

Mémoire de fin d'étude
Atelier de Musicothérapie de Bourgogne

Année 2012-2013

Sylvie Berthe 12/11/1965

Musicothérapie en EHPAD

Accueil de Jour et Unité de vie Alzheimer

"La résonance intérieure chez la personne âgée"

La musique est une loi morale.
Elle donne une âme à nos coeurs,
des ailes à la pensée,
un essor à l'imagination.
Elle est un charme à la tristesse,
à la gaieté, à la vie, à toute chose.
Elle est l'essence du temps
et s'élève à tout ce qui est de forme invisible,
mais cependant éblouissante et passionnément éternel

Platon

Les remerciements

Je remercie ma famille, mon mari et mon fils pour leur patience et leur compréhension pendant ces trois années de formation ;

Merci à mes amis pour les corrections, conseils et relecture, Mme Tacnet –Auzzino, directrice de la résidence qui m'a permis de suivre cette formation, Docteur Genty, médecin coordinateur pour ses conseils, et à tous mes collègues de travail. Je remercie particulièrement Aurélie qui m'a donné de son temps, pour son aide et ses conseils, ... sans oublier, les résidents qui m'ont offert la richesse de leur résonance intérieure !

Table des matières

Remerciements	2
Introduction	4
I] L'Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes	5
A. Présentation de l'établissement	5
B. Son projet : Une qualité de vie	6
C. La personne accueillie	6
II] Un bain sonore omniprésent	9
A. Les bruits et les sons environnants	9
B. La musique	11
C. Et pourquoi l'être humain est-il si sensible à la musique, au sonore ?	14
III] La musicothérapie	20
A. Des notions clés	20
B. Musicothérapie et la maladie d'Alzheimer	22
C. Devenir musicothérapeute	24
IV] Mise en place des séances de musicothérapie	36
A. Une préparation avec l'équipe pluridisciplinaire	36
B. Un projet approuvé et signé	36
C. Des entretiens avec la famille	36
V] Les séances de musicothérapie	37
A. L'étude de cas	37
B. Les objectifs	38
C. Une synthèse des séances	39
D. Les difficultés rencontrées	42
VI] Résultats de l'évaluation	43
A. Monsieur B	44
B. Monsieur S.	44
C. Madame D	46
D. Madame C.	50
Conclusion	53
Bibliographie	54
Index	55
Annexes	57

Introduction

La musicothérapie est largement pratiquée dans certaines institutions auprès d'un public en souffrance, ce qui nécessite une formation sur trois années au moins. Ceci indique bien qu'on ne peut pas s'initier, s'inventer ou s'aventurer musicothérapeute.

La place du musicothérapeute au sein d'une institution est également un sujet important et ce n'est pas anodin d'en parler car s'il y a musicothérapie, il y a nécessairement un musicothérapeute qui travaille en collaboration avec une équipe pluridisciplinaire. C'est tout l'enjeu d'un travail thérapeutique à mettre en place et de façon professionnelle pour le bien-être voire le mieux être de la personne âgée.

N'est pas musicothérapeute qui veut. Je le deviens par un travail sur moi ; des séances de didactique, des remises en question, des doutes, des questionnements (et encore et pour longtemps), des lectures, des rencontres ...et surtout, grâce à des prises en charge de patients, afin de les accompagner, de les aider à trouver en eux le passage vers la communication, par le moyen des éléments de la musique, de trouver ce qui est « musiquant » chez la personne âgée, de lui faire (re)découvrir son « iso » c'est-à-dire, son identité sonore comme l'explique le Dr Rolando Benezon, pionnier de la musicothérapie et psychiatre depuis 1965, dans son recueil intitulé « Théorie de la musicothérapie, à partir du concept de l'iso »

Ce qui m'amène à poser cette hypothèse: trouver ce qui est « musiquant » chez le patient, cela revient à se demander quelle est sa musique, à quelle musique vibre-t-il, quelle est sa résonance ? Quelle est son identité sonore ? La résonance intérieure de la personne âgée l'aidera-t-elle à trouver « l'ici et maintenant », « le moment présent » pour « re-naître » et « Etre » dans un état de mieux être ?

Ce sont toutes les questions posées qui seront en réponse dans la partie d'un travail réalisé et évalué grâce à la prise en charge individuelle de quatre personnes depuis le 30 septembre 2013.

I. L'Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)¹

A. Présentation de l'établissement « Les Forges Royales » à Guérigny (58)

1. L'EHPAD

Ouvert depuis juin 2005 à Guérigny dans le département de la Nièvre, l'établissement s'impose dans un cadre de verdure et sur un site classé près des Anciennes Forges Royales. Il est situé à 13 km au nord de Nevers en allant vers Auxerre. Cet établissement accueille 60 résidents.

Des professionnels médicaux extérieurs interviennent régulièrement.

2. L'Unité de Vie Alzheimer : La « Petite Maison »

- L'Unité de Vie Alzheimer est ouverte depuis Janvier 2009

- 15 personnes âgées présentant une maladie de type Alzheimer ou apparentée sont accueillies dans cette unité également appelée « La petite Maison ».

3. L'Accueil de Jour

L'objectif est de permettre le maintien à domicile de la personne âgée tout en offrant un répit à l'aidant.

Des activités de plaisir et de bien-être sont proposées aux personnes, ainsi que des ateliers mémoire avec la psychologue et l'Aide Médico Psychologique, et des activités motrices avec le prof APA

4. Les différents services²

- Le service administratif
- Le service soins
- Le service animation
- Le service entretien
- Le service restauration

¹ D'après les données du livret d'accueil « Les Forges Royales » Guérigny (58)

² L'organigramme de l'établissement en annexe 1 page 61

B. Son projet : une qualité de vie ³

Le projet de vie est établi avec la directrice et l'équipe pluridisciplinaire.

Les valeurs communes se veulent à la fois universelles et appropriées à l'équipe de l'EHPAD ; elles s'inscrivent dans une démarche professionnelle qui fédère le projet de vie et de soins de l'établissement :

- Le respect de la personne dans son histoire, ses croyances, ses valeurs, ses demandes
- L'écoute du résident et de sa famille

L'éthique des professionnels quant à elle se retrouve dans :

- Le secret professionnel auquel chaque membre est soumis
- Le respect de l'avis de chacun de ses membres au travers la reconnaissance de ses compétences et ses responsabilités.

Ces critères s'appuient particulièrement sur les articles de la Charte des droits et libertés de la personne accueillie en EHPAD.⁴

Le projet de vie, le projet de vie individualisé, le projet d'animation et le projet de soin s'élaborent conjointement en ayant chacun des objectifs autour du bien être de la personne âgée mais aussi de son histoire de vie.

C. La personne accueillie.

1. Ses caractéristiques

L'âge des personnes hébergées se situe entre 66 ans et 102 ans. (EHPAD et UVA)

La résidence compte 13 hommes et 47 femmes en EHPAD. Ces personnes proviennent de divers endroits géographiques et de différentes classes sociales.

2. Différentes pathologies rencontrées dans l'établissement

- La maladie de Parkinson
- La maladie d'Alzheimer
- Les maladies cardiovasculaires
- Les maladies psychiatriques (psychose ...)
- L'ostéoporose
- L'incontinence urinaire et fécale
- L'arthrose

³ D'après les données du projet d'établissement « Les Forges Royales » Guérimy (58)

⁴ En annexe 2 pages 62-63-64

- Le cancer
- La dépression
- Les troubles sensoriels tels que la surdité
- Les déficiences de la vue tels que le glaucome, la cataracte, la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA)

3. La psychopathologie de la personne âgée

Outre l'aspect physique de la vieillesse, la personne âgée doit faire face à des pertes, des deuils qui la fragilise psychologiquement.

Des pertes de mémoire la contrarient, sans oublier les capacités physiques qui diminuent. La personne est sujette à la fatigue ; elle récupère plus difficilement ce qui peut engendrer de l'intolérance et de l'irritabilité.

Dès son arrivée en EHPAD, la personne âgée doit faire face à de nouveaux repères :

- Un lieu à découvrir
- Des nouveaux visages
- Une alimentation de collectivité

D'une part, la personne âgée va devoir se réorganiser. A son âge, s'adapter à un nouvel univers, peut être une difficulté. Elle doit apprendre à repérer sa chambre et les lieux de vie. L'institution est très spacieuse. Les couloirs sont nombreux et l'ascenseur peut également être un anxiogène.

D'autre part, la personne âgée est très soucieuse de sa santé et a besoin d'être rassurée. Des évènements tels qu'une gastroentérite, un rhume ou d'autres maladies fragilisent la personne âgée et peut entraîner le début d'un syndrome de glissement. C'est une décompensation rapide de l'état général faisant suite à une affection aiguë qui est en voie de guérison et qui paraît guérir. La personne semble refuser inconsciemment de vivre.⁵

Et puis, elle vit à un rythme comme ralenti ; ses déplacements prennent du temps. Sa capacité d'attention, de concentration diminue, et en animation, il faut le prendre en compte.

La personne âgée est facilement impressionnable face aux changements, à l'inattendu : les rendez-vous annulés et/ou reportés sont sources d'inquiétude, d'angoisse. Il ne faut pas tarder de l'en informer, si possible.

Exigence et agressivité s'observent souvent chez la personne âgée (par exemple elle souhaite sa douche à un horaire précis et lors des repas, elle veut être servie avant sa voisine).

⁵ Définition sur soins-infirmier.com

Ces comportements peuvent être aussi psychosomatiques et être la source d'irritabilité ou de dépression. D'où l'importance de faire des investigations neuropsychologiques.

Cependant, des personnes âgées font face aux traumatismes qu'elles subissent en puisant dans leur propre potentiel de créativité et d'adaptation : c'est le processus de résilience. Elles vont s'en sortir extraordinairement ; elles ont une capacité de se reprendre, de rebondir, d'aller de l'avant : c'est surmonter les épreuves, y résister et les dépasser pour continuer à vivre le mieux possible.

Ces personnes se reconstruisent grâce à un entourage affectif et d'empathie. Le fait de partager ce qu'elles ont vécu les aide aussi à continuer de vivre, d'être des battantes.

Selon Boris Cyrulnik « La résilience définit le ressort de ceux qui, ayant reçu le coup, ont pu le dépasser » [1]

4. Les droits des résidents⁶

Les personnes âgées accueillies en établissement bénéficient d'un certain nombre de droits, qui se traduisent notamment par les éléments suivants :

- le contrat de séjour

Une maison de retraite est tenue de signer un contrat de séjour avec chaque résident qu'elle accueille. Le contrat de séjour a pour but de garantir les droits des résidents ainsi que le respect de leur dignité. Il doit également mentionner la nature des prestations fournies, ainsi que leur prix.

- le conseil de la vie sociale⁷

La création d'un conseil de la vie sociale (CVS) est obligatoire dans les maisons de retraite médicalisées (EHPAD). Le CVS doit être consulté sur l'élaboration ou la modification du règlement de fonctionnement et du projet d'établissement. Il donne son avis et peut faire des propositions sur toutes les questions intéressant le fonctionnement.

- la charte des droits des personnes âgées⁸

La Charte des personnes âgées dépendantes a été élaborée en 1999 par la Fondation nationale de gérontologie et par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité. L'enjeu de cette charte est de faire reconnaître la personne âgée dépendante comme un sujet de droit. Elle met l'accent sur la qualité de vie car la maison de retraite est le lieu de vie principal des personnes âgées qui y résident.

⁶ http://www.maisons-de-retraite.fr/Ehpad/La-vie-en-etablissement/Les-droits-des-residents#article_0

⁷ Enquête de mise en place du CVS, en annexe 3 pages 65-66

⁸ En annexe 2 pages 62-63-64

Cette présentation de l'établissement met en exergue la prise en charge de la personne âgée. En effet, cela nécessite un travail d'échange, de communication avec les uns et les autres. Tout échange verbal et non verbal (mimiques, sourires, cris, gémissements, gestes ...) sont constamment omniprésents. Nous sommes des êtres de langage. Nous avons besoin de communiquer avec l'autre afin d'être acteur pour prendre soin de la personne accueillie. Gérard Ducourneau souligne ainsi « ...le moindre geste, le moindre son, est référé à quelque chose qui est de l'ordre du langage ... » [2]

Le langage verbal est le don par excellence pour l'être humain. Ce dernier est aussi producteur de bruits et de sons et nous avons tous une approche différente sur le sonore. Je vais montrer son importance dans la structure.

II] Un bain sonore omniprésent

A. Les bruits et les sons environnants

Définition du bruit et du son d'après «Le Petit Larousse » :

Le bruit est un ensemble de sons sans harmonie produits par des vibrations, perceptibles par l'ouïe : des bruits de pas. Le bruit des vagues

Le son est une vibration acoustique considérée du point de vue des sensations auditives ainsi créées. Un son est caractérisé par sa hauteur (liée à sa fréquence), son intensité (liée à l'amplitude des vibrations sonores) et son timbre, qui dépend des intensités relatives dans différents sons harmoniques qui le composent.

Les sons harmoniques

Les sons harmoniques ou sons partiels émanent d'un son fondamental. En fait, ils vibrent 2, 3, 4 ...fois plus vite que le son fondamental. Ils sont ténus et très aigus. Ils ont une influence sur notre perception. Le timbre d'une clarinette est différent du timbre d'une flûte car leurs sons harmoniques sont agencés différemment.

Le timbre, l'intensité et la hauteur

Ces trois caractéristiques du son doivent être pris en compte. En effet, le timbre de l'instrument ou de la voix est également important puisqu'il va offrir au son une certaine couleur. Selon le Larousse, c'est « une qualité particulière du son, indépendante de sa hauteur,

ou de son intensité mais spécifique de l'instrument, de la voix qui l'émet. Tout instrument de musique et toutes les voix humaines ont un timbre qui leur est propre.

L'intensité du son est perçue par nos sens et nous pouvons déterminer si le son est fort ou faible. Chaque individu a une sensation différente de l'intensité. Un son d'une intensité assez forte favorise une vibration importante sur notre corps et d'intenses émotions sont observables.

La hauteur fait mention de sons graves et de sons aigus. Ces différences de hauteur stimulent aussi nos émotions. Certaines personnes sont plus sensibles au son grave et inversement.

Les harmoniques, le timbre, l'intensité et la hauteur favorisent la stimulation de tout notre être et notre âme. Notre corps et notre psychisme vibrent au sonore. La musique résonne à l'intérieur de nous même.

Le bruit, dépourvu d'harmonie, n'est pas agréable à entendre. C'est un son qui me dérange, qui me gêne, qui me casse les oreilles soit parce que c'est trop fort soit il dure trop longtemps : j'ai envie de l'arrêter ; cela peut être le son lancinant de la télévision. Ce peut être aussi des cris répétés d'un malade ou une musique insupportable. Comme l'explique Alain Cabéro, il donne une définition

« ...le bruit est un son ou un ensemble de sons, provoquant chez l'individu un effet le plus souvent indésirable, pouvant même prendre un aspect insupportable, allant, parfois jusqu'à provoquer à certaines doses, un état de troubles intenses, voire un état pathologique chez la personne ». [3]

Dans cet établissement pour personnes âgées, les bruits et les sons de toutes sortes peuvent nous importuner :

- Le déplacement d'un chariot et de chaises
- Une information à donner à un résident
- Cris, paroles, gémissements, plaintes de résidents
- Les appareils auditifs des personnes âgées
- Les alarmes, les climatiseurs mobiles, les sonnettes de résidents
- Des collègues qui s'interpellent

Conclusion : Tout ce brouhaha est énervant. Le bruit, à la longue, fatigue. Des réactions de chacun à l'écoute imposée du sonore sont intéressantes à relever : nous avons tous en nous des sons que nous ne pouvons pas supporter. Pour certaines personnes, tel son n'aura pas d'incidence, et pour d'autres, il sera facile d'observer différentes réactions: des grimaces, une stupeur, les mains sur les oreilles et replié sur soi..., des injonctions vers celui qui crée le bruit.

B. La musique

Mon portrait de musicienne

La musique fait partie de ma vie lorsque je suis entrée à l'école de musique dès 1978. La clarinette est l'instrument que j'ai choisi. L'expérience dans un orchestre de musique de chambre m'a permis de découvrir le son et le timbre de mon instrument mais surtout d'oser faire « chanter » la clarinette. C'est à travers ma sensibilité et l'émotion que j'interprète l'œuvre musicale. On parle alors de la musicalité et les indications données sur la partition sont à suivre puisque c'est le compositeur qui indique le caractère de son œuvre : les nuances ; forté, piano, crescendo et le tempo ; ralentir, adagio, allegro ...

L'expérience musicale que j'ai acquise depuis des années fait donc partie de moi.

Depuis décembre 2009, je suis animatrice à plein temps. Je sais que la musique apporte de la joie et un bien être aux personnes âgées. C'est également pour cela que je souhaitais être formée à la musicothérapie et mettre en place un suivi thérapeutique avec les éléments de la musique pour des personnes en souffrance.

Qu'est-ce que la musique ?

Tous les sons, qui s'imbriquent entre eux, créent-ils la musique ? Parle-t-on d'esthétisme, de beauté, d'harmonie ?

La musique, selon le Larousse est (du latin, musica, de musa, muse) l'« Art de combiner les sons ».

Mozart le dit bien dans une de ses citations : « Je cherche les notes qui s'aiment ». Ses mots résument bien l'importance de l'harmonie entre les sons tout comme être en harmonie, en accord avec des personnes : entente, union. C'est vivre en harmonie, et il n'y a pas de désaccord, de dissonances.

Je peux donc avancer que l'harmonie musicale est l'ensemble de sons agréables à l'oreille.

Et ce qui est agréable à entendre, pour moi, me fait penser à la notion de beauté, d'esthétisme.

Où est-elle ?

Cet art est différent des autres. C'est une évidence. La musique ne peut s'exposer comme une sculpture ou une œuvre picturale. Bien que des artistes, peintres ou sculpteurs, se soient exprimés pour rendre la musique visible ou saisissable, par exemple, avec une œuvre de Alvar Cawén « Le Musicien aveugle », nous ressentons la délicatesse et la sensibilité des personnages peints.⁹ Les artistes peintres expriment, par leur talent, le musicien alors que la

⁹ Tableau de l'œuvre en annexe 4 page 67

musique ne peut pas être fixée sur une toile ou représentée par une sculpture. La musique est comparable au vent. Nous ne le voyons pas, par contre, nous le sentons sur notre peau ou grâce aux objets qu'il entraîne sur son passage.

