

La musicothérapie au sein d' « Elysis »

Je suis actuellement musicothérapeute en formation à l'université de Nantes et éducateur depuis bientôt 6 ans au sein de la maison de soin « Elysis » a.s.b.l. Nous y accueillons des personnes âgées qui présentent une perte d'autonomie physique ou psychique.

Pourquoi la musicothérapie à Elysis :

Avant même la mise en place d'un dispositif de musicothérapie, la musique révélait déjà un intérêt pour le public. Les émotions et la mémoire musicale survivent longtemps au-delà des éventuels processus neuro-dégénératifs. Des résidents chantaient lors d'événements musicaux, se souvenant des paroles de certaines musiques malgré les pertes mémorielles. Ils allaient parfois jusqu'à danser et modifier leur posture et regard. **La musique se montrait ainsi capable de dynamiser, de motiver et de mobiliser des « capacités restantes ».** Elle a donc sa place dans ce type d'institution mais, une fois l'évènement terminé, l'atmosphère enjouée s'estompe, elle n'a pas interpellé toutes les personnes en souffrance qui en auraient eu besoin et nous n'avions pas tous les éléments pour comprendre ce qui s'était réellement passé. C'est pour ces raisons que je bénéficie actuellement d'une formation, pour me servir des bienfaits constatés du média de façon plus pertinente et thérapeutique. Aussi, nous savons que la musique a été utilisée à des fins thérapeutiques depuis au moins l'antiquité, mais elle le fut toujours comme accompagnante d'une procédure plus large, centrée sur les objectifs à atteindre, sur l'individu à guérir, sur son environnement social... **La musique n'a ainsi jamais soigné par magie. Elle ne peut être thérapeutique que si elle entre dans le cadre d'un dispositif.** L'institution me donne les moyens pour le mettre en place. Voici donc les éléments théoriques et outils que j'utilise et qui me paraissent importants, relatant de mon expérience de musicothérapie avec ce public :

Un cadre adapté :

Je bénéficie d'**un cadre espace/temps permanent.** Je ne pouvais pas me le permettre en tant qu'éducateur au vu de l'organisation horaire de l'équipe éducative. A présent, deux jours fixes par semaine sont consacrés aux séances de musicothérapie. Des temps de préparation, d'évaluation et d'échanges avec l'équipe sont également considérés. La régularité des séances permet un suivi de l'évolution mais aussi **un phénomène de répétition qui, appuyé par des rituels, renforce la sécurité du cadre et offre un lieu spécifique que les résidents vont pouvoir investir avec le temps.** C'est particulièrement flagrant dans l'observation d'un travail avec la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. Le dysfonctionnement mémoriel génère un oubli des éléments du cadre tel que mon nom, mon rôle, ce que l'on va faire, ce que l'on a fait, mais la mémoire affective étant opérationnelle, ma présence s'intègre avec le temps comme connue et bienveillante. Il en est de même pour l'espace proposé qui va être perçu émotionnellement comme sécurisé, je constate alors que les personnes sont plus à l'aise au fur et à mesure des séances pour proposer des réponses spontanées et utiliser le cadre.

Des comportements thérapeutiques :

Les notions que j'utilise le plus concernant mes positionnements thérapeutiques avec les résidents sont celles d'**accordage**, de **résonance** et d'**empathie**. Ce n'est pas sans lien avec la **connaissance primordiale du patient**. Il m'est nécessaire de proposer une attitude, des musiques, des instruments et des séquences qui soient à sa mesure, qui fassent écho en lui, qui l'intéresse et surtout qui lui permette de prendre du plaisir. **La personne âgée n'est plus à éduquer**, la notion de plaisir est, à mon sens, particulièrement importante et **la mise en échec est à exclure. Il faut donc l'amener à faire, rechercher une réponse de sa part, sans jamais contraindre**. Dans cette perspective, l'humour est aussi fréquemment utilisé. Il en est de même pour des musiques connues, respectant les goûts, la génération de l'auditeur et son état du moment afin d'entrer en résonance. La volonté d'accordage, la recherche de plaisir, des instruments et séquences respectant les potentialités et désirs du patient ainsi qu'un répertoire en fonction de son histoire sont autant d'éléments qui, outre leurs caractères stimulants, favorisent la création d'un lien avec moi-même et/ou le groupe, lui révélant qu'il a sa place ici : **proposer quelque chose qui parle au patient c'est aussi montrer qu'il y a un espace commun entre nous, c'est générer une forme de reconnaissance favorisant sa reconstruction identitaire**.

