-Loire), works to keep vulnerable people at home; support for caregivers is naturally part of its general policy line. Our art-therapeutic project, with the use of music and writing, came to offer a new vision of caring for the caregiver: in this work, we will see to what extent our media were able to provide answers to therapeutic objectives defined according to the problems observed in the case of two patients who are caregivers and spouses of patients with Alzheimer's disease. We will thus study the impact of our discipline on home support. From our results and our observations will come new perspectives, in particular the place and the stakes of art-therapy in an economic and health landscape, and this, on a national scale.

Key words: *caregiver, music, writing, well-being, Alzheimer's disease, spouse, home support, economic stakes.*