A partir de cette dernière observation, Friedrich Chladni (1756-1827), physicien allemand, créé en 1807 une expérience étonnante : *Disposant du sable sur un disque de cuivre mis en vibration par un archet, il observe à différentes fréquences des figures régulières et géométriques se dessinant à la faveur du déplacement du sable.* « Qu'on juge de mon étonnement en voyant ce que personne n'avait encore vu. Il apparut une étoile à 10 ou 12 rayons, qui m'évoqua aussitôt les expériences sur les figures électriques (de Lichtenberg, en 1777). » *Chladni*.¹⁰

Mais alors, où se situe la musique, le sonore ?

Le sonore n'a pas de lieu propre. Nous savons bien que le son se propage grâce à l'air, arrive à nos oreilles via le nerf auditif qui sera traité dans différentes régions du cerveau. Il est à la fois invisible à nos yeux et ne peut être touché ? C'est le sonore qui nous touche, qui nous émeut jusqu'aux larmes !

Qui est le créateur de la musique ?

Est-ce que c'est l'interprète ? Le compositeur ? Celui qui entend ? L'objet sonore ? Je dirais que tous ces paramètres créent la musique. Le compositeur élabore une œuvre. C'est l'étape de l'écriture musicale. Cette œuvre musicale sera ensuite en représentation face à un public. Ce jour là, cette œuvre sera officiellement créée.

Cette œuvre musicale enfin créée sera teintée de différentes couleurs d'interprétation car différents chefs d'orchestre et musiciens vont la rendre existante selon leur sensibilité.

Au fil des ans, la technique va permettre de pouvoir réécouter l'art musical. Des supports musicaux seront fabriqués pour « capturer » cette écoute musicale ; du phonographe au mp3 en passant par les vinyles et les CD, la technologie nous propose différents moyens d'accéder à la musique.

La musique a des effets positifs ou négatifs

- Sur moi

Pourquoi je ressens au fond de moi une vive émotion de joie, des frissons sur la peau et des larmes aux yeux ? Pourquoi tout cela arrive dès que j'entends une œuvre musicale interprétée par exemple par des cordes (violons). Cela me transporte l'âme ? Ces quelques expériences sont personnelles et je sais que je ne suis pas la seule à les vivre. Cette musique me plaît,

¹⁰ Desmusiquespourguerir.com/chladni-le-son-cree-la-forme/

m'apporte un bien-être. Voici des mots que je formulerais pour exprimer mon ressenti : «Que c'est magnifique, que c'est beau ! C'est merveilleux ». Mais cela n'est pas assez juste pour dire ce que je ressens. Cela dépasse l'émerveillement, cela touche le spirituel. Est-ce alors un autre monde qui se dévoile et qui laisse entrevoir grâce à notre musique les Portes du Divin ? Selon Mireille Marie « Etre écoutant, c'est devenir conscient, vivant : présent à soi et à l'autre et à l'unisson du cosmos ». [4]

- Sur les résidents

Les résidents apprécient les ateliers « musique et chansons ». Des sourires, des rires et des échanges conviviaux s'observent : les personnes se passent les fiches paroles, deux dames commencent à retrouver la mélodie. Des souvenirs de jeunesse sont livrés discrètement à son voisin ou sa voisine. Des sourires apparaissent et d'autres jubilent d'avoir entendu des anecdotes grivoises.

Je les laisse choisir aussi leurs chansons qui les font résonner en eux. Ils retrouvent les paroles et la mélodie mutuellement. Et puis, ils apprécient que je les accompagne à la clarinette et à la guitare. Toutes ces observations relevées montrent bien les effets thérapeutiques de la musique sur les résidents. Ils sont détendus et apaisés.

D'autres évènements à caractère musical sont omniprésents tout au long de l'année

Les résidents me rapportent leurs impressions : ils ont passé un moment agréable. Cela leur reste gravé longtemps dans la tête puisqu'ils m'en reparlent encore : « Mais quand vont-ils (les danseurs russes) revenir ? », « Et leurs costumes, comme ils étaient magnifiques avec toutes ces couleurs... Oh, ce petit jeune, il joue admirablement du violon mais quel âge a-t-il ? Il faut qu'il revienne jouer encore ! » Ce sont ce style de phrases que j'entends.

La musique fait beaucoup d'effet sur ces personnes. Cela leur permet de partager leurs émotions. Ils ont un bien être qu'il garde longtemps jusqu'à la prochaine fête. Ils sont dynamisés et leurs sourires favorisent la communication avec les autres résidents. Ainsi lors du repas par exemple, ils échangent, ils racontent ce qu'ils ont vécu. Ces diverses animations leur donne le désir d'être avec l'autre et de communiquer.

La musique stimule également les émotions sur d'autres personnes de l'établissement

- Sur les collègues

Des collègues ont rapporté leur mal être lorsqu'ils avaient entendu une chanson et m'avaient adressés une pétition signée afin de cesser cette musique mortifère. Pour certaines personnes, cette musique entendue ne les a pas dérangées. La réaction de chacun est

différente ; elle est en adéquation avec leur état psychologique du moment. Le choix d'une musique peut être source de bien-être comme de mal être ; elle peut faire ressurgir un événement du passé qui demande à être expliqué et compris.

Une infirmière me rapporte qu'elle ne supporte pas d'entendre le son du piano. Etant jeune, sa mère l'avait forcé à l'apprendre alors qu'elle aurait aimé jouer du violon. Elle a, depuis, réalisé son rêve.

Une collègue m'a avoué que le timbre de la clarinette lui apportait de la tristesse. Lors des ateliers « musique et chansons », j'utilise un répertoire qui convient aux résidents alors que cette collègue me dit que ce genre de chansons la rend triste. Ses remarques illustrent tout à fait que la musique résonne en chacun de nous d'une manière particulière. Les chansons que les résidents apprécient représentent leur iso sonore : c'est l'histoire du sujet qui est au cœur de la prise en charge en musicothérapie. C'est leur identité sonore.

Ces observations font prendre conscience du choix d'une écoute musicale à faire avec discernement à des fins thérapeutiques auprès de patients.

C. Et pourquoi l'être humain est-il si sensible à la musique, au sonore ?

1. L'homme et le sonore : une histoire intime

Le rythme et le son dès la conception de la vie

Tout être humain est un être sensible au sonore : dès la vie intra utérine, le fœtus vit dans un bain sonore. Et il le perçoit à quatre mois et demi. Il n'aura pas encore acquis la faculté d'entendre les sons mais c'est grâce aux organes des sens, fonctions par laquelle le système nerveux perçoit consciemment et analyse les phénomènes extérieurs : le liquide amniotique où se développe le bébé est continuellement en mouvement. Tous les vaisseaux sanguins qui transportent le sang favorisent aussi un flux rythmé par le muscle du cœur, les cellules qui se multiplient font parties du processus ainsi que les bruits intestinaux et les battements du cœur de la mère et celui du fœtus. Nous pouvons aussi identifier d'autres sons extérieurs : la voix de la mère et du père en premier puis d'autres voix telles que celles des proches et tous les sons environnants.

Tout ce bain sonore est amorti par le liquide amniotique. Le bébé a la sensation d'entendre des sons sourds ; quelques sons plus ou moins aigus. Seules les basses fréquences sont nettement perceptibles par le fœtus. Ce sont des infrasons : des vibrations de même nature que le son, mais de fréquence trop basse (inférieur à 15 hertz) pour être perçues par l'oreille humaine dû au liquide amniotique.

La rythmicité des journées fait également partie de la vie du fœtus : il perçoit le rythme des saisons, le rythme des repas. Pendant sa conception, le bébé aura intériorisé toute une palette sonore qui sera son identité. Son identité sonore comme le dit Benezon, son *Iso Sonore* « partons de l'hypothèse que déjà, à l'instant où le spermatozoïde s'unit à l'ovule pour former

l'œuf, nidation dans l'utérus, toute la mosaïque génétique est présente. C'est pour cela que dans la clinique et dans le processus thérapeutique la connaissance de l'histoire familiale est importante pour la reconnaissance de l'identité sonore ». [5]

C'est à partir de sa naissance que son patrimoine sonore va se développer. Tout au long de sa vie, la société va lui apporter des possibilités culturelles et c'est cela qui va l'enrichir.

Son environnement aura une grande importance car il va y contribuer ainsi que ses recherches personnelles.

L'histoire de vie : l'identité de la personne : un recueil de données pour l'aide à la thérapie

Qu'en est-il alors de la prise en charge en musicothérapie de la personne âgée ? C'est à nous, musicothérapeute, de découvrir leur histoire de vie : Et Gérard Ducourneau nous en donne une explication intéressante : « En musicothérapie, il nous faut tenter de décoder ce qui fait que, dans l'œuvre musicale ou dans l'association des œuvres, quelque chose provoque une réaction, mais nous ne pourrions le faire qu'en fonction de l'histoire de l'individu, de son rapport avec les éléments constitutifs de la musique et le monde qui l'entoure. » [2]

Effectivement, c'est par l'intermédiaire de la famille du patient que je peux récolter des renseignements sur ses goûts musicaux et établir une fiche personnalisée de suivi. Puis cette fiche peut être complétée par la recherche faite lors des séances en musicothérapie ou lors d'atelier musique et chansons ; la personne peut réagir à une chanson qui n'était pas indiquée par la famille. Je peux aussi recevoir d'autres renseignements par l'équipe soignante lors de la préparation du projet de vie ou lorsqu'elle est en soin avec la personne. Toute cette démarche est importante car cela peut aider au suivi thérapeutique.« Ce qui nous intéresse en premier lieu c'est qu'à l'évidence le son est étroitement lié à l'histoire de l'individu. Cela nous autorise donc à l'utiliser en musicothérapie et permet de comprendre le concept d'identité sonore avancé par Benenzon [5]

Du sonore plein les oreilles et plein la tête

➤ Des bruits sont présents dans notre vie quotidienne

- Les aboiements de chiens
- La circulation de transports en commun
- Les klaxons
- La tondeuse à gazon
- Les conversations
- Le déplacement de poubelles ...

➤ La musique fait partie de l'environnement de l'homme

- C'est l'identité d'un groupe (Nationalisme : en France « La Marseillaise », les jeunes, culture d'une région de France (par exemple le folklore Provençal))
- Dans les magasins
- Lors des fêtes publiques et familiales : cette écoute favorise la communication avec les autres : détente, bien-être.
- Dans les cabinets dentaires : la musique favorise la détente du patient lors du soin
- Lors des offices religieux : permet de porter la prière dans un même cœur, en communion entre les croyants
- Des comptines et chansons pour les enfants : calme, berce et rassure : un instant privilégié avec la maman et son enfant, favorise l'accès à l'imaginaire, à la créativité, favorise le mouvement, la motricité, le jeu et l'apprentissage, la mémoire
- Lors des attentes téléphoniques : une écoute musicale favorise la détente, et l'attente dans de bonnes conditions, si toute fois la musique nous est agréable. Tout est subjectif.

L'être humain vit avec toute cette palette musicale ou sonore. Il baigne constamment dans un univers rempli de sons.

Comment pouvons-nous accueillir la musique si nous en avons plein les oreilles ? Comment puissions-nous nous mettre à l'écoute puisque nous en écoutons malgré nous ? Comment pouvons-nous écouter notre résonance intérieure ?

Le silence est un élément essentiel dans la musique.

Il est la respiration. Il est le moment présent pour accueillir une écoute sonore choisie.

C'est dans le silence que le son va naître. Eckart Tolle nous dit « Tous les sons naissent du silence, retournent y mourir et y évoluent pendant leur durée de vie. Seul le silence permet au son d'exister. Il fait intrinsèquement partie de chaque son, de chaque note de musique, de chaque chanson, de chaque mot [...]. » [6]

A la 14^{ème} séance, Mme C. me dit : «ça fait drôle quand la musique est finie »

La musique remplit l'espace, nos oreilles et notre cerveau. Dès qu'il n'y a plus de source sonore, on ressent comme un manque, comme un vide. On est un peu étourdi de ce silence, qui d'ailleurs n'est pas absolu. Il faut du temps pour que cette sensation n'existe plus, le temps que le sonore quitte tous les conduits auditifs de l'oreille et les synapses du cerveau. Mais ce vide, n'est-il pas anxiogène, car des gens ne supportent pas d'être dans le silence. Ils ont besoin d'entendre des sons pour ne pas se sentir seuls ! La télévision, par exemple, reste

constamment allumée alors qu'ils ne la regardent pas !!! Sa présence a pour fonction de tenir compagnie. Sur le lieu de l'EHPAD, les résidents sont continuellement dans un bain sonore.

Lors des séances en musicothérapie avec Mme C., je l'invite à ce temps de silence avant de proposer une écoute musicale. Le silence est une respiration pour prendre le temps de revenir à soi et accueillir un autre travail. Tout au début de la prise en charge, Mme C. avait un comportement agité : je la voyais indécise entre se lever et s'asseoir. Et elle me demandait d'écouter une chanson ou d'utiliser le tambourin. Le silence n'est pas facile pour elle. Elle me dit lors d'une séance que jouer avec le tambourin rythmique permet d'oublier ses angoisses.

Après quelques mois, elle est plus patiente et a un comportement plus détendu. Elle accueille ce silence en fermant les yeux. La durée du silence peut être de une à trois minutes. Même si c'est court, le vivre paraît toujours trop long pour certaine personne.

2. Notre oreille, l'organe auditif

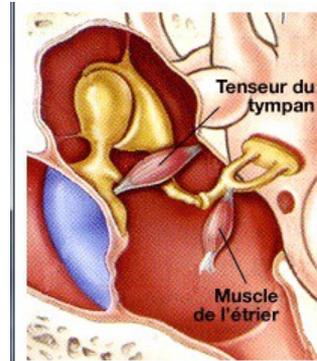
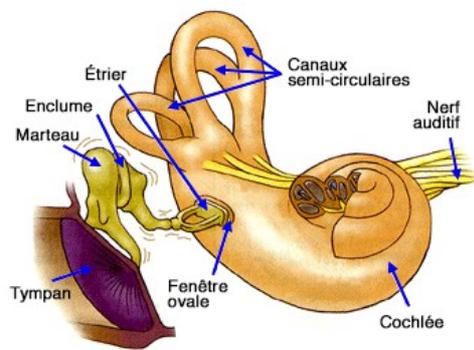
Notre organe auditif est constitué de trois parties :

- L'oreille externe
- L'oreille moyenne
- L'oreille interne

Les ondes sonores sont captées par le pavillon de notre oreille externe. Après leur passage dans le conduit auditif, ces ondes rencontrent le tympan et vibre de la même manière que la partie supérieure d'un tambour. Les trois osselets (le marteau rattaché sur l'autre face du tympan, l'enclume et l'étrier en relation avec la cochlée grâce à la fenêtre ovale), sont à leur tour sollicités et transforment les ondes acoustiques en ondes vibratoires pour les transmettre à l'oreille interne (le vestibule et la cochlée)

Dans l'oreille interne, la cochlée qui contient un liquide (l'endolymphe) a une forme de limaçon constituée tout du long de deux tuyaux membraneux séparés par une cloison : la membrane basilaire.

Environ 20000 cellules ciliées sont accrochées sur cette membrane. Ce sont des capteurs. Dès que la membrane oscille, les cellules ciliées transmettent l'énergie électrique (ondes vibratoires transformées dans la cochlée) aux nerfs auditifs puis vers le cerveau.



Le muscle de l'étrier (les sons aigus) et le muscle du marteau (les sons graves) ont aussi un rôle à jouer concernant notre perception au son : lorsqu'ils se tendent, les aigus s'ajustent et s'équilibrent.

Que se passe-t-il dans le cerveau lorsque les ondes acoustiques touchent nos tympons ?

Dès que le sonore s'est transformé en énergie électrique pour être traité dans certaines parties du cerveau, c'est à ce moment là que le son est créé. Notre perception du son est liée à notre conscience car nous sommes des êtres vivants.

Tout un processus chimique s'opère à travers des cellules : le sonore stimule certaines régions du cerveau. La musique active les circuits neuronaux de la gratification (mésencéphale, striatum ventral et cortex orbitofrontal droit), et chanter entraîne la production d'endomorphine, les hormones du bien-être.

La dopamine, un neurotransmetteur chargé de transmettre des informations entre les neurones, a un rôle central dans la motivation. Mais la maladie de Parkinson provoque la disparition des neurones dopaminergiques. En favorisant l'écoute de musiques rythmiques, ces neurones sont stimulés et sécrètent de la dopamine. Ainsi, les personnes atteintes de la maladie de Parkinson peuvent retarder l'évolution de leur maladie en participant à des activités telles que la danse et le chant.

Pierre Lemarquais précise : « C'est la raison pour laquelle la prise de dopamine à la base du traitement de cette maladie active parfois cette voie de la récompense, provoquant des comportements non souhaités de recherche frénétique du plaisir ».[7]

Les ondes sonores ne sont pas entendues et réceptionnées que par notre organe auditif.

Notre corps est sensible aussi à tous les sons environnants

3. Notre corps

Le corps humain vibre dès qu'il s'approche d'une source musicale ou sonore. Nous savons que le son se propage dans l'air et le gaz mais aussi dans les liquides et les solides. Notre corps étant constitué à 80 % d'eau, le son touche nos organes, les tissus et les os.

Le chant est le moyen pour vivre cette expérience vibratoire corporelle. Dès que nous émettons des sons à l'aide de nos cordes vocales, nous pouvons nous apercevoir que les parties du corps vibrent et résonnent. Le son se propage dans la peau et les os. C'est le phénomène de résonance.