Indications et finalité :

La musicothérapie est particulièrement **recommandée dans les pathologies impliquant un désordre au niveau de la psyché**. Des études ont prouvé son efficacité dans de nombreux autres domaines tels que le soin palliatif, la gestion des troubles du sommeil, la coordination motrice des personnes atteintes de la maladie de Parkinson... Actuellement, je travaille avec des personnes présentant démences, syndrome dépressif, troubles du comportement et/ou agitation. Les finalités sont de : **re-narcissiser, favoriser la construction identitaire, permettre aux personnes d'avoir une représentation d'elle-même en tant que sujet**. Je suis intervenu aussi plusieurs fois dans le cadre de soins palliatifs dans le but d'apaiser la souffrance psychique et la douleur physique.

Les séances :

J'interviens auprès de trois groupes et de sept résidents individuels. Certaines séances ont lieu dans une salle réservée à cet effet, d'autres dans la chambre des résidents concernés. J'ai à ma disposition du matériel de l'institution mais aussi personnel. Les séquences varient en fonction de la personnalité et des objectifs du ou des participants. Elles peuvent être globalement composées de **temps ritualisés de mise en condition et de désamorçage** (musique d'entrée et de fin, salutations...), de **centrage sur le corps** (rythmes corporels, travail de respiration, mouvements corporels), de **jeux vocaux** (improvisation, imitation ou chants), de **jeux instrumentaux** (jeux rythmiques, communication sonore), d'**écoutes musicales** (au choix ou imposées selon les besoins), d'**échanges à la fin de chaque séquence**. Les jeux d'improvisation comme la communication sonore livrent, d'une certaine manière, le résident à lui-même, sans règle pour s'appuyer ou se cacher. Ils peuvent générer la sensation d'être en péril. Il me paraît donc nécessaire d'en mesurer l'intérêt pour la personne et de

savoir si elle est disposée à les réaliser. J'accompagne toujours et travaille à lever ce sentiment par des réponses sonores, des regards et des attitudes valorisantes. Ces improvisations me semblent particulièrement intéressantes dans la mesure où elles amènent à **des réponses personnalisées, le patient prend position et crée**. La voix est plus qu'un instrument, elle traduit l'intime de soi. **Le chant est souvent apprécié lorsqu'il est connu**. J'utilise donc régulièrement des chants que beaucoup connaissent, générant ainsi une dynamique enjouée. Avec tous, je prête attention à ma propre prosodie et à mon attitude corporelle, souvent dans le but d'être rassurant, laissant également des silences pour se laisser le temps de percevoir le contexte, pour permettre au résident d'intervenir et pour respecter son rythme. Ce, particulièrement avec le sujet dément qui est un être affectif, intuitif et sensitif même s'il n'est plus un être de parole. En général, les séances doivent constituer **un moment d'interactions, d'échanges et de plaisir revitalisant**.

Généralité sur la musicothérapie et la personne âgée :

En musicothérapie on utilise la musique comme outil d'expression, de communication, de structuration et d'analyse de la relation à des fins thérapeutiques. L'être humain est un être de relation qui dès les premiers mois de la vie fait appel à l'autre (la mère) pour répondre à ses besoins. Il ne peut se satisfaire à lui seul. L'autre est comme un miroir qui nous nourrit. Tout être humain a besoin de se sentir sujet communiquant. Les études sur le sujet, tant au niveau du cerveau qu'au niveau psychologique, montrent l'intérêt des sentiments d'appartenance et des réseaux sociaux pour la santé physique et psychique. La mobilité réduite et l'état psychique des personnes âgées en font un sujet à **risque d'isolement**. Aussi, les relations entretenues par le résident se trouvent inévitablement modifiées : il habite un nouveau lieu de vie, et sait parfois que c'est probablement son dernier, les rapports à sa famille peuvent être différents, les rapports à son propre corps également, il a vécu moult pertes et s'ajoute à cela de potentiels problèmes mémoriels et cognitifs. Tous ces éléments génèrent souvent **une perte de repères et une perte d'identité**. Or, c'est à travers la créativité et la relation que peuvent surgir la reconnaissance et l'identité. On comprend alors que le travail au niveau relationnel proposé par la musicothérapie a une grande valeur dans ce type d'établissement.

Spécificité du média pour la personne âgée :

A mon sens, trois spécificités du média font de la musicothérapie une discipline particulièrement adaptée au public. D'abord le **caractère intime et ludique** de la musique qui permet de décentrer l'attention des difficultés, de se distancier de la maladie et de se re-crée à travers une réalisation personnelle. Ensuite, le **caractère émotionnel, pénétrant et enveloppant** du média qui permet, à condition d'être utilisé justement, de mettre en mouvement le patient de l'intérieur, de le toucher, de générer des réminiscences, de le stimuler et d'éventuellement modifier son humeur en l'apaisant ou en le dynamisant. Et pour finir, son **caractère non-verbal** permet de générer des interactions, de travailler sur la relation et sur soi sans l'utilisation de la parole qui est souvent inhibée, voir inaccessible chez le sujet en souffrance.

J'ajoute que l'émotion et le non-verbal sont accessibles quel que soient les pertes endurées. **La musicothérapie permet donc d'accéder au « lieu de la santé » des résidents pour que naissent à nouveau la reconnaissance de soi, la motivation et l'envie.**

Cas cliniques :

Mme P est italienne. Elle aimait beaucoup chanter dans son passé. Elle a la maladie d'Alzheimer et se montre souvent angoissée et agitée sur son lieu de vie. Elle déambule, le dos courbé, accostant les personnes sur son chemin d'une voix plaintive, exprimant son souhait de rentrer chez elle et son état confus. Elle alterne de courtes périodes de calme avec ces conduites agitées. Les premières séances consistaient en la mise en place d'un espace permanent perçu comme sécurisé. Elle ne voulait pas toujours me suivre dans le lieu à cet effet et j'agissais afin de m'accorder, de respecter ses désirs, d'adopter des attitudes bienveillantes et de centrer l'attention sur la musique. Aujourd'hui, les séances durent 30mn et je suis déjà resté 45mn sans une seule plainte. Elles ont toujours lieu dans un espace spécifique de sa chambre. Nous y chantons la plupart du temps, jouons un peu avec des instruments et écoutons de la musique, elle me raconte des histoires sur sa vie d'une voix sereine, comme si elle m'avait toujours connu. Lors d'écoute de musiques italiennes que j'ai récoltées grâce à des entretiens avec l'entourage, j'assiste à un éveil corporel, c'est-à-dire qu'elle chante, le regard semble « habité » et bien ouvert, et elle se tient droite, elle se lève souvent de sa chaise comme de façon pulsionnelle. Lorsqu'elle commence à se plaindre je lui réponds en utilisant une prosodie qu'elle emploie régulièrement, c'est-à-dire une voix de tête, chantant des notes tenues à la manière lyrique. Elle va alors intercepter mon chant, me répondre en chantant et son attitude se modifie en général, elle s'apaise. Nous rejoignons les autres résidents en chanson, elle semble calme.

On voit dans ce cas, une évolution positive vers l'apaisement et l'acceptation des lieux. Elle s'inscrit dans le temps et est liée, entre autres, au cadre et à sa répétition. On remarque aussi un bénéfice au niveau corporel comme si une pulsion de vie surgissait et, on découvre un nouveau mode de communication qui semble lui correspondre davantage, puisqu'elle l'utilise et qu'il amène sérénité.

Mme B se montre peu coopérative avec l'équipe soignante. Elle souhaite rentrer chez elle et a déjà failli quitter l'établissement plusieurs fois. Elle attend régulièrement devant l'ascenseur pour essayer de partir, mobilisant ainsi l'attention de l'équipe. Elle a des pertes mémorielles qui se perçoivent à travers un discours répété. Les mécanismes de défense à l'œuvre sont le déni et la projection. Elle n'est pas musicienne mais aime le jazz. Lorsqu'elle me voit arriver avec le piano, tout semble déjà changer, elle est ravie et me suit volontiers. Je l'amène à jouer et, bien qu'elle le fasse timidement au départ, je m'aperçois qu'elle a une grande sensibilité musicale. Nous dépassons le stade de l'imitation et sommes presque à « faire de la musique ensemble ». J'ajoute des couleurs jazz à nos prestations et lui propose d'écouter des compositeurs qu'elle apprécie. Il y a aussi beaucoup de rires et d'humour pendant les séances. Une fois celle-ci terminée, elle exprime son plaisir et sa volonté de me revoir.

J'ai pu constater qu'elle me reconnaissait et qu'elle avait même remarqué que je m'étais coupé les cheveux 15 jours après notre dernière rencontre. Certaines soignantes ont pu utiliser le jour de la musicothérapie pour lui faire accepter de se laver. La grille d'évaluation de l'agitation en place sur son lieu de vie est positive les jours de musicothérapie. On constate ici les bienfaits des séances avec notamment une potentielle répercussion sur le quotidien et la valeur thérapeutique de la relation musique/patiente/thérapeute/équipe.