Mireille Marie utilise ce processus avec le chant afin de libérer des nœuds émotionnels: « Un principe d'analogie va agir dans la relation de deux corps en train de chanter ensemble non seulement au niveau sonore, mais également au niveau psychique ». [4]

Selon les caractéristiques du son, telle que la hauteur, certaines parties du corps vont résonner différemment. Si on chante une note grave, le son résonne en bas de notre corps, une note aiguë résonne dans la tête et une note moyenne au niveau de la poitrine. Notre corps, de la tête aux pieds a une étendue de quatre octaves. Chaque emplacement de la note sur notre corps correspond à des énergies appelées les « chakras ». Marie Louise Aucher, cantatrice, fait cette découverte dans les années 60 lors d'un concert. Elle développe sa méthodologie d'harmonisation physique et psychique par la voix, la psychophonie.¹¹

Mireille Marie s'est inspirée de cette méthode et de cette technique, entre autres, et propose une approche psycho-corporelle : l'Euphonie Vocale ; une invitation à découvrir et à libérer son potentiel vocal et aussi pour notre corps, perçu comme un instrument de musique.

Ces méthodes citées proposent un épanouissement personnel pour apprendre l'harmonie de soi, être à l'écoute de son corps et trouver un équilibre psychique vers un bien-être. N'est-ce pas une démarche à réaliser pour soi et pour le musicothérapeute afin qu'il soit tout entier en résonance à la personne en souffrance ?

¹¹ D'après le document de Alain Boudet Dr en Sciences Physiques, Thérapeute psycho-corporel, Enseignant <http://www.spirit-science.fr>

III] La musicothérapie

A. Des notions Clés

- La définition de la Fédération Française de musicothérapie

En 2009, la Fédération Française de musicothérapie propose cette définition et est donc inscrite sur la fiche métier :

« La musicothérapie est une pratique de soin, d'aide, de soutien ou de rééducation qui consiste à prendre en charge des personnes présentant des difficultés de communication et/ou de relation.

Il existe différentes techniques de musicothérapie, adaptées aux populations concernées : troubles psychoaffectifs, difficultés sociales ou comportementales, troubles sensoriels, physiques ou neurologiques.

La musicothérapie s'appuie sur les liens étroits entre les éléments constitutifs de la musique, et l'histoire du sujet.

Elle utilise la médiation sonore et/ou musicale afin d'ouvrir ou restaurer la communication et l'expression au sein de la relation dans le registre verbal et/ou non verbal »¹²

- « Ouvrir des canaux de communication »

La musicothérapie est destinée à des personnes qui ont des difficultés à communiquer ; en effet, Benezon utilise cette assertion : « Ouvrir des canaux de communication » pour ces personnes en souffrance.

Que veut-il dire ? Nous savons que l'être humain communique de différentes façons :

Ce qui se réfère au registre digital :

- Le verbal ; C'est-à-dire la parole
- L'écriture

Ce qui se réfère au registre analogique ou non verbal

- A partir du corps : posture, geste, mouvement, claquement de langue, bruits de bouche, clapping
- Les émotions : larmes, cris, gémissements, colère, rire
- Les expressions du visage : mimiques, sourires,
- Les expressions picturales : dessin, peinture
- La voix ; la prosodie de la voix (partie émotionnelle) : murmurer, chanter, fredonner

¹² D'après la fiche métier de la Fédération Française de Musicothérapie (2009)

Le musicothérapeute aura donc en premier lieu de trouver le code pour communiquer avec le patient. Il va donc utiliser la médiation sonore et/ou musicale, celle qui résonne chez la personne. Cette relation entre le musicothérapeute et son patient va se structurer dans le temps et ce processus sera thérapeutique.

Il n'y a pas de ségrégation dans la musique. Et chez l'adolescent, sa musique n'est pas forcément la notre : son choix de musique qu'il conviendra de lui faire écouter sera soit du Pop, Métal, Hard Rock, du Rap, Electro acoustique et de la techno. Il s'identifie à cette musique ce qui nous amène vers le concept de l'identité sonore et se rapporte à l'histoire du sujet, à sa culture.

Le sonore et le support musical ne sont que des outils pour amener le patient à la communication verbale. C'est à partir de ce moment là qu'il y a thérapie.

- Les différentes techniques utilisées

- La musique réceptive

Cette technique prend tout son sens puisque tout va se jouer à partir de l'histoire du sujet. Avant la première séance, je me suis entretenue avec Mme C. pour connaître ses goûts musicaux. Je lui ai fait écouter des chansons de variétés de l'époque des années 60-70. Elle me dit aussi qu'elle aime chanter. Pour elle, les chansons résonnent et les connaît pratiquement par cœur. Elle suit la chanson surtout au moment du refrain. Ceci lui déclenche des souvenirs de son passé et me les raconte.

- La musique active (Avec M. B.) séance n° 23

Avec M. B. une relation s'est installée avec l'aide du xylophone.

Je dispose le xylophone face à lui

Consigne 1 : Faire sonner les lames du do au sol (je retire que les lames la et si)

M. B me dit que ce sont les mêmes car il voit le même noms des notes qui se répètent : do ré mi fa sol = les graves puis la gamme suivante : do ré mi fa sol = les aigus

Je retire les lames diésées

Consigne 2 : Faire sonner do ré mi fa (grave) puis do ré mi fa (aigu)

Consigne 3 : Faire sonner do à sol (aigu) = M. B ; Faire sonner do à sol (grave) = moi

Consigne 4 : même chose et cette fois-ci Do# ré# fa# sol# la# et Do ré fa sol la

Je crée une mélodie puis je demande à M. B. de faire de même. Il réussit la consigne. Je le félicite, et cela le fait sourire.

- Le complexe « son/être humain/ son »

Tous les éléments de la musique vont permettre à la personne en souffrance de retrouver sa façon de reprendre le contact verbal. Le son entendu et accueilli provoque un stimulus chez la personne et y répond et ainsi de suite en boucle: Rolando Benazon, parle du « complexe son/être humain/ son ».

« La compréhension de la dynamique de ce complexe et le fonctionnement des divers processus qui l'alimentent forme les bases de la musicothérapie » [5]

Le complexe « son /être humain/ son » est l'ensemble de tous les éléments qui produisent le son et nous les retrouvons :

- Dans la nature : le vent dans les arbres, le chant des oiseaux et tous les cris des êtres vivants, le bruit de l'eau des rivières, les gouttes de pluie.
- Avec le corps humain (percussions corporelles).
- Dans le corps humain (les battements du cœur, la respiration, les bruits intestinaux, les articulations, les mouvements musculaires) et son système nerveux.
- Les instruments musicaux.
- Nos sens, organes de la perception du sons : le toucher, la vue, l'ouïe, la perception interne.
- La réponse aux stimuli : émotions, mouvements, parole c'est-à-dire tous les canaux de communications

Les interactions vont se créer entre tous ces éléments et l'être humain. Toute cette richesse, qu'il aura acquis au fil du temps, représente son potentiel sonore.

B. Musicothérapie et la maladie d'Alzheimer

Il y a « musique » et « thérapie » et d'ailleurs, c'est ce qui pose problème ; on ne « soigne » personne avec la musique et pourtant elle a des effets thérapeutiques.

Nous savons que la musique utilisée dès l'Antiquité, particulièrement en Grèce, pour ses vertus thérapeutiques, soignait les personnes souffrantes d'insomnies, d'angoisses et autres maux de l'âme.

La musique continuera à évoluer et donc à s'enrichir à travers l'histoire de l'humanité : la découverte de la polyphonie, du contrepoint, de l'harmonie, de la tonalité vers l'atonalité. Ces différentes techniques d'écriture seront des atouts qui aiguïseront notre sensibilité et déclencheront des émotions. D'ailleurs, des soins étaient prodigués auprès des soldats traumatisés psychologiquement. L'écoute musicale avait un rôle de médiateur. Des témoignages expliquent les effets de la musique sur ces personnes en souffrance : « Entre Poilus, on se

comprenait grâce à la musique et aux airs des chansons connues ». La musique apportait « un moment d'élévation et d'oubli »¹³

Les gens chantaient afin « d'occulter la dureté de cette guerre (Tino Rossi, Charles Trenet, Edith Piaf, Lucienne Delyle, Maurice Chevalier...) ». ¹⁴

Avec le développement de la psychologie, la musique s'utilise ensuite en thérapie. On parle alors de musicothérapie qui se distingue dans le milieu médical : elle est pratiquée pour soigner la psychose et l'autisme. Elle se développe surtout dans des centres psychiatriques où la médecine traditionnelle ne suffit plus.

Au vingtième siècle, des chercheurs en neurosciences peuvent expliquer le fonctionnement du cerveau. Ils découvrent les lésions du cerveau d'un patient atteint de la maladie d'Alzheimer. Cette dégénérescence neuronale provoque des défaillances des lobes frontaux. L'hippocampe, dont son rôle est la récupération des détails associés aux souvenirs, n'est plus efficace. Ces personnes ne peuvent plus faire appel à la mémoire épisodique (qui concerne les événements), la mémoire sémantique (les connaissances générales) ainsi que la mémoire procédurale (la mémoire des gestes). Ces pertes mnésiques ont des répercussions à la fois sur la personne malade et sur son entourage. Les fonctions cognitives de la personne malade sont altérées ; on parle alors d'agnosie (incapacités de reconnaissance), d'apraxie (incapacité à exécuter des gestes) et d'aphasie (troubles du langage).

Et pourtant, le malade a la capacité de chanter une chanson par cœur. Grâce à l'écoute d'une chanson de son choix, il se souvient des événements précis de sa jeunesse : la musique « réveille » donc sa mémoire. La musique suit différentes voies dans les régions cérébrales. Puisque l'hippocampe est altéré, le sonore suivra la « route du bas » en passant par le thalamus et l'accès aux souvenirs se fera par le canal des émotions, grâce à l'amygdale située dans la région antéro-interne du lobe temporal.

➤ En séance de musicothérapie avec Mme D.

Je prends en charge depuis le 30 septembre 2013, Mme D. Elle est atteinte de la maladie d'Alzheimer. Cela fait donc deux ans et demi qu'elle est hébergée en institution médicalisée. Lors de la séance de musicothérapie, je commence par de la musique réceptive. Je lui fais écouter des chansons d'Edith Piaf : elle fredonne la chanson, cherche et retrouve les bons mots. A la fin, je lui dis : Ah, c'est la meilleure des musiques » « Ah ! Non » me dit-elle, c'est Merkès » Est-ce qu'elle veut dire Paulette Merval et Marcel Merkès ? En tous cas, le lundi suivant, je lui fais donc écouter une chanson de ces chanteurs et également Bernard Plantey et Colette Riedinger « La Bonne Auberge du Cheval Blanc »

¹³ Article de presse publié le 6 Août 2014 en annexe 5 page 68

¹⁴ Liberte.chantant.free.fr/expose/deuxiemeguerre

J'ai observé que ces chansons lui sont bien connues, et elle semble apprécier de les écouter puisqu'elle participe avec le sourire et frappe des mains. D'ailleurs, Oliver Sacks illustre bien mon propos : « Mais ces sujets sont malgré tout accessibles à la musicothérapie parce que la perception, la sensibilité, l'émotion et la mémoire musicale peuvent survivre longtemps après que les autres formes de mémoire ont disparu. » [8]

C. Devenir musicothérapeute

1. Les séances de musicothérapie didactique

On ne naît pas musicothérapeute ; on le devient... Nous ne pouvons pas prétendre être musicothérapeute s'il n'y a pas eu une démarche personnelle. C'est avant tout apprendre à se connaître. Comment fonctionne-t-on face à des situations difficiles?

Des situations embarrassantes, désagréables ou traumatisantes peuvent nous déstabiliser voire nous mettre en danger ? Il y a un travail à faire mais avant de commencer ce travail sur soi, une étape est à vivre pour bien se rendre compte de la manière dont nous réagissons : à savoir, nos émotions et les reconnaître, les repérer, et voir comment nous rétablissons la situation par un moyen inconscient de survie grâce aux mécanismes de défense.

C'est donc à travers les séances de musicothérapie didactique que nous découvrons des aspects de notre personnalité. Notre façon de réagir est le reflet de notre éducation, c'est notre histoire personnelle, mise à l'épreuve par l'intermédiaires d'autre stagiaires qui eux aussi ont leur propre histoire. Qu'est-ce que la musicothérapie didactique ? Le professeur Rolando Benenson nous dit : « Le travail avec les personnes que l'on nomme malades mentales impose l'usage et la connaissance du contexte non verbal et celui qui intervient doit faire une expérience personnelle afin de parvenir à reconnaître les propres blocages et possibilités de son expression dans ce contexte. » [5]

Définition du terme « didactique » d'après le Petit Larousse : Qui a pour objet d'instruire ; pédagogique.

Méthodologie d'une séance de didactique sur une session :

- Groupe de 6 personnes et d'un musicothérapeute
- La consigne peut être connue de différentes manières
 - Le musicothérapeute s'exprime verbalement, ou ne dit rien (geste de la main), il prend un instrument et commence à jouer ou reste immobile et ne dit rien
- Durée : le temps fait partie du processus entre 45 minutes à une heure

- Le temps de verbalisation se fait après la séance et lorsque tous les participants ont repris leur place. Ce moment est structuré ; la prise de parole est donnée en premier aux observateurs puis aux participants et enfin au co-musicothérapeute (un stagiaire)
- Une verbalisation est aussi prévue et se déroule en présence d'un psychologue clinicien en fin de semaine. Ce temps de paroles permet de nous exprimer sur le vécu de la session et de lâcher des tensions, des blocages et de repartir en paix avec soi-même.

Participer à une séance de didactique, c'est :

- Se confronter à certaines difficultés (mal être, des traumatismes du passé pas soignés qui resurgissent suite à des situations vécues lors de la séance : cela peut être lors de la musique réceptive (une écoute musicale rappelle des souvenirs douloureux) ou (par exemple ; une intimité non respectée : nos émotions à écrire sur un papier et qui n'a pas été rendu à l'auteur à la fin de la séance : pour certaine personne cela est difficile à vivre) ou en musique active (par exemple ; le choix d'instrument de musique peut apporter une difficulté à la personne car elle peut se sentir frustrée face aux autres et pas savoir quoi faire avec : l'instrument ne « sonne » pas comme elle l'aurait voulu)
- Apprendre à contrôler ses émotions
- Se connaître au niveau de ses mécanismes de défenses
- Un protocole rigide est indispensable pour le bon déroulement de la séance didactique : il est conseillé pour les observateurs de ne pas rire ou de ne pas intervenir même si le participant l'invite.

Un exemple d'une séance de didactique :

- La musicothérapeute distribue les foulards
- Chaque participant va évoluer dans l'espace, sur une musique.
- Dans un premier temps, constitution de deux groupes en cercle et chaque participant tient un foulard
- Dans un deuxième temps, chaque participant se place en un cercle et évolue avec leur foulard sur une écoute musicale.

Temps de Verbalisation :

Les stagiaires observateurs donnent une synthèse de la séance. Ils ont noté des moments de tension et de détente, de relâchement. Les participants ont levé les bras ce qui a permis de reprendre l'expression corporelle tout en dénouant les foulards. La difficulté était de trouver l'équilibre entre les participants, d'être à l'aise avec son corps, sa voix et d'être à l'écoute de l'autre.

Ce que je rajoute personnellement :

Nous vivons cette séance didactique souvent centrée sur nous même : dans notre tête, des pensées surgissent et nous sommes constamment à nous juger : est-ce que je suis ridicule ? Est-ce que je dois faire comme ça et pas autrement ? Si je fais comme ça, que va penser l'autre de moi. Tous ces tiraillements que nous créons, nous empêchent d'être dans le mouvement alors qu'un lâcher prise permet de vivre pleinement la séance, de s'oublier et favoriser un travail avec l'autre. Il faut laisser faire les choses sans rechercher constamment le contrôle de la situation.

C'est aussi un travail sur soi ; ce processus fait partie d'un développement personnel : prise de conscience de soi, confiance en soi, bien-être, apprendre à se connaître afin de vivre en harmonie avec soi même.

Les affects et les émotions

Travailler sur l'identité : nous avons utilisé notre prénom ; c'est notre intimité qui est touchée. Notre prénom, dès notre naissance et même avant notre naissance s'est installé au plus profond de nous même par nos parents en premier. Notre prénom, c'est notre « Moi » notre personnalité. Il s'est intégré, mélangé dans notre chair, notre âme, notre être tout entier ; il est l'identité à part entière. Au timbre de la voix qui nous appelle (on retrouve l'importance du sonore !) par notre prénom, une émotion surgit en nous. On peut éprouver de la frustration dès que nous entendons notre prénom car c'est un souvenir de l'enfance qui revient comme un boomerang : notre prénom entendu sèchement peut nous rappeler que nous étions grondé étant jeune et cela nous a marqué ; notre prénom, c'est notre histoire familiale. « L'identification est un des processus essentiels de la formation de la personnalité [...] c'est la période « oedipienne » où l'enfant fait l'apprentissage de l'amour-sentiment avec le parent du sexe opposé ». [9]

Le dire : nous sommes installés en cercle et nous sommes invités à nous présenter ; difficile de dévoiler son intimité face à la personne lorsque nous devons dire notre prénom (en se déplaçant sur l'espace de la salle : ce que nous pouvons observer de cet exercice : une gêne, une émotion nous envahit ; notre regard croise le regard de l'autre et instinctivement, le sourire apparaît : c'est une relation non verbale et déjà la communication naît. C'est par le

regard de l'autre que nous existons, par le miroir, qui nous rassure et cautionne l'ici et maintenant, ce que nous vivons.

Le chanter : travailler sur la voix : la voix fait partie de notre identité, c'est l'intime qui se dévoile face à l'autre. Nous avons peur de faire entendre notre voix. Pour ne pas être gêné, il est judicieux de faire un travail car notre mal être va passer à travers l'émission vocale et toutes nos émotions seront dévoilées, mises à nu. L'émission vocale ne sera pas juste: c'est par le travail de respiration, de relaxation et de chants, que nous obtiendrons plus d'aisance et nous aurons plus confiance en nous même.

L'exprimer avec le corps, le geste : travailler notre relation au corps et dans l'espace : si nous ne sommes pas à l'aise avec notre corps, il est nécessaire de faire un travail. Apprendre à bouger son corps, à se mouvoir sur des enregistrements musicaux qui nous plaisent.

Travailler sur la durée : le « travail » se met en place au bout de 30 minutes environ; en effet, des mécanismes de défense vont apparaître. Si des blocages ou des situations nous dérangent alors nous serons invités à travailler la voix, travailler sur le déplacement dans l'espace, ... pour être plus à l'aise lors des prises en charge avec nos patients.

Lors de séances didactiques, et au fur et à mesure de les pratiquer, nous nous apercevons que nous réagissons parce que nos émotions nous envahissent que ce soit sur le plan psychique (plaisir, joie, dégoût, anxiété, agression) et/ou sur le plan du comportement (par des rires, des crises de larmes, un repli sur soi, ou s'énerver). Notre psychisme s'organise de manière à nous protéger lors de situations angoissantes: un système défensif inconscient se met en place. Notre énergie a besoin d'être évacuée.

Depuis le 30 septembre, je prends en charge des personnes âgées en suivi individuel et j'ai observé lors de séances de musicothérapie que certaines personnes ont montré des mécanismes de défense.

Les mécanismes de défenses

Définition :

Les mécanismes de défenses sont les différents types d'opérations psychiques, ayant pour finalité la réduction de la tension psychique interne. Ils sont généralement utiles pour la protection de la cohésion de l'appareil psychique, afin de sauvegarder son équilibre, des pressions et des contradictions qui proviennent des conflits entre le Ça (pulsions) et le Surmoi.

- Un certain nombre d'entre eux sont utilisés de façon permanente et banale.
- C'est ce qui donne naissance aux « traits de caractères » des personnalités saines.

Le « Ça », le « Moi » et le « Surmoi »

Freud introduit en 1923, trois instances psychiques :

Le « ça » : siège des pulsions

Le « moi » : moi, je. Le moi participe à la mise en place des mécanismes de défense.

Le « surmoi » : il se forme au moment du déclin de l'Œdipe par intériorisation des forces interdites que l'individu rencontre (interdits parentaux : règles et interdits acquis)

Quelques mécanismes de défenses ¹⁵:

Le refoulement (inconscient), la sublimation, l'identification, la projection, la régression, la dénégation, le déplacement, La forclusion, l'idéalisation. La liste n'est pas exhaustive.

Ces mécanismes nous aident pour éviter de décompenser. C'est pourquoi nous devons comprendre notre fonctionnement ; nous avons en face de nous, en tant que musicothérapeute, des patients à prendre en charge avec leur pathologie. Nous avons la responsabilité de les accompagner, d'en prendre soin. Nous ne faisons pas n'importe quoi avec la personne ; il y a un respect vis-à-vis de la personne malade. Un lien de confiance va s'instaurer au fil du temps. Aussi, étudier et savoir observer ces phénomènes permet de comprendre et ainsi améliorer la relation patient/musicothérapeute.

Plus que le type de mécanisme, c'est sa prédominance, sa rigidité et son inefficacité qui rendent une personnalité pathologique parce que les défenses que le sujet utilise habituellement s'avèrent : inefficaces, trop rigides, pas assez variées, trop fréquentes, mal adaptées à la réalité interne et externe.

❖ La forclusion

La forclusion est un mécanisme de défense spécifique aux malades atteints de psychoses.

J'ai pris en charge une dame psychotique. Pendant une séance de musicothérapie, elle me dit qu'un Monsieur est dans sa chambre. Elle le voit aussi à la fenêtre. C'est lui qui la force à vomir : en effet, il lui dit de vomir. Ces hallucinations visuelles et auditives sont caractéristiques des mécanismes de défenses appelées la forclusion.

J.-D. Nasio, psychiatre et psychanalyste explique ainsi que «Le concept de forclusion est une construction théorique qui tente d'expliquer le mécanisme psychisme à l'origine __ tels une hallucination, un délire aigu, un passage à l'acte, voire des maladies psychosomatiques __ pourraient eux aussi s'éclairer à partir de l'hypothèse de la forclusion». [10]

❖ L'idéalisation :

¹⁵ Henri Chabrol, professeur de psychopathologie à l'Université du Mirail, Toulouse,

« Les mécanismes de défense »; recherche en soins infirmiers N°82-septembre 2005)

L'idéalisation attribuée aux autres des qualités exagérément positives. C'est une défense qui vise la régulation de l'estime de soi.

C'est le cas d'un Monsieur dont sa pathologie correspond à une démence à Corps de Lewi. Pendant la séance de musicothérapie, je l'ai invité à choisir un instrument de musique, et j'ai commencé quelques rythmes pour que nous puissions mettre en place une communication non verbale. Il me fait des éloges trop exagérés sur mon travail, sur les rythmes avec le djembe et le lieu de la séance. Il me dit que je suis bien installée dans cette salle.

Conclusion sur la musicothérapie didactique

Les séances de didactique nous mettent en situation pour apprendre à nous connaître et comprendre notre façon de fonctionner : nos émotions et nos mécanismes de défenses. Tous les jours, nos émotions nous traversent selon les événements vécus. Que ce soit de la joie, du plaisir ou de l'anxiété, du dégoût, de la tristesse ; nos affects et nos émotions font partie de nous et heureusement sinon nous ne serions pas des êtres humains mais des robots.

Mais elles peuvent aussi nous submerger et devenir un problème dans la vie de tous les jours si nous ne les gérons pas bien, surtout les émotions négatives. Nous pouvons nous rendre malade et notre équilibre psychique est perturbé.

2. Un être sensible à la musique

Un être sensible, c'est une personne capable de percevoir. Il est intuitif ; en effet, c'est une connaissance qui provient de l'intérieur de lui, et non de l'extérieur. Sensible à la musique, c'est avoir une qualité ; être ému au plus profond de lui-même ; un être touché ; il ressent une émotion. Il est bouleversé face à un paysage, le sourire d'un enfant, l'amitié entre deux personnes. Il est donc propice à l'écoute des autres. Il est un être de sensibilité :

- C'est un musicien

Le musicien, par sa sensibilité et sa musicalité intérieure bouleverse celui qui a su écouter et ainsi recevoir et accueillir toute l'émotion de l'interprétation de l'œuvre jouée.

Ainsi le savoir être d'un musicothérapeute, c'est avant tout vibrer au son de la musique, y être sensible. Il sait être à l'écoute de son patient, de s'ajuster à lui de la même façon qu'il ajuste l'émission de sons soit par la voix, soit par son instrument de musique.

Il est conseillé d'être musicien pour proposer des séances de musicothérapie à nos patients puisque les moyens que nous allons utiliser sont issus d'éléments qui concernent la musique.

Et c'est bien logique d'avoir suffisamment de notions musicales afin de savoir ce que nous mettons en place et pourquoi nous faisons des choix plutôt que d'autres.

C'est aussi connaître notre musique intérieure afin de trouver dans le patient ce qui est « musiquant » en lui et de lui permettre d'établir une relation par l'intermédiaire de nous même, le musicothérapeute, premier outil qui impulse la relation.

Le musicothérapeute n'anime pas des ateliers musicaux. Animer, c'est plus une fonction de l'animateur en maison de retraite. Aussi l'animateur a des objectifs qui diffèrent de celui du musicothérapeute. Et ce n'est pas parce que je vais utiliser tous les éléments de la musique que je vais être en animation.

G. Ducourneau dit que : « Le musicothérapeute n'est pas un animateur musical, c'est là que nous voyons que l'apprentissage d'un instrument peut être très valable dans un cursus personnel mais non pas dans l'objectif d'utilisation en musicothérapie ...si nous sommes dans le domaine de la thérapie, c'est qu'il y a un état ayant nécessité une indication » [2]

Je rajouterai que le musicothérapeute vient avec toute sa musique à lui, toute son histoire musicale et parce qu'il est musicien et que le son, le rythme, la musicalité qu'il dégage de lui, de son âme favorise l'accompagnement, le soin, la relation à la personne ; la pratique d'un instrument de musique ou de la voix cultive sans cesse le musicothérapeute.

- C'est un outil musical : sa voix

Avant de penser musique ou instruments de musique tel que les instruments de percussion que nous mettons à disposition à la personne, la voix est l'outil qui intervient en premier du côté du musicothérapeute. Tout le corps se met en vibration. Pour permettre à la voix de réaliser un chant, il y a des paramètres à mettre en place : être détendu. Le corps est partie prenante de cette implication : c'est à la fois physique et aussi psychique. C'est l'être entier qui intervient, c'est son intimité. « Ce que peuvent apporter ces formes de musicothérapie par la voix, c'est bien de travailler sur la vibration, de trouver son bien être dans une sorte d'enracinement dans le sensible, de se dévoiler » [11]

La voix humaine est l'ensemble des sons produits par le frottement de l'air des poumons sur les replis du larynx. La voix permet donc de parler, de crier et de chanter.

La tête et la mâchoire ont pour fonction de caisse de résonance.

La langue, la mâchoire inférieure, les muscles des joues sont aussi impliqués dans la réalisation du son vocal.

Celui qui émet un son, par sa voix (ou réalise des jeux vocaux,) a dans son agir une intention venant de lui, venant de tout son être intérieur. Pour illustrer mon propos, je donne l'exemple de la voix des planteurs de coton : les esclaves supportaient difficilement leur condition de vie et chantaient leurs émotions pendant leur labeur. Leur voix permettait de faire entendre leurs lamentations mais leurs chants leur apportaient de la joie. Nous sommes tous des êtres musicaux ; laissons vibrer l'énergie qui est en nous. Nous avons tous physiquement la possibilité de faire entendre une chanson, une mélodie qui nous émeut. Nous pouvons

fredonner un air. Beaucoup de personnes n'ont pas eu la possibilité de suivre un enseignement musical et même si nous ne sommes pas chanteur professionnel, nous pouvons émettre des sons vocaux !

L'expression corporelle a aussi de l'importance : nous ne pouvons pas rester figé dès que nous entendons un son :

- Qui nous surprend : on sursaute
- Agréable : un désir de danser nous envahit, ou tout simplement le balancement du corps, d'un pied

Et tant que la vie coule dans nos veines, notre corps est dans un mouvement perpétuel même lorsque nous nous reposons, un rythme corporel se crée et se propage dans tout notre corps. Notre musique est en nous.

3. C'est un thérapeute

Une définition

Avant de donner la fonction du thérapeute, je veux en donner une définition d'après le Petit Larousse : (du gr. Therapeuein, soigner) 1.médecin qui applique ou étudie la thérapeutique, 2. Médecin, 3. Psychothérapeute

Dans le mot musicothérapeute, il y a bien le terme « thérapeute ». C'est donc bien de soin dont il est question. Le musicothérapeute a donc pour fonction de soigner la personne âgée avec tous les procédés musicaux mis à sa disposition. Et avant de commencer son travail, il doit mettre en place un cadre thérapeutique.

Un cadre thérapeutique

Je suis garante d'un cadre. Le patient doit être en sécurité et se sentir sécurisé. Pour cela, la séance doit être toujours à la même heure, même jour et même lieu. Ce cadre est un repère pour la personne et ceci la rassure.

J'ai eu nécessité de changer l'heure d'une séance mais je préviens la personne afin qu'elle ne s'angoisse pas. Je la préviens également lorsqu'un participant sera à sa séance. Il est tout à fait normal que la personne soit prévenue et c'est la respecter. Je la préviens également lorsque je vais être en congé.

Poser un cadre est important aussi pour des stagiaires ou des collègues qui souhaitent vivre et non pas « voir » ce qu'est une séance de musicothérapie. En effet, j'informe le stagiaire qui sera participant au même titre que le patient. Il est donc tenu de prendre part à la proposition et consigne selon ses possibilités du moment présent : il va de soi que je ne force pas à faire les consignes mais il y a tout de même sa propre implication afin de vivre la situation. Si la personne regarde et n'agit pas, comment pourra-t-elle comprendre le processus de la thérapie destinée au patient ? Car tout se passe dans notre corps. Les observateurs ne s'impliquent pas, ne s'engagent pas comme les participants. S'ils n'ont pas vibré (car ils ne se sont pas laissés toucher par la médiation sonore), il va de soi qu'il n'y aura pas de vécu.

Et puis, ce regard porté n'est pas sain. Il peut gêner le travail thérapeutique. En effet que nous le voulions ou non, même si la personne présente a toute la bienveillance du monde, ce regard sera interprété par l'œil de jugement, l'œil de Cain « L'œil était dans la tombe et regardait Caïn » *La Conscience* de Victor Hugo.¹⁶

Lors de l'atelier « musique et chansons », je prends en charge des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer. Ils sont environ une quinzaine à participer dont trois à cinq personnes de l'Accueil de Jour. L'équipe soignante regardait la séance. J'ai ressenti un mal être. J'ai senti sur moi un regard pesant ce qui m'a paralysée pendant un moment. Le travail que je mets en place peut perdre toute crédibilité par la propagation de ce malaise sur les résidents présents.

Il peut se créer une résonance négative entre toutes les personnes. En effet, ces résidents, ayant la maladie d'Alzheimer sont facilement impressionnables.

Il n'en est rien été mais il faut être vigilant car leur sécurité n'était pas garantie.

Après quelques jours, je me suis permise d'expliquer à chacun des membres de l'équipe l'incident. Je les ai invité à participer au même titre que les résidents dans le groupe s'ils le souhaitaient.

Une relation d'aide

C'est une rencontre entre deux personnes, le soignant et le soigné. La relation est centrée sur la personne et non sur sa maladie. Un échange verbal et non verbal va s'instaurer au fur et à mesure et permettra de créer un climat de confiance. Cette relation a pour objectif le changement du patient. Monique Brillon, docteure et psychologue cite ainsi : « le changement recherché l'est dans le cadre d'une *relation* entre un thérapeute et un client, laquelle est, pour cette raison, qualifiée de *thérapeutique* ». ¹⁷

¹⁶ Poème en annexe 6 pages 69-70

¹⁷ L'alliance thérapeutique **Québec / Dossier** volume 28 / numéro 02 / mars 11

Dans ma pratique en musicothérapie, je suis en relation avec la personne. En tant que thérapeute, je me dois de l'accueillir, quel que soit la personne que j'ai en face de moi. Ma relation avec elle est basée sur l'authenticité, c'est-à-dire une relation honnête. Je ne triche pas. Il n'y a pas de mensonge. Je viens avec tout mon être, ma personne et mon vécu. Je suis engagée avec le patient pour un travail en thérapie. « Entrez en relation d'aide, c'est s'exposer soi-même comme en outil de soins » [12] Pourquoi ? Parce que ma façon de faire va intervenir dans la relation. Ma personnalité et mon ressenti vont faire partie du soin comme un baume enveloppant le patient. Une résonance entre le patient et moi-même va se créer.

J'accepte le patient tel qu'il est : je ne juge pas ni ses actes, ni ses paroles. Lors d'une séance, Mme C. a eu envie de vomir. J'ai eu juste le temps de prendre une cuvette et de la lui approcher. Je suis restée près d'elle. Mme C. m'a avoué qu'elle avait honte. Je l'ai rassuré et je lui ai dit que moi aussi cela m'arrive de vomir. Elle me dit avec surprise et étonnement : « Ah, bon ! » le fait d'avoir partagé une expérience vécue l'a rassurée. Elle était détendue. Nous avons pu continuer notre séance.

Avoir de l'empathie est une posture du thérapeute. Cela nécessite une véritable écoute. Pour moi, je ne me force pas, c'est naturel, cela fait partie de moi. Lors d'une séance, je lui demande si tout va bien pour elle mais ne trouve rien à dire et d'un coup comme si cela venait du cœur elle dit :

« Je suis malheureuse, les aides-soignants me lèvent trop tôt pour ma toilette ». Je lui ai donc répondu que j'en parlerai. Ses mots m'ont touchée et je voulais donc en savoir plus. Un soignant m'a dit que Mme C. se lève d'elle-même et souvent trop tôt.

Je suis touchée par le vécu des patients. En effet, cela fait écho à mon propre vécu. S'exposer soi-même et puiser son vécu permet aussi d'améliorer la thérapie et la compréhension du patient. C'est apporter de la bienveillance à la personne et lui montrer qu'elle est importante en tant qu'être humain.

Dans mon travail thérapeutique, je dois être également vigilante. En effet, je connais les personnes âgées depuis très longtemps et elles mêmes me connaissent. Des liens affectifs sont existants tout en restant professionnelle. Je garde une certaine distance avec les personnes en utilisant le vouvoiement.

Un lien thérapeutique se tisse au fil du temps entre le thérapeute et le patient. Ce dernier a confiance et se laisse guider. Mme C. me dit qu'elle est contente et elle apprécie ce temps avec moi ; c'est un temps privilégié pour elle. Je suis avec elle pendant 45 minutes. J'ai ressenti un plaisir qu'elle a partagé avec des résidentes après sa séance: toute souriante et détendue, elle leur a dit qu'elle avait écouté de la musique avec moi.

Aussi dès qu'il y a mise en relation, ce lien peut être mis à rude épreuve car des sentiments négatifs venant du patient vis-à-vis du thérapeute peuvent apparaître. En effet, c'est un simple déplacement d'affects connus dans le passé envers les parents dans sa prime enfance. Le patient peut avoir par exemple une impression que le thérapeute le méprise. C'est ce que j'appelle le transfert. Ce terme a été utilisé par Sigmund Freud dans ses premières cures.

Le contre-transfert est la réponse du thérapeute en réagissant par un excès de sympathie ou d'agacement vis-à-vis de son patient. Mais ses propres sentiments ne doivent pas entraver son travail thérapeutique. En tout cas, il doit s'interroger sur ses ressentis afin d'être à l'écoute de son patient. Aussi, le thérapeute a tout intérêt à garder sa juste distance, savoir dire non, tout en gardant un ton professionnel.

Une prise en charge psychothérapeutique

Mme C. me cherchait pour aller à la séance et notre point de rencontre était le salon. Nous nous sommes retrouvées proches de la salle de musicothérapie. Cette observation montre que Mme C. commençait à prendre des initiatives et pouvait donc venir au rendez-vous prévu sans mon aide. Cette relation prend forme tout doucement. La séance suivante, Mme C. est venue d'elle-même dans la salle.