Mme C était en fin de vie, allongée sur le lit, les yeux fermés, la famille installée sur des chaises à ses côtés. Le silence n'était rompu que par le bruit d'une machine et le rythme respiratoire de Madame. Je sais qu'elle appréciait la musique et qu'elle avait gardé de bonnes facultés auditives. Je propose mon intervention à la famille et celle-ci accepte. Je joue alors des morceaux très doux au ukulélé en considérant les rythmes ambiants, alternant silences, musiques connues et improvisations. Dès les premières notes, des membres de la famille éclatent en sanglots. La petite fille s'approche de Mme pour lui tenir la main puis son petit fils prend le relais avant de sortir de la chambre en pleurant. Au bout d'une dizaine de minutes je m'arrête délicatement et un membre de la famille, les yeux humides, me dit : « Ben, continuez ! ». Je reprends alors doucement des mélodies et c'est encore une dizaine de minutes plus tard que l'infirmière, que j'avais avertie de ma présence, m'explique en chuchotant qu'elle doit donner un soin. Je termine, salue tout le monde de la tête et sort. La famille m'a beaucoup remercié, ce qui n'a pas été sans me faire plaisir mais mes sentiments restaient ambivalents à ce moment.

Il est difficile de percevoir ce que ressentait Mme C. Je n'ai pas non plus constaté de grandes modifications respiratoires. En essayant de me mettre à sa place, j'imagine que je préférerais l'harmonie aux sons répétitifs ambiants. Ce qui m'a particulièrement interpellé c'est le mouvement familial généré dès les premiers instants musicaux. J'ai ressenti une certaine évacuation des tensions, comme si tout ce qui était en suspens, « bloqué » à l'intérieur, avait pu être « dit » ou libéré par les sanglots, les rapprochements et le toucher. La musique m'a semblé générer une sorte d'enveloppe unifiant. On voit également que l'infirmière a autorisé le déroulement, respecté le contexte et joué un rôle dans l'intervention. J'ai eu ainsi le sentiment de renforcer le lien entre patiente, famille et institution. Mme C. est décédée le soir même.

Mr U présente des douleurs chroniques et des problèmes respiratoires. Il se plaint régulièrement souhaitant davantage de traitement antidouleur. Il reste la plupart du temps sur son lit avec son appareil respiratoire. Il jouait de l'harmonica et aimait la musique baroque. Nous avons utilisé des éléments de la méthode en U, des techniques de relaxation sous induction musicale et actuellement nous sommes plus dans le cadre d'une musicothérapie active. Il se plaint toujours un peu mais : il se place parfois seul sur son fauteuil lorsqu'il sait que j'arrive, il enlève son appareil à oxygène sans que je le lui demande, il me propose des musiques à utiliser, il s'est parfois confié à moi,

il joue régulièrement de l'harmonica que j'accompagne, il s'essaye au didgeridoo, il assiste aux événements musicaux proposés par la maison et m'en fait sa critique lors des séances... Il y a donc eu une évolution où on peut le voir utiliser réellement l'espace proposé, lui permettant, au moins un instant, de se décentrer de la maladie, de trouver un lien dans l'institution qui sollicite sa motivation, de proposer des réponses personnalisées et créatrices valorisant son existence.

Mme F a une hémiplegie droite avec aphasie type Broca. Elle verbalise au maximum deux syllabes. Le chant permettant l'utilisation d'autres parties cérébrales l'amène à émettre des phrases entières sur des musiques connues. Elle a pu ainsi se familiariser à nouveau avec sa voix. Je constate qu'elle l'utilise davantage et qu'elle prend confiance, ne serait-ce que pendant les séances. C'est donc un travail non de rééducation qui est en cours, bien qu'il y ait un impact, mais un travail psychique de confiance en soi et de revalorisation de son potentiel. La communication sonore lui permet des échanges d'autant plus appréciés lorsqu'elle la pratique avec des personnes qui présentent une pathologie similaire comme c'est le cas dans un des groupes que je prends en charge. Si la voix ne peut s'exprimer, le corps a besoin de le faire.

Mme R a la maladie d'Alzheimer. Elle présente de plus en plus de difficultés cognitives. Elle chante souvent sur son lieu de vie sans forcément considérer le contexte, enfermée sur elle-même, comme une forme d'auto-stimulation. Chanter en groupe lors des séances lui permet de s'ouvrir vers l'extérieur sur des bases qu'elle apprécie. Aussi sa connaissance des paroles peut lui procurer un sentiment valorisant. Je la vois donc régulièrement chanter en séance, comme dans un contexte où elle est à sa place, et ainsi rire et échanger avec le groupe. Lors des interactions sonores improvisées, elle révèle également des capacités de concentration et d'interactions judicieuses. Les séances de musicothérapie lui permettent alors de mobiliser les fonctions cognitives pour travailler à leur maintien, de prendre du plaisir et de se sentir valorisée.

BARRANCO Stéphane

2 rue du Chêne

57700 HAYANGE-LE-KONACKER

Tél : 06-89-29-10-74

E-mail : barrancostephane@gmail.com