Elle fait aussi le lien avec mon caddy (rangement du matériel de musique) et moi. En effet, pour elle, ce caddy me représente et lorsque je suis en congé, elle le voit rangé et se rend compte que je ne suis pas là. Elle me dit qu'elle se languissait de me revoir et que les séances de musicothérapie lui manquaient. Ce lien thérapeutique s'est instauré au fil du temps, entre Mme C. et moi, à la manière d'une maman qui porte son enfant. Winnicott parle de « Holding » la manière dont l'enfant est porté, et de « Handling » la manière dont il est traité, manipulé » [11]

En effet, la médiation sonore utilisée à la manière d'une berceuse et le regard bienveillant, permettent d'apporter un mieux-être. Je prends soin dans ma manière d'être avec Mme C.

4. Un collaborateur avec une équipe pluridisciplinaire

Comment me suis-je positionnée ?

- Explication de la formation lors d'une réunion avec les aides soignants
- Distribution de la fiche métier
- Lors de rencontre informel, j'ai questionné des membres du personnel
- Demande aux aides soignants de préciser certains points lors de transmissions
- De les informer soit verbalement ou sur le tableau dans la salle de transmission

Comment informer et faire connaître la musicothérapie ?

a) Un travail et une collaboration conjointe avec l'équipe pluridisciplinaire

- Etre présente aux réunions
- Etre prête à intervenir pour (prise de paroles, demande, conseil)
- Faire part des synthèses des séances de musicothérapie
- Demander l'avis en équipe d'une prise en charge en musicothérapie
- De permettre au personnel de participer (avec certaine prise en charge et avec l'accord du patient)
- De partager mes connaissances en musicothérapie lors d'une réunion
- Favoriser l'interrelation

b) Informer les familles

- Lors de leurs présences quand elles viennent voir leur parent.
- Lors du conseil de la vie social : un questionnaire¹⁸ a été distribué en février 2014 par l'adjointe de direction à tout le personnel afin de remettre à l'ordre du jour cette réunion obligatoire dans les EHPAD. J'ai donc précisé que je souhaiterai aborder la prise en charge en musicothérapie afin d'expliquer à tous le métier de musicothérapeute

c) Informer les résidents

- Les résidents savent que je suis en formation puisque je me suis absentée lors des sessions et de stages. Ils me posent des questions concernant ma formation. Je prévois donc de les tenir au courant suite à ce mémoire
- Et lors du conseil de la vie sociale, ils auront l'opportunité de me poser des questions

d) informer les collègues de travail

- Lors de rencontres informelles
- Etablir une réunion en collaboration avec l'équipe soignante

¹⁸ En annexe 3 pages 65-66

IV] Mise en place des séances de musicothérapie

A. Une préparation avec l'équipe pluridisciplinaire

Trois mois avant le début des prises en charge en musicothérapie, j'ai expliqué ma démarche auprès du médecin coordinateur, de la psychologue, l'aide médico psychologique de l'accueil de jour et du professeur d'Activité Physique Adapté (Prof APA). Nous avons donc vu ensemble les personnes qui pourraient être pris en charge en groupe ou en relation duelle. Avec l'équipe pluridisciplinaire, l'indication thérapeutique pour chaque résident a été formulée verbalement. Le jour et l'heure ont été définis afin de ne pas empêcher d'autres prises en charge déjà mises en place.

B. Un projet approuvé et signé

Après cette discussion, j'ai écrit un protocole destiné à la directrice de l'établissement afin d'avoir son approbation mais aussi qu'elle soit mise au courant du projet. Ce protocole peut être consultable dans la partie annexe.¹⁹

C. Des entretiens avec la famille

J'ai également pris rendez-vous auprès des familles afin de nous rencontrer et discuter de mon projet que je propose à leur conjoint ou à leur parent. Ces entretiens ont permis également de récupérer des informations sur le goût musical de leur parent (écoute, danse musette, opéra, opérette, chant, apprentissage d'un instrument de musique ...)

Cette rencontre est aussi un moyen de faire connaître la musicothérapie. J'ai remis à la famille un exemplaire de la fiche métier.

V] Les séances de musicothérapie

Le rituel des séances :

Je structure le déroulement des séances en une progression logique et répétitive. En effet, il y a un début et une fin. L'accueil du patient : prise de contact, échange. La musique réceptive : écoute d'une chanson. La musique Active : échange avec le rythme et le son des instruments de musique. Fin de la séance : un moment pour soi autour d'une écoute musicale. Cette structure

¹⁹ En annexe 7 pages 71-72

est un repère dans le temps ce qui permet de rassurer le patient mais c'est ce qui va permettre d'établir un suivi thérapeutique.

« C'est l'enchaînement logique des faits et des circonstances qui se répètent, se modifient au cours du temps qui va produire l'effet thérapeutique ». [5]

A. Etude de quatre cas : Monsieur B. / Monsieur S. / Madame D. / Madame C.

Cas clinique : présentation

Mr B. est pris en charge à l'accueil de jour de 9h30 à 16h30 le lundi, mercredi et depuis peu le vendredi. Il participe volontiers aux ateliers mémoire de la psychologue ou de l'Aide Médico Psychologique (AMP). Il est décédé le 9 mai 2014.

Ce monsieur a eu un traumatisme crânien suite à un accident de travail il y a 7 ans ; un bovin l'a heurté à la tête ce qui a engendré un coma de plusieurs semaines. Des séquelles neurologiques et de ce fait des troubles cognitifs, une certaine désinhibition faisait penser à une démence fronto-temporale.

Cas clinique : présentation

Mr S. est pris en charge à l'accueil de jour, les lundi et le mercredi de 9h30 à 16h30, depuis le 21 octobre 2013 au 3 Mars 2014. Il a été hospitalisé le 10 Mars puis est décédé quelques jours après suite à une chute.

Il avait une démence à Corps de Lewy dont le principal symptôme était les hallucinations visuelles et auditives. La démence à corps de Lewy se manifeste par des symptômes cognitifs, psychiatriques et neurologiques. Elle partage des caractéristiques cliniques communes avec : la maladie d'Alzheimer et la maladie de Parkinson (rigidité, troubles des mouvements). Elle se caractérise par la formation dans le cerveau de dépôts anormaux appelés « corps de Lewy ».

Cas clinique : présentation

Mme D. a été accueillie en hébergement temporaire en unité de vie Alzheimer depuis le 8 novembre 2011 puis est passée en hébergement définitif depuis le 7 février 2012.

Cette dame a une pathologie de type Alzheimer évaluée au stade 6 : déficit cognitif sévère.²⁰

²⁰ Sept stades s'appuient sur un système créé par le docteur Barry Reisberg, MD, chef de clinique de la New York University School of Medicine's Silberstein Aging and Dementia Research Center. En annexe 8, les sept stades page 73

En effet, elle présente un appauvrissement au langage, ses phrases sont incohérentes. Elle ne se souvient plus des événements récents et passés. Elle a besoin d'aide pour la toilette et l'habillement. Lors des repas, un soignant doit l'aider à manger. Elle ne fait plus la distinction entre les objets et leur fonction.

Elle a eu une hospitalisation le 11 mai 2014 (constat d'un Accident Vasculaire Cérébral (AVC)). Suite à cette hospitalisation, elle a bien récupéré.

Mme D. a un comportement virulent verbalement. Elle a des gestes agressifs envers les résidents. Elle ne supporte pas le groupe. Elle est prise en charge individuellement. Elle ne peut plus effectuer les tâches de la vie quotidienne. Elle a de plus en plus de difficultés à comprendre de simples consignes.

Cas clinique : présentation

Madame C. est hébergée en EHPAD depuis le 22 février 2013. Elle a une personnalité pathologique diagnostiquée psychotique à tendance schizophrénique: des hallucinations auditives et visuelles ont été rapportées. Avant son arrivée dans l'institution, le service de soin où elle était suivie a signalé qu'elle vomissait assez fréquemment et surtout lorsqu'elle devait prendre ses médicaments.

Explication de sa pathologie : Etre une personnalité psychotique, c'est être atteint de psychose. Cette maladie mentale grave est caractérisée par la perte de contact avec le réel et l'altération foncière du lien interhumain, cause de l'inadaptation sociale du sujet. Contrairement aux névroses, conscient de ses difficultés personnelles, le psychotique ignore ses troubles : s'isolant du monde extérieur, il se crée un univers privé qu'il façonne à sa guise et dans lequel il est tout puissant.

B. Les objectifs de la prise en charge en musicothérapie

- ✚ Proposer l'écoute d'œuvres appropriées pour favoriser l'émergence des souvenirs, aider à la détente et à la relaxation.
- ✚ Développer et maintenir la capacité d'explorer les possibilités expressives de la voix, du corps et de ce de fait stimuler la mémoire, les facultés cognitives et affectives.

C. Synthèse des séances.

Objectifs spécifiques des séances pour chaque prise en charge

- Canaliser leurs angoisses
- Favoriser un bien être à un mieux être
- Les accompagner dans l'écoute musicale
- Accueillir leur parole
- Laisser émerger leur résonance intérieure

A l'accueil de jour

1^{ère}, 2^{ème}, 3^{ème} séance : M. B et Mme D.

M. B. est très angoissé et son regard est comme absent. M. B. veut partir car il dit que sa femme va venir le chercher. Il est dans l'agitation.

Il s'installe dans un fauteuil. Lors de l'écoute musicale, M.B. commence à avoir des larmes. Il part dans un monologue et raconte des souvenirs mais c'est incohérent.

Mme D. est volontaire pour danser avec moi et avec un grand sourire me dit : « « mais tu as vu tout ce que je te donne et toi, t'es comme ça ! » Cela m'a fait sourire et j'ai pris son injonction comme un cadeau !

Elle recherche la communication avec M. B mais ne s'en préoccupe pas comme s'il ne la voyait pas. Elle répond à mes jeux sonores en faisant des rythmes avec ses doigts.

4^{ème} séance : M. S., M. B.

M. S. revient de vacances donc il n'a pas encore participé aux séances de musicothérapie. Souriant et conciliant, il a prit la parole spontanément et me dit qu'il a la tête à autre chose. Je lui ai demandé quoi et me dit : « Le football ». Je le laisse verbaliser tout en essayant d'inclure M. B. en lui demandant si lui aussi il jouait au football. Il me répond : « peut-être, je ne m'en souviens pas ».

Avec Monsieur B

Ce Monsieur est présent également aux ateliers musique et chansons avec le groupe de l'Unité de Vie Alzheimer (12 personnes et 4 de l'Accueil de jour), une fois par semaine.

En séance de musicothérapie, M. B reste indifférent, peu participatif, dès sa prise en charge du 30 septembre et sur quatre mois. Par contre, une nette amélioration en 2014 est visible dès le

premier trimestre. En effet, ce monsieur est plus participatif et plus curieux lorsqu'il manipule soit le xylophone ou les tambourins. Il me fait comprendre verbalement même si ce n'est pas toujours cohérent. Je sais qu'il veut réécouter une chanson car il fait un geste de sa main vers le lecteur il me dit qu'elle est bien : il faut tenir compte du temps pour se connaître et venir régulièrement aux séances. La régularité est importante. Winnicott dit qu'il faut laisser faire le patient à son rythme. Il ne faut rien bousculer, cela viendra avec le temps.

« Quand nous nous montrons capables d'attendre, le patient parvient alors à comprendre de manière créative, avec un plaisir intense ». [13]

Avec Monsieur S

M. S jouait de la guitare lors des réunions de famille en Croatie.

Il appréciait la danse lors des bals, en particulier le 14 juillet. Il aimait aussi chanter avec sa famille.

Il a commencé les séances de musicothérapie à partir de la 4^{ème} et c'était la seule séance pour être en groupe mais l'autre personne étant fatiguée, M. S et M. B. se sont retrouvés ensemble.

Sur 19 séances, M. S. en a participé 15, du 21 octobre 2013 au 3 mars 2014.

Les séances :

4^{ème} séance :

Participatif et répond aux questions

6^{ème}, 7^{ème} et 8^{ème} séance :

Essaye de chanter et me dit qu'il aime cette musique.

Prend l'initiative de danser, bonne participation, attentif. Chante, souriant, détendu.

9^{ème} et 10^{ème} séance :

Chante un peu, manipule le tambourin.

Participe, me pose beaucoup de questions, s'interroge, inquiet, frustré, se sous estime, se dévalorise.

Recherche l'échange verbal.

11^{ème} et 12^{ème} séance

Bonne participation, coopératif, détendu, volontaire pour danser.

Souriant, relation non verbale : regard vers moi. Recherche la communication verbale.

13^{ème}, 14^{ème} et 15^{ème} séance :

M. S. fait le choix d'une musique, fait sonner quelques cordes de la guitare, se dévalorise. J'observe des sourires pendant la séance.

Je lui propose de manipuler l'épinière des Vosges puis la guitare. Il désire quitter la séance au bout de 15 minutes

M. S. a bien voulu danser avec moi la valse et avec plaisir. Il a quitté la séance avec le sourire

16^{ème}, 17^{ème}, 18^{ème}, et 19^{ème} séance :

Préfère écouter Brassens et Duteil. Il recherche l'échange verbal plus que la musique active.

Il fait le choix d'écouter le chant des oiseaux ; il apprécie cette écoute.

Il est curieux de manipuler différents appeaux.

Il est impatient de partir. Je laisse des temps de silences et il s'exprime mais se sont des bribes de paroles. Des sourires sont observables.

Ecoute de trois chansons de Sinatra ; il est attentif à cette écoute. Je lui montre la jaquette du CD et regarde les photos. M. S. a des difficultés à sortir les mots de sa bouche ; il est fatigué La musique de la fin lui a plu. Il suit le rythme avec le pied.

Avec Madame D.

Mme D. apprécie les chanteurs et chanteuses de variétés tels que C. Trenet, E. Piaf, Mistinguett. Ces informations m'ont été fournies par sa fille lors d'un entretien. Au fil des séances, j'ai noté lors d'une séance ce que m'a dit Mme D. Nous écoutions une chanson de E. Piaf « l'hymne à l'amour » A la fin je lui dis « C'est la meilleur musique » et me répond « Ah, non » et cherche à me dire peut-être comme Merks ? Et un vieux ? Je pense alors à l'Opérette. Je fais une recherche sur Internet et je retrouve les noms des chanteurs de Paulette Merval et Marcel Merks. Quelle fut ma surprise lorsque je lui ai fait écouter des chansons de ce couple. En effet, sa réaction était positive puisque elle était contente de l'écoute : elle avait un grand sourire et suivait les paroles de la chanson.

A L'EHPAD

Avec Madame C.

Quelques points importants sur deux séances

1^{ère} séance : Je suis allée voir Mme C. et je lui ai proposé d'écouter de la musique toutes les deux. Cette première séance correspondait à une première entrevue. Mme C. a refusé ce moment que je lui proposais mais ma démarche n'était pour elle pas prévu et je comprenais son refus. Elle a besoin d'être informé longtemps à l'avance. Elle a donc prétexté qu'elle était souffrante, qu'elle ne se sentait pas bien.

Cette dame avait, ce jour, un visage triste et je voyais bien que cela n'allait pas. Elle était repliée sur elle-même et assise dans un fauteuil en retrait par rapport aux autres résidents. Arrivée depuis huit mois, son intégration en institution ne semblait pas facile.

Ses fréquences de vomis étaient d'actualité. Les transmissions signalées par les soignants reflétaient l'état de santé de Mme C.

2^{ème} séance : Je suis allée à la rencontre de Mme C. pour lui proposer d'écouter des chansons de variétés dans sa chambre. Au départ, elle ne voulait pas car elle était trop fatiguée. Puis elle me dit qu'elle ne veut pas aller dans sa chambre pour la séance. Donc, je lui ai proposé d'aller au salon de coiffure. Pour la décider, j'ai été à son écoute et à son rythme. Je lui ai proposé d'écouter de la musique avec elle. Elle m'a répondu par un sourire.

Dès que je lui ai proposé d'aller au salon de coiffure, elle a été partante mais quand je lui ai dit de prendre son lecteur CD dans sa chambre, elle a eu une attitude de refus. Alors je lui ai dit que j'allais en récupérer un dans l'établissement.

Avant de la faire venir dans le salon de coiffure, j'avais déjà préparé le lecteur CD et j'ai mis une chanson de Joe Dassin avant qu'elle arrive pour qu'elle soit rassurée. Mme C. se demande pourquoi elle écoute la musique avec moi et pas avec les autres. Elle me dit : « Il y a une dame qui sait aussi chanter ». Alors je lui ai expliqué que j'ai un travail à faire avec qu'elle et que cela avait été discuté avec son médecin.

D. Les difficultés rencontrées

A l'accueil de jour

Une semaine avant la première séance, les prises en charge n'étaient pas celles qui étaient prévues. L'Aide Médico Psychologiques (AMP) avait revu ses groupes de la semaine. J'ai dû m'adapter à la situation.

Après deux séances, l'AMP m'a conseillé de pratiquer les séances dans la salle de réunions car M. B. était trop agité. En effet, il était constamment dans l'angoisse. Pour lui, ce lieu, c'est-à-dire cet espace est un repère et sait que son épouse va arriver. Il pouvait sortir et déambuler sur le parking très rapidement sans que l'on ait le temps de s'en apercevoir.

La salle prévue aux réunions est aussi un lieu où le matériel pour les animations est stocké.

Le personnel entrepose également leurs effets personnels.

L'organisation de séances en groupe a été de courte durée. Il y a eu une difficulté à créer une cohésion groupale. Mais, en plus, la troisième personne est arrivée plus tard car elle était en vacances. Deux personnes étaient donc présentes les trois premières séances. De plus, chaque patient vivait sa séance comme à part, en individuel. Suite à une supervision avec la psychologue, elle m'a conseillé de les prendre en séance individuelle.

Je constate également que la durée de la séance est trop courte en individuelle. Je partage une heure pour deux messieurs car à 15h15, ils sont pris en charge par le professeur d'Activités Physique Adapté. (Prof. APA)

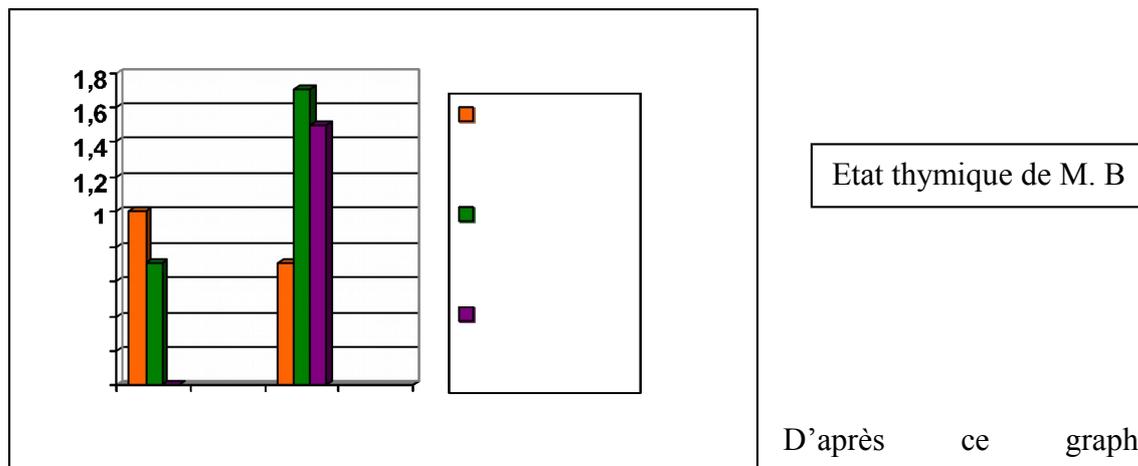
En EHPAD avec Madame C.

Dès la séance n°2, il est apparu le problème de lieu ; en effet, dans le salon de coiffure, nous avons eu l'intervention de la secrétaire pour nourrir le chat puis le technicien pour faire les analyses d'eau. A la 5^{ème} séance, je demande à Mme C. d'aller nous installer dans sa chambre. A la 6^{ème} séance, Mme C. ne voulait pas retourner dans sa chambre. J'ai donc pris possession de la salle de balnéothérapie en prenant soin de demander si c'était possible. Plus tard, j'ai su en dernières minutes que la salle était occupée par une aide-soignante qui intervient en soin esthétique. J'ai dû, ce jour, me rabattre dans la salle de kinésithérapie en demandant au professeur APA si cela ne le dérangeait pas.

VI. Résultats de l'évaluation

A. Monsieur B. du 30 septembre 2013 au 17 Mars 2014

Analyse des résultats de musicothérapie du 30 septembre 2013 au 17 mars 2014 = 21 séances



D'après ce graphique, l'angoisse de Mr B. diminue jusqu'à l'absence. Cela peut être expliqué par le fait que M.B se sent apaisé lors des séances. Hors séances, l'équipe pluridisciplinaire m'informe que ses angoisses reviennent. J'ai évalué également la curiosité qu'il a pu développer sur la fréquence de 21 séances. Et sa curiosité semble se développer parce qu'il est de moins en moins angoissé en séance.

Suite à un deuxième entretien avec son épouse, elle me dit qu'elle est frustrée de ne pas connaître les affects et émotions de son mari :

Est-ce qu'il se sent bien ? Est-ce qu'il est triste ? Est-ce qu'il est content ?

Conclusion

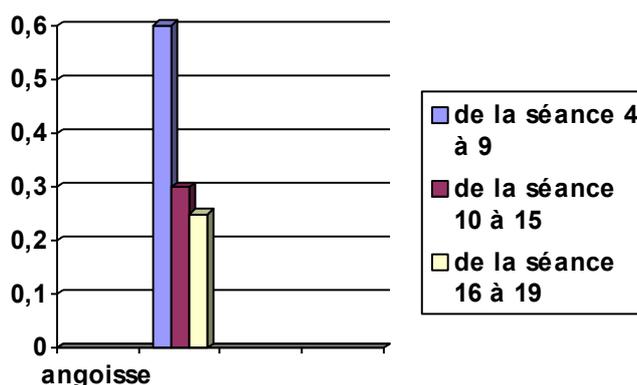
Que peut-on dire ou qu'en est-il des émotions de ce Monsieur ? Y a-t-il influence sur le comportement et humeur de Mr B après la séance de musicothérapie ? Que se passe t-il avant la séance de musicothérapie ?

Que s'est-il passé après ?

Nous ne pouvons pas savoir si Mr B. se sent bien ou pas ; il ne peut pas nous le dire. Nous pouvons que nous en apercevoir par l'expression de son visage s'il est tendu, crispé ou détendu. Je perçois que s'il est anxieux, s'il n'est pas bien, cela se répercutera sur sa participation lors des activités.

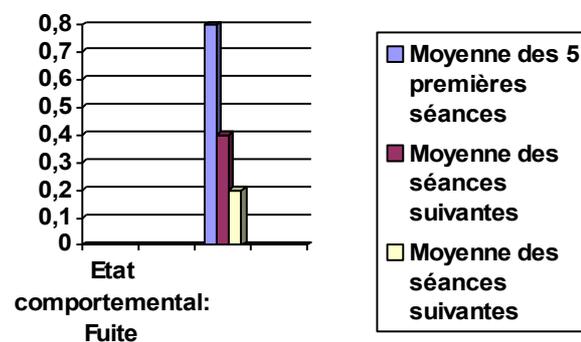
B. Monsieur S. du 21 octobre 2013 au 03 mars 2014

Je choisis d'évaluer son état thymique et particulièrement ses angoisses.



Je veux rendre compte également de son état comportemental en particulier ses désirs de quitter la séance :

Les deux



graphiques sont en adéquation : en effet, les angoisses de M.S. diminuent pratiquement en même temps que ses désirs de fuir. Par contre, une baisse dans la manipulation d'instruments peut être due à de la fatigue, des douleurs de la main et des questionnements sont observés dans cette même période. Sa prise en charge s'est arrêtée puisqu'il a été hospitalisé.

M.S. appréciait de manipuler la guitare mais en fin des séances, j'ai observé qu'il était frustré de ne pas pouvoir y jouer comme lorsqu'il était plus jeune : j'ai réalisé que je le mettais en échec et en plus il voyait de lui-même que c'était plus possible. Il me disait qu'il avait des douleurs à la main et des difficultés à plier les doigts « De plus, lorsqu'on s'adresse à un musicien, il souffre trop de ne pouvoir utiliser ses compétences, l'âge aidant, et vit la situation comme une moquerie » [2]

J'ai rendez-vous avec vous.

Lors de l'écoute musicale (séance n° 12), je lui ai fait écouter cette chanson de Brassens. Ce titre était le fil conducteur de nos rendez-vous les lundis car lorsque je suis allée le chercher, il me dit avec un grand sourire : « J'ai rendez-vous avec vous » Puis-je avancer que c'est le début de la relation thérapeutique qui s'installe au fil du temps ?

Beaucoup de questionnements

Séance 9 : Il me pose des questions : « on vous a parlé de moi », « je ne veux pas m'engager » Je le rassure que nous sommes là pour passer un moment ensemble avec de la musique. Il me dit qu'il ne veut pas me déranger.

Séance 10 : Il fait sonner quelques lames et me dit : « Je ne suis pas un as »

« Pourquoi c'est moi qui est là » et je lui réponds qu'un autre monsieur viendra après sa séance Je lui propose le tambourin : Il rit et me dit : « Perte de temps », « Ma femme va me poser des questions » Je lui dit que c'est bien de lui expliquer ce qu'il fait en musicothérapie.

Il me dit : « Je suis incapable de construire quelques choses, vous n'aimez pas cette situation » Alors je lui dit que je ne juge pas la situation.

Séance 11 : M. S a le désir de parler. Il me pose une question sur mon frère. Je ne lui ai jamais parlé que j'avais un frère mais il me semble que c'est pour amorcer l'échange verbal. Peut-être que d'être là tous les deux pour lui, c'est pour parler.

Conclusion

Au départ de cette prise en charge, M.S. ne répondait pas très favorablement aux séances de musicothérapie. Ce monsieur ne me connaissant pas, il fallait un peu de temps pour se connaître.

Au fur et à mesure, il prenait plaisir à venir, et se détendait autour de l'écoute de chansons, ce qui permettait de susciter la parole. Dès que je lui proposais de danser, il me prenait au mot et

même avec des difficultés pour se déplacer, il avait de la ressource pour se lever d'un bond de sa chaise.

Je peux affirmer que sa résonance intérieure par l'intermédiaire de la médiation sonore, a permis de se détendre vers un mieux être dans le moment présent.

C. Madame D. du 30 septembre 2013 au 17 mars 2014

Evaluation de son état thymique : Agressivité

Absente le 28 octobre (séance n°5 car elle est très énervée) et le 16 décembre (séance n°10 car les soignants l'ont mise à la sieste), Mme D. a participé 19 séances :

Mme D. est très énervée, voire agressive sur une période de trois mois entre octobre et décembre : ces observations ont été signalées et transmises par écrit par l'équipe soignante.

Je prends en charge Mme D. en musicothérapie depuis le 30 septembre. Lors des séances, je n'observe pas de comportement agressif.

Dès que je m'approche de Mme D. afin de l'accompagner à la séance de musicothérapie, je me place bien en face d'elle et je lui souris et je lui dis bonjour. Dès que son regard croise le mien, elle me sourit. J'ai constaté que cette première prise de contact s'effectue ainsi.

A la séance n°7, (le 25 novembre) Mme D. est très énervée ; elle tient une peluche dans ses bras. Une aide-soignante m'a demandé si elle pouvait suivre une séance : pendant 10 minutes, je lui ai fait écouter une musique « Valses de Vienne » mais c'était difficile à la motiver. Elle n'était pas présente consciemment et je ne la sentais pas du tout coopérative ce jour là ; son regard était dans le vide et son visage pas expressif.

Pour évaluer son état thymique « agressivité (énervée) », je note « 1 » ce qui correspond à l'évaluation quantitative = présence

Avant la séance n° 8 (le 2 décembre)

Les soignants m'informent que Mme D. n'est pas en bonne forme car elle agressive et énervée ; elles m'ont dit que la prise en charge va être difficile mais je l'a prends en charge 10 minutes : nous dansons toutes les deux. Elle sourit et son regard est tourné vers moi. Mme D. raconte des évènements mais ses phrases sont incohérentes.

Je n'ais pas relevé un état thymique angoissé ou énervé. Pour évaluer, je note « zéro ».

A la séance n°17(le 17 février), avant de commencer, Mme D. est souriante.

Je lui fais écouter une chanson d'Edith Piaf « Notre Dame de Paris » mais cette chanson ne semble pas lui convenir car je me suis aperçue comme un énervement dans ses paroles, alors

aussitôt, je lui ai fais écouter « la vie en rose », « l'hymne à l'amour », « padam, padam ». Elle était plus détendue suite à ces trois chansons.

Je l'ai invité à se déplacer en la prenant par les mains dans l'espace sur une chanson.

En fin de séance, je lui fais écouter la « Valse de Vienne, Annen Polka ». Mme D. suivait le rythme en faisant des bruits de bouche.

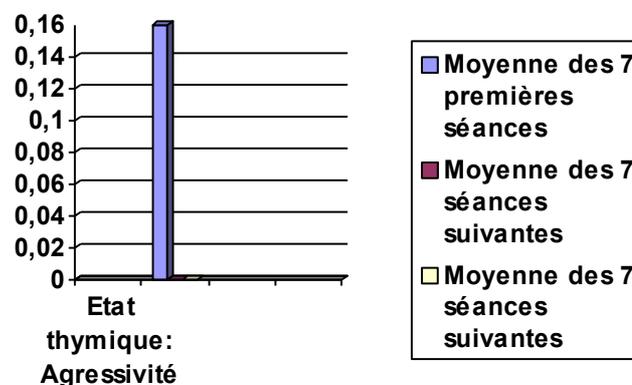
Pour évaluer son état thymique angoissé ou énervé, je note « 0 »

A la séance n°21 (le 17 mars) : Avant la séance, Mme D. est en train de pousser le chariot de linge. J'ai observé qu'elle ne souhaitait pas vraiment que je perturbe son activité. Son regard n'était pas très accueillant. C'était à la limite de l'énervement. J'ai dû ruser pour qu'elle vienne dans la salle. Je l'ai suivi tout en fredonnant quelques chansons. Mais arrivée devant la porte, elle ne voulait pas rentrer.

Je l'ai laissée et pendant ce temps, j'ai mis en marche le lecteur CD avec une chanson d'Edith Piaf. Tout en commençant à fredonner, Mme D. est entrée tranquillement.

Après cette écoute, je lui ai proposé de s'asseoir mais m'a répondu « non » tout comme la manipulation du tambourin. Pour évaluer son état thymique angoissé ou énervé, je note « 0 » car après la séance, elle est détendue.

Ces observations sur ces quatre séances sont prises en compte dans le graphique que voici :



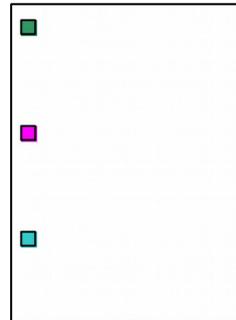
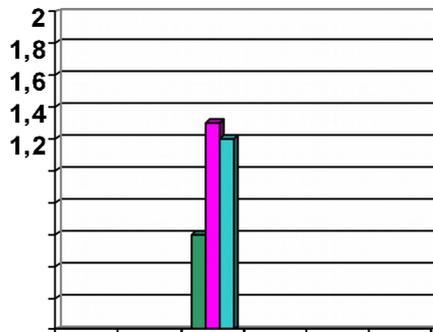
Dans la tranche des 7 premières séances, l'évaluation quantitative « 1 » il y a présence d'agressivité seulement à la 7^{ème} séance. Dans la troisième tranche, la séance n°17 et la dernière sont notées « 0 » il y a absence d'agressivité.

Mme D. est souvent énervée après le repas du midi et vers 16h00. Les séances de musicothérapie se déroulent de 15h15 à 15h45. Pourtant les soignants relèvent des moments agressifs de Mme D. sur le dernier trimestre de 2013 et que je n'observe pas pendant les séances de musicothérapie.

J'en conclus que la médiation sonore favorise pour elle un temps de détente mais cela ne se répercute pas en dehors des séances. Ses angoisses disparaissent lors de la relation duelle alors qu'elles sont majorées lorsqu'elle est en présence du groupe. Est-ce que la mise en place

des séances de musicothérapie au moment des crises influencerait sur l'état thymique de Mme D. ? Est-ce que plusieurs séances de musicothérapie dans la semaine amélioreraient son confort, c'est-à-dire un mieux être, et serait moins angoissée et donc moins énervée ?

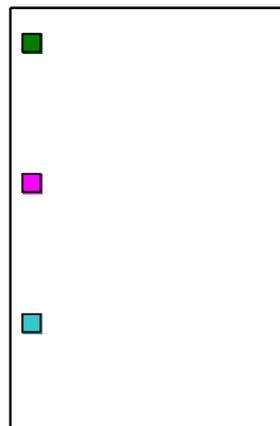
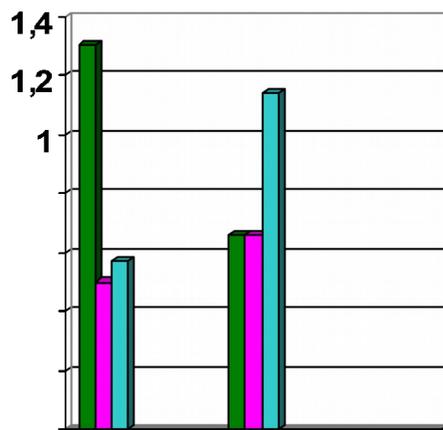
Evaluation d'après sa relation verbale : Fredonner



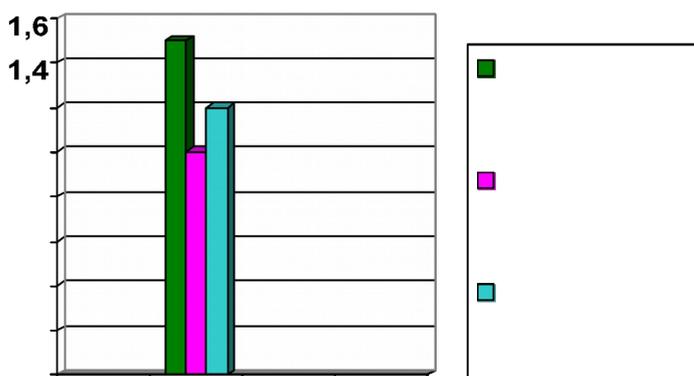
Fredonner :
 définition :
 Fredonner à mi-voix
 sans ouvrir la
 bouche,
 Synonyme :
 bourdonner, chanter,
 chantonner,
 murmurer

Mme D. réagit à l'écoute de chansons. Sa participation active devient de plus en plus présente

Evaluation d'après sa relation non verbale : Danser et mouvements corporels



Je propose à Madame D. de danser. Elle n'a pas l'initiative de danser ou de faire des mouvements corporels. C'est par ma posture et lorsque je lui tends les mains vers elle, avec le sourire et ma demande verbale qu'elle y répond ou pas. Des moments de refus sont visibles sur la deuxième période mais dans l'ensemble, sa participation est satisfaisante.



Madame D. arrive quelques fois énervée et ne sourit pas. Pendant la séance Mme D. croise mon regard et réagit à mon sourire. C'est tout d'abord un échange non verbal. Ceci favorise la mise en confiance et une relation thérapeutique pourra ainsi se mettre en place.

La relation verbale directe : quelques observations sur deux séances.

Suite à l'écoute d'une chanson, voici ce qu'elle me dit: « Quand je chante, il rouspète »

Une aide-soignante arrive avec Mme D. Elle me dit qu'elle est énervée. Dès qu'elle me voit, elle est toute souriante et s'exclame : « Oh mais c'est toi ! »

Conclusion :

L'évaluation sur sa relation verbale et non verbale me permet de découvrir sa résonance intérieure. Les chansons que Mme D. entend favorisent la résurgence de souvenirs. J'ai observé que les chansons vibrent en elle. Je peux l'affirmer parce que Mme D. fredonne, murmure ou chante les chansons qui l'émotionnent. Elle suit le rythme en faisant des bruits de bouche ou en balançant son corps. Mme D. s'éveille dès le début de la séance dès l'écoute des chansons qui font partie de son histoire de vie. Lorsque la séance est terminée, son corps se referme et son regard est figé. Je peux illustrer ce processus par une fleur qui s'ouvre dès que la lumière l'effleure et se referme délicatement dès que la lumière disparaît.

D. Madame C.

Sur les 25 séances, Mme C. a participé à 21 séances. Les dix premières séances ont eu une durée de 35 minutes car Mme C. ne souhaitait pas rester plus longtemps. Son médecin était tout à fait d'accord de rallonger la séance. Depuis, les séances durent 45 minutes.

Mme C. a refusé les 1^{ère}, 3^{ème}, 4^{ème} et 8^{ème} séances. Suite à ces refus, je me suis rapprochée du médecin coordinateur de l'établissement. Il est également le médecin traitant de Mme C. Je lui ai fait part de cet incident. Il m'a dit qu'il allait lui en parler. Suite à cette entrevue, Mme C. a donc été plus conciliante pour participer mais j'ai appris à connaître cette dame. Par conséquent, j'ai été amené à être plus ferme pour la stimuler.

Cette dame a des moments d'anxiété lorsque sa journée est modifiée. Pour cela, je la préviens quelques heures à l'avance de notre rendez-vous. Il est arrivé assez souvent qu'elle n'ait pas envie de venir et trouve toutes sortes de raisons pour éviter de participer.

Regard et miroir

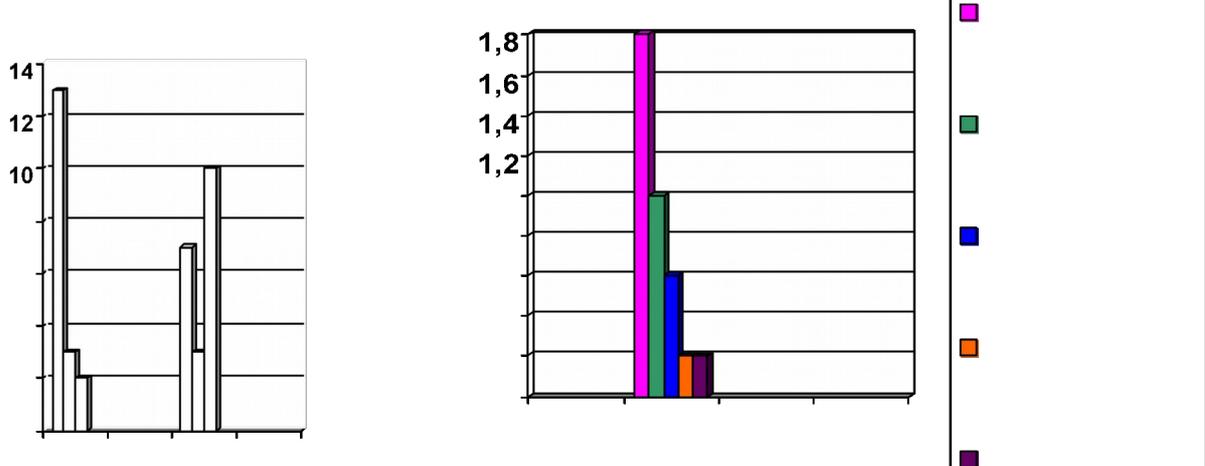
Son regard est souvent tourné vers moi. Lors des séances et pendant la musique active, Mme C. me regarde et dès que je m'en aperçois, soit elle tourne la tête, soit me fait un sourire.

J'ai également observé son regard dans le miroir et remettre ses cheveux en place. Lorsque la salle de balnéothérapie n'est pas disponible, j'organise la séance dans la salle de kinésithérapie sauf qu'il n'y a pas de miroir. Je me suis aperçue que Mme C. le cherchait. Pour illustrer ce que je vis avec Mme C., je reprends deux phrases de Winnicott ; il note ainsi : « Quand je regarde, on me voit donc j'existe » et « ...le patient trouvera son propre soi, sera capable d'exister et de se sentir réel [...] pour se relier aux objets en tant que soi-même et pour avoir un soi où se réfugier afin de se détendre ». [13]

Les fréquences des vomissements et l'angoisse pour la période d'octobre 2013 au 18 mars 2014

Avant octobre 2013, pratiquement tous les jours, les relèves des transmissions indiquent des fréquences de vomissements, après la prise des repas du midi et du soir et quelques fois après le petit déjeuner.

Fréquences des vomissements



L'analyse des deux graphiques montre une certaine adéquation entre ses angoisses et ses fréquences de vomissements

En mars, les séances de musicothérapie se sont arrêtées à partir du 18 pour mes congés. C'est à partir de cette date où les soignants mon rapporté des fréquences de vomissements.

L'intégration progressive des différents outils

Avec Mme C. les séances ont été progressives : en effet, au début, elle souhaitait écouter que des chansons de variétés et au fur et à mesure, elle a accepté d'autres propositions. Mme C. exprimait de plus en plus ses ressenties.

J'ai intégré la musique active dès la séance numéro 7, des jeux vocaux dès la séance 9. Je lui ai proposé des temps comme le déplacement dans l'espace et des mouvements corporels à la séance 12. J'ai laissé des moments de respiration entre des propositions dès la séance 14. Des temps de silence permettent de prendre le temps d'accueillir une écoute musicale, des paroles, des ressentis ou une émotion. Au début des séances, Mme C. a eu du mal à rester dans le silence. Elle s'est rassurée en musique active et elle dit que cela l'empêche d'avoir des pensées.

L'écoute de la musique classique l'a rebutait ; elle préférait écouter des chansons. A la séance 16, elle était disponible et a bien apprécié ce style de musique en fin de séance.

Lors des mouvements corporels, je choisis la musique style oriental. Cette musique la touche beaucoup. Elle me raconte des souvenirs dans des souks et la danse du ventre avec sa mère.

Mme C. a répondu à toutes ces propositions. Elle a découvert aussi les chansons de Sheila le nouvel album de 2012 intitulées « Sheila Solide » et elle a bien reconnu la voix et me dit que sa voix est douce. Mme C. connaît beaucoup de chansons de Sheila des années 60-70.

Conclusion

Sa participation a été progressive. J'ai suivi son rythme et ses besoins : j'étais à son écoute. Sa participation et son intégration lors des animations ont été observées. Plus présente, elle a une attitude de désir pour jouer aux jeux de société. Je lui propose et la laisse décider elle-même.

Les séances de musicothérapie sont des temps privilégiées pour elle.

Ce lien thérapeutique qui s'est instauré au fur et à mesure lui a permis de prendre confiance en elle et cela a favorisé son intégration avec les autres résidents.

Je m'aperçois que sa participation à toutes les propositions telles que musique réceptive et active m'a permis de me rendre compte que la médiation sonore vibre en elle. En effet, Mme C. a (re)trouvé sa musique intérieure, celle qui résonne en elle. Elle réagit à la musique orientale, mais aussi à d'autres musiques. Je peux donc avancer que c'est son iso culturel, son identité sonore qui est le reflet de sa résonance intérieure.

Conclusion

Tout au long de ce mémoire, j'ai mis en exergue l'importance du sonore, du son et de la musique (sa présence dans l'institution et dans notre vie quotidienne) ainsi que nos émotions dès que nous en approchons ou l'écoutons. Pourquoi ? Parce que le sonore est au cœur de la musicothérapie.

La relation thérapeutique est la clé qui permet de recueillir l'émotion du patient en utilisant la médiation sonore. Encore faut-il savoir être à l'écoute du patient et découvrir son code de communication afin de susciter la parole.

Depuis la mise en place du projet, les résultats de l'évaluation ont été analysés entre la période du 30 septembre 2013 au 18 mars 2014. Les prises en charge se poursuivent et d'autres débutent. L'équipe pluridisciplinaire s'investit, c'est-à-dire, est à l'écoute de ce nouveau soin et ainsi me propose une prise en charge selon la personne en difficulté.

Le musicothérapeute a bien sa place dans cette institution et fait partie de l'équipe pluridisciplinaire. Chacun collabore dans un même projet pour le bien être de la personne âgée.

Dès le début des prises en charge, je ne savais pas comment m'y prendre. Puis j'ai laissé faire les choses et en fait, c'est la personne qui m'a guidée. J'ai appris à être à l'écoute et à être patiente. Leur résonance intérieure s'est développée petit à petit comme un embryon qui devient au fil du temps un fœtus et qui se laisse se découvrir. Parce que leur résonance a été mise aussi en vibration avec ma résonance. Oui, j'ai trouvé ce qui est « musiquant » chez la personne âgée. La confiance qui s'est installée dans la relation thérapeutique a permis d'accueillir ce qui a vibré en elle. Leurs émotions et leurs paroles recueillies sont leurs résonances mais aussi leurs gestes, leurs mouvements du corps, leurs chants en font partie. Chaque personne a son identité sonore. Chacune a sa musique qui lui est propre. La résonance intérieure chez la personne âgée l'aide à trouver « l'ici et maintenant », « le moment présent » pour « re-naître » et « Etre » dans un état de mieux être.

L'aboutissement de ce mémoire ainsi que les prises en charge des résidents n'en seraient-ils pas l'amorce d'une nouvelle dynamique telle que la création d'un groupe? C'est un projet à mettre en place avec l'équipe pluridisciplinaire afin de favoriser la rencontre et l'échange entre des résidents mais surtout de rompre l'isolement de la personne âgée à l'aide de la médiation sonore.

Bibliographies

1. Cyrulnik B., *Un merveilleux malheur* Odile Jacob (janvier 2002)
2. Ducourneau G., *Eléments de musicothérapie* Dunod (1997)
3. Cabéro A., *La musique du silence* Edition du Non Verbal/A.M.Bx (mai 2006)
4. Marie M., *Libérer sa voix*, Editions Ecce 2009
5. Benenzon R., *Théorie de la musicothérapie, à partir du concept de l'iso*, Editions de Non Verbal/ A.M.Bx (Mars 1992)
6. Eckart T., *Le pouvoir du moment présent*, J'ai Lu1999 (2010)
7. Lemarquis P., *Sérénade pour un cerveau musicien*, Odile Jacob, 2009, Janvier 2013
8. Sacks O., *Musicophilia*, seuil, janvier 2009
9. Mucchielli A., *l'identité*, p 59 Que sais-je ? (Mai 2013)
10. Nasio J.-D., *Enseignement de sept concepts cruciaux de la psychanalyse*, Payot et Rivages (Juin 2001)
11. Schroder-Marrast S., *La pratique de la voix.p.28*, Editions de Non Verbal/ A.M.Bx (2008)
12. Manoukian A., *La relation soignant-soigné*, 3^{ème} Edition Lamarre 2008
13. Winnicott D.W., *Jeu et réalité*, Gallimard (1971)

A, B

- Agnosie 23
- Agressivité 7
- Angoisse 7, 17, 22, 32, 43, 44, 48, 51
- Aphasie 23
- Apraxie 23
- Arthrose 6, 58
- Auditif (nerf, conduit) 12, 17, 18
- Bruit 9, 10, 11, 16
- Bien-être 4, 11, 19, 26, 31

C

- Cadre 32
- Cancer 6, 58
- Cerveau 12, 17, 19, 23, 38
- Communication 14, 20, 27, 40
- Complexe son / être humain / son 22

D

- Décompenser 28
- Démence fronto temporale 37
- Démence à corps de Lewi 38
- Dépression 8, 58
- Didactique 4, 24, 27, 29
- Dopamine 18, 59

E, F, G

- Empathie 8, 33, 34
- Emotion 10, 11, 13, 14, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 31
- Endomorphine 18
- Equipe pluridisciplinaire 35, 36, 44, 53
- Esthétique 11,

H

- Harmonique 9
- Harmonie 11, 23, 26
- Hauteur 9, 10, 19
- Histoire du sujet 14, 20, 21
- Histoire de vie 15, 50

I, J, K, L

- Incontinence urinaire et fécale 6, 58
- Indication 36
- Intensité 9, 10
- Intimité 25, 26, 27, 31,
- Iso: identité sonore 4, 14, 15, 21

M

- Maladie d'Alzheimer 23, 24, 32, 33, 38, 58
- Maladie cardiovasculaire 6, 58
- Maladie de Parkinson 6, 18, 59
- Maladie psychiatrique 6, 58

- Mécanismes de défense 24, 25, 27, 28, 29
- Médiation sonore 20, 21, 46, 48, 52
- Mélodie 13, 31
- Miroir 27, 50
- Mnésique 23
- Musicalité 11, 30
- Musicothérapeute 4, 19, 21, 24, 25, 28, 30, 31, 32, 36

N, O

- Non verbal 24, 27, 33, 41, 50
- Oreille 11, 12
- Ostéoporose 6, 60

P, Q

- Peau 12, 13, 19
- Perception 9, 19, 24

R

- Regard 27, 32, 35, 51
- Relation 20, 21, 27, 30, 33, 34, 41
- Résilience 8
- Résonance 4, 17, 31, 33
- Résonner 13, 19, 21
- Ressenti 32, 33, 34, 52
- Résonance 4, 17, 19, 31, 33, 46, 50, 53
- Rythme 29, 31, 40, 41, 42, 47

S

- Sensibilité 11, 13, 23, 30
- Silence 17, 18
- Son 9, 10, 11, 17, 19, 22, 31
- Syndrome de glissement 7

T, U, V

- Thérapeutique 4, 11, 13, 14, 16, 21, 22, 32, 33, 34, 35, 37, 46, 50, 52, 53
- Timbre 9, 10, 11, 26
- Vibration 9, 10, 12, 18, 19, 30, 31, 53
- Voix 10, 27, 30, 31, 39

ANNEXE 1				
	➤	L'organigramme de l'Etablissement		61
ANNEXE 2				
	➤	La Charte des droits et libertés de la personne accueillie en EHPAD		62
ANNEXE 3				
	➤	Résultats de l'enquête concernant le conseil de la vie sociale		65
ANNEXE 4				
	➤	Le musicien aveugle de Alvar Cawén		67
ANNEXE 5				
	➤	Article de presse publié le 6 Août 201		68
		« Il y eut de la musique dans les tranchée »		
ANNEXE 6				
	➤	La conscience Victor HUGO	(1802-1885)	69
ANNEXE 7				
	➤	Protocole de mise en place de la musicothérapie en institution		71
ANNEXE 8				
	➤	Les 7 stades de la maladie d'Alzheimer		73

L'arthrose, longtemps considérée comme une fatalité liée au vieillissement, ne bénéficie que de traitements symptomatiques destinés à soulager la douleur. Mais il s'agit en réalité d'une maladie articulaire à part entière, avec plusieurs facteurs de risques bien identifiés conduisant à la destruction du cartilage. La recherche sur les mécanismes en cause est très active ; elle devrait permettre de trouver de nouvelles cibles thérapeutiques dans les années qui viennent pour développer des médicaments spécifiques contre l'arthrose.

Le cancer : Le terme général de «cancer» s'applique à un grand groupe de maladies pouvant toucher n'importe quelle partie de l'organisme. On parle aussi de tumeurs malignes ou de néoplasmes. L'un des traits caractéristiques du cancer est la prolifération rapide de cellules anormales qui, au-delà de leur délimitation habituelle, peuvent envahir des parties adjacentes de l'organisme, puis essaimer dans d'autres organes. On parle alors de métastases, celles-ci étant la principale cause de décès par cancer. Site Internet : OMS (Organisation Mondiale de la Santé)

La dépression : du latin *deprimere*, « peser du haut en bas ». Etat vécu comme un manque d'énergie et une impression d'abandon. La symptomatologie est très riche tant sur le plan physique que psychique. Des insomnies aux fatigues, des troubles digestifs aux anxiétés, du sentiment d'infériorité au sentiment d'incapacité, la dépression couvre des réalités cliniques diverses.

(Manoukian A., *La relation soignant-soigné*, 3^{ème} Edition Lamarre 2008)

L'incontinence urinaire, souvent appelée fuites urinaires dans le langage courant, est la perte incontrôlée et soudaine des urines. Selon le mécanisme de survenue, on différencie plusieurs types d'incontinence. C'est un problème fréquent, qui augmente avec l'âge. Site Internet : ameli.fr

L'incontinence fécale ou anale, est une fuite de gaz ou matières fécales. C'est une affection particulièrement taboue, qui touche pourtant 2 % de la population. Elle concerne surtout les personnes âgées.

La maladie d'Alzheimer

Avec l'âge, les exercices physiques et intellectuels diminuent, privant du même coup le cerveau d'une activité d'éveil et d'oxygénation, vitale à son fonctionnement. Les neurones, ces milliards de cellules nerveuses du cerveau, ont alors de plus en plus de difficultés à répondre favorablement et efficacement aux demandes de l'organisme. Dans le cas des maladies neurodégénératives comme les maladies d'Alzheimer, les neurones sont détruits lentement, sans pouvoir être remplacés. Cette pathologie affecte le cerveau et donc le fonctionnement

général du corps, qui glisse doucement vers des états de dépendance et de non-contrôle. Dans le cas de la maladie d'Alzheimer, on parle de « démence » à cause des troubles cognitifs engendrés (troubles de la mémoire, du langage et du jugement, hésitations, perte des notions spatio-temporelles...). Site Internet : alzheimer-conseil.fr

Les maladies cardiovasculaires

- Définition

Les maladies cardio-vasculaires désignent l'ensemble des maladies relatives aux vaisseaux sanguins et au muscle cardiaque.

- Causes

Elles sont généralement causées par une dégradation de la circulation sanguine au niveau des artères coronaires responsables de l'irrigation du coeur. Parmi les maladies cardio-vasculaires les plus fréquentes figurent, en autres, la maladie coronaire, les troubles du rythme cardiaque, les maladies vasculaires cérébrales ou encore les malformations cardiaques. Les maladies cardio-vasculaires constituent la première cause de décès chez les femmes de plus de 65 ans.

Site Internet : sante-medecine

La maladie de Parkinson

Décrite pour la première fois en 1817 par un médecin anglais qui lui donna son nom, la maladie de Parkinson est une affection dégénérative du système nerveux central. Les zones spécifiquement atteintes sont les neurones producteurs de dopamine (système dopaminergique).

Une maladie du système dopaminergique

Région cérébrale qui dégénère dans la maladie de Parkinson. Trois corps de Lewy (l'un situé au centre, très caractéristique) qui confirment le diagnostic de la maladie de Parkinson. C'est dans ces corps que l'on trouve du fer et de l'aluminium en quantité anormalement élevée.

La dopamine est un **neurotransmetteur**, c'est-à-dire une molécule chargée de transmettre l'information entre les neurones. Lorsque la production ou la circulation de la dopamine est diminuée, les cellules nerveuses communiquent mal. Cela se traduit par de nombreux troubles, dont ceux de la **maladie de Parkinson**. © Inserm, Etienne Hirsch

Les maladies psychiatriques

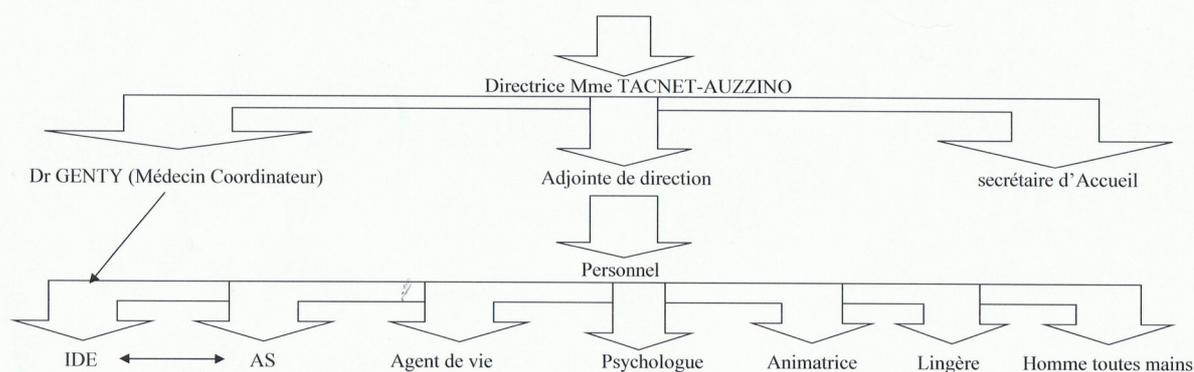
Elles regroupent « les altérations plus ou moins graves de la santé psychique, entraînant des troubles du comportement ». (Petit Robert)

L'ostéoporose est une maladie osseuse fréquente, caractérisée par une diminution de la densité des os du squelette, et par une modification de leur architecture interne qui les rend moins résistants. C'est la maladie des os fragiles. Cette fragilité osseuse est responsable de fractures.

Source Internet : <http://www.rhumatologie.asso.fr/>

ANNEXE 1

Organigramme de l'établissement



Direction générale de l'établissement : Mme TACNET-AUZZINO

Qualité et organisation des soins : Docteur GENTY

Psychologue : relation avec les résidents – les familles – le personnel.

Infirmière : travail infirmier et organisation du travail paramédical (AS-AMP)

Agents de vie, Animatrice, Lingère, Hommes toutes mains sont sous la responsabilité directe de la directrice

ANNEXE 2

Charte des droits et libertés de la personne accueillie

Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-4 du Code de l'Action Sociale et de la Famille.

1 - Principe de non-discrimination
Dans le respect des conditions particulières de prise en charge et d'accompagnement prévues par la loi, nul ne peut faire l'objet d'une discrimination à raison de son origine, notamment ethnique ou sociale, de son apparence physique, de ses caractéristiques génétiques, de son orientation sexuelle, de son handicap, de son âge, de ses opinions et convictions, notamment politiques ou religieuses, lors d'une prise en charge ou d'un accompagnement, social ou médico-social.

2 - Droit à une prise en charge ou à un accompagnement adapté
La personne doit se voir proposer une prise en charge ou un accompagnement, individualisé et le plus adapté possible à ses besoins, dans la continuité des interventions.

3 - Droit à l'information
La personne bénéficiaire de prestations ou de services a droit à une information claire, compréhensible et adaptée sur la prise en charge et l'accompagnement demandés ou dont elle bénéficie ainsi que sur ses droits et sur l'organisation et le fonctionnement de l'établissement, du service ou de la forme de prise en charge ou d'accompagnement. La personne doit également être informée sur les associations d'usagers oeuvrant dans le même domaine. La personne a accès aux informations la concernant dans les conditions prévues par la loi ou la réglementation. La communication de ces informations ou documents par les personnes habilitées à les communiquer en vertu de la loi s'effectue avec un accompagnement adapté de nature psychologique, médicale, thérapeutique ou socio-éducative.

4 - Principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne
Dans le respect des dispositions légales, des décisions de justice ou des mesures de protection judiciaire ainsi que des décisions d'orientation :

- a) La personne dispose du libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre de son admission dans un établissement ou service, soit dans le cadre de tout mode d'accompagnement ou de prise en charge.
- b) Le consentement éclairé de la personne doit être recherché en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation, des conditions et conséquences de la prise en charge et de l'accompagnement et en veillant à sa compréhension.
- c) Le droit à la participation directe, ou avec l'aide de son représentant légal, à la conception et à la mise en oeuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne lui est garanti.

Lorsque l'expression par la personne d'un choix ou d'un consentement éclairé n'est pas possible en raison de son jeune âge, ce choix ou ce consentement est exercé par la famille ou le représentant légal auprès de l'établissement, du service ou dans le cadre des autres formes de prise en charge et d'accompagnement. Ce choix ou ce consentement est également effectué par le représentant légal lorsque l'état de la personne ne lui permet pas de l'exercer

directement. Pour ce qui concerne les prestations de soins délivrées par les établissements ou services médico-sociaux, la personne bénéficie des conditions d'expression et de représentation qui figurent au code de la santé publique. La personne peut être accompagnée de la personne de son choix lors des démarches nécessitées par la prise en charge ou l'accompagnement.

5 - Droit à la renonciation
La personne peut à tout moment renoncer par écrit aux prestations dont elle bénéficie ou en demander le changement dans les conditions de capacités, d'écoute et d'expression ainsi que de communication prévues par la présente charte, dans le respect des décisions de justice ou mesures de protection judiciaire, des décisions d'orientation et des procédures de révision existantes en ces domaines.

6 - Droit au respect des liens familiaux
La prise en charge ou l'accompagnement doit favoriser le maintien des liens familiaux et tendre à éviter la séparation des familles ou des fratries prises en charge, dans le respect des souhaits de la personne, de la nature de la prestation dont elle bénéficie et des décisions de justice. En particulier, les établissements et les services assurant l'accueil et la prise en charge ou l'accompagnement des mineurs, des jeunes majeurs ou des personnes et familles en difficulté ou en situation de détresse prennent, en relation avec les autorités publiques compétentes et les autres intervenants, toute mesure utile à cette fin.

Dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et du souhait de la personne, la participation de la famille aux activités de la vie quotidienne est favorisée.

7 - Droit à la protection
Il est garanti à la personne comme à ses représentants légaux et à sa famille, par l'ensemble des personnels ou personnes réalisant une prise en charge ou un accompagnement, le respect de la confidentialité des informations la concernant dans le cadre des lois existantes. Il lui est également garanti le droit à la protection, le droit à la sécurité, y compris sanitaire et alimentaire, le droit à la santé et aux soins, le droit à un suivi médical adapté.

8 - Droit à l'autonomie
Dans les limites définies dans le cadre de la réalisation de sa prise en charge ou de son accompagnement et sous réserve des décisions de justice, des obligations contractuelles ou liées à la prestation dont elle bénéficie et **des mesures de tutelle ou de curatelle** renforcée, il est garanti à la personne la possibilité de circuler librement. A cet égard, les relations avec la société, les visites dans l'institution, à l'extérieur de celle-ci, sont favorisées. Dans les mêmes limites et sous les mêmes réserves, la personne résidente peut, pendant la durée de son séjour, conserver des biens, effets et objets personnels et, lorsqu'elle est majeure, disposer de son patrimoine et de ses revenus.

9 - Principe de prévention et de soutien
Les conséquences affectives et sociales qui peuvent résulter de la prise en charge ou de l'accompagnement doivent être prises en considération. Il doit en être tenu compte dans les objectifs individuels de prise en charge et d'accompagnement. Le rôle des familles, des représentants légaux ou des proches qui entourent de leurs soins la

personne accueillie doit être facilité avec son accord par l'institution, dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et des décisions de justice.

10 - Droit à l'exercice des droits civiques attribués à la personne accueillie
L'exercice effectif de la totalité des droits civiques attribués aux personnes accueillies et des libertés individuelles est facilité par l'institution, qui prend à cet effet toutes mesures utiles dans le respect, si nécessaire, des décisions de justice.

11 - Droit à la pratique religieuse
Les conditions de la pratique religieuse, y compris la visite de représentants des différentes confessions, doivent être facilitées, sans que celles-ci puissent faire obstacle aux missions des établissements ou services. Les personnels et les bénéficiaires s'obligent à un respect mutuel des croyances, convictions et opinions. Ce droit à la pratique religieuse s'exerce dans le respect de la liberté d'autrui et sous réserve que son exercice ne trouble pas le fonctionnement normal des établissements et services.

12 - Respect de la dignité de la personne et de son intimité
Le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne est garanti. Hors la nécessité exclusive et objective de la réalisation de la prise en charge ou de l'accompagnement, le droit à l'intimité doit être préservé.



ENQUETE AUPRES DES RESIDENTS, DES FAMILLES ET DES PERSONNELS

La Résidence Les Forges Royales souhaite relancer un **Conseil de la Vie Sociale**. Il est fait pour informer, créer du lien et favoriser la participation des résidents. Nous avons besoin de connaître les thèmes que vous souhaiteriez aborder. Donnez-nous votre avis.

RESULTATS DES REPONSES DES SALARIES => 22 réponses sur 39 questionnaires distribués (56%)

1- Savez-vous qu'il existe un conseil de la vie sociale au sein de l'établissement ? (si non, passez à la question 3)
17 oui 5 non

2- Si oui et selon vous quel est le rôle d'un conseil de vie sociale ? Voici les réponses ressorties
Réunir, informer, partager, donner la parole, participer, intégrer les différents acteurs de l'EHPAD (résidents, familles, direction, responsables de l'association, personnels) sur l'organisation et au fonctionnement de la vie dans l'établissement ou à l'extérieur.

3- Souhaiteriez-vous aborder un sujet en particulier dans le cadre d'une réunion collective ?
(si non passez à la question 5)

4 oui 18 non

4- Si oui, lequel ?
Comment faire vivre le CVS.
Les conditions de prises en charge
L'alimentation (apports nutritionnels et plaisirs)
La mise en place des séances de musicothérapie en institution

5- Pensez-vous utile et/ou important de donner son point de vue sur un sujet qui concerne le fonctionnement de l'établissement dans le cadre d'une réunion collective ?

20 oui 2 non

6- Pourquoi ?
Pour donner son avis, échanger sur un sujet. (car lieu de vie)
Soulever des problèmes et trouver des solutions ensemble pour un bon fonctionnement de l'établissement.
Informer sur des événements importants.
Connaître les nouvelles familles
C'est un travail d'équipe, collaboration entre chacun.
Chaque personne doit se sentir concernée et informée.
Intérêt des communications favorisant les compréhensions.

7- L'établissement souhaite relancer le conseil de la vie sociale, dites-nous comment vous souhaitez être informé ?

Par courrier => 7
Par note de service => 3
Par affichage en salle du personnel => 3
Oralement => 2
Par mail => 1
Retour par compte rendu => 2

8- A quelle fréquence devrions-nous nous réunir ?

1 fois par an => 1
2 fois par an => 6
3 fois par an => 3
4 fois par an (1 réunion par trimestre) => 10
6 fois par an => 2

9- Où ?

Dans l'établissement (salon ou salle de restaurant souvent cité) pour 21 personnes
Dans un cadre extérieur pour 1 personne

10- Est-ce que vous souhaiteriez y participer ?

14 oui 8 non

11- Comment voulez-vous avoir le compte rendu ?

Pour la majorité par courrier ou note individuelle et par affichage en salle du personnel
Un compte rendu doit être à disposition à l'accueil

12- Quels sujets souhaiteriez-vous aborder ?

- | | | |
|--------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| - L'accueil / gestion administrative | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Les soins et l'hygiène | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Le confort hôtelier | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Le personnel | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - La vie quotidienne | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - L'animation et la vie sociale | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

- Autres :

=> 7 personnes sur 22 pensent que tous les sujets doivent être abordés

=> 16 personnes sur 22 souhaitent aborder les soins

=> 15 personnes sur 22 souhaitent aborder le personnel

=> 16 personnes sur 22 souhaitent aborder la vie quotidienne et/ou l'animation

13- Seriez-vous intéressé(e) pour être :

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Représentant des résidents (si vous êtes résident) | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Représentant des familles (si vous êtes un proche du résident) | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Représentant des salariés | 0 oui | <input type="checkbox"/> non |
| Présent à titre consultatif ou d'information | 8 oui | <input type="checkbox"/> non |

14- Faites-nous part de vos suggestions pour mettre en place une instance de concertation au sein de la Résidence ?

Réunir les volontaires pour former un noyau et définir les axes de travail pour améliorer la vie de nos résidents

Faire un groupe de paroles et d'échanges

Avoir plusieurs représentants des résidents et de familles

Renseignements complémentaires : la fonction représentée

=> 1 psychologue

=> 4 infirmières

=> 1 professeur APA

=> 6 aides-soignants ou AMP

=> 1 animatrice

=> 1 agent administratif

=> 1 médecin coordonnateur

=> 7 agents de vie

=> 1 agent d'entretien

« Le musicien aveugle » de Alvar Cawén (1922)



VILLAPOURÇON ■ Conférence de Dominique et Paul Gaboriau, musiciens morvandiaux

Il y eut de la musique dans les tranchées

À Villapourçon, dans le cadre de la Ronde des arts en Sud-Morvan, Dominique et Paul Gaboriau, musiciens morvandiaux férus d'histoire, ont présenté une conférence sur la musique dans les tranchées.

De documents et instruments authentiques en chansons d'époque, ils ont dévoilé un pan méconnu de l'histoire de la Première Guerre mondiale.

Entre Poilus, on se comprenait grâce à la musique et aux airs des chansons connues. On trompait sa peur en faisant semblant de vivre encore et encore. Les musiciens, souvent autodidactes, fabriquaient des instruments avec ce qu'ils trou-



CONFÉRENCE. Dominique et Paul Gaboriau ont offert une présentation sensible et documentée qui a ravi l'auditoire.

vaient : obus, bois, ferraille ou crin de cheval. De cette récupération incertaine sont nés vio-

lons et banjos. Henri Barbusse, écrivain, dira : « Un violon rudimentaire peut, dans le refuge

d'un petit bois, nous apporter un moment d'élévation et d'oubli ».

Les concerts organisés en 2^e ligne, avec la participation des "Grands de la scène", étaient hués. Sur le front, on boycottait la musique militaire rappelant les errements de l'État-major. Et puis, au début, les Highlanders et leurs cornemuses menaient à l'assaut. Des cibles trop faciles pour l'ennemi !

La conférence, poignante, se termina fort à propos par la chanson québécoise *Quand les hommes vivront d'amour*, tandis que défilait sur l'écran des photos de Poilus marqués par la souffrance. ■

La conscience de **Victor HUGO** (1802-1885)

Lorsque avec ses enfants vêtus de peaux de bêtes,
 Echevelé, livide au milieu des tempêtes,
 Caïn se fut enfui de devant Jéhovah,
 Comme le soir tombait, l'homme sombre arriva
 Au bas d'une montagne en une grande plaine ;
 Sa femme fatiguée et ses fils hors d'haleine
 Lui dirent : « Couchons-nous sur la terre, et dormons. »
 Caïn, ne dormant pas, songeait au pied des monts.
 Ayant levé la tête, au fond des cieux funèbres,
 Il vit un oeil, tout grand ouvert dans les ténèbres,
 Et qui le regardait dans l'ombre fixement.
 « Je suis trop près », dit-il avec un tremblement.
 Il réveilla ses fils dormant, sa femme lasse,
 Et se remit à fuir sinistre dans l'espace.
 Il marcha trente jours, il marcha trente nuits.
 Il allait, muet, pâle et frémissant aux bruits,
 Furtif, sans regarder derrière lui, sans trêve,
 Sans repos, sans sommeil; il atteignit la grève
 Des mers dans le pays qui fut depuis Assur.
 « Arrêtons-nous, dit-il, car cet asile est sûr.
 Restons-y. Nous avons du monde atteint les bornes. »
 Et, comme il s'asseyait, il vit dans les cieux mornes
 L'oeil à la même place au fond de l'horizon.
 Alors il tressaillit en proie au noir frisson.
 « Cachez-moi ! » Cria-t-il; et, le doigt sur la bouche,
 Tous ses fils regardaient trembler l'aïeul farouche.
 Caïn dit à Jabel, père de ceux qui vont
 Sous des tentes de poil dans le désert profond :
 « Etends de ce côté la toile de la tente. »
 Et l'on développa la muraille flottante ;
 Et, quand on l'eut fixée avec des poids de plomb :
 « Vous ne voyez plus rien ? » dit Tsilla, l'enfant blond,
 La fille de ses Fils, douce comme l'aurore ;
 Et Caïn répondit : « je vois cet oeil encore ! »
 Jubal, père de ceux qui passent dans les bourgs
 Soufflant dans des clairons et frappant des tambours,
 Cria : « je saurai bien construire une barrière. »
 Il fit un mur de bronze et mit Caïn derrière.
 Et Caïn dit « Cet oeil me regarde toujours ! »
 Hénoch dit : « Il faut faire une enceinte de tours
 Si terrible, que rien ne puisse approcher d'elle.
 Bâtissons une ville avec sa citadelle,
 Bâtissons une ville, et nous la fermerons. »
 Alors Tubalcaïn, père des forgerons,
 Construisit une ville énorme et surhumaine.
 Pendant qu'il travaillait, ses frères, dans la plaine,
 Chassaient les fils d'Enos et les enfants de Seth ;
 Et l'on crevait les yeux à quiconque passait ;
 Et, le soir, on lançait des flèches aux étoiles.
 Le granit remplaça la tente aux murs de toiles,
 On lia chaque bloc avec des noeuds de fer,

Et la ville semblait une ville d'enfer ;
L'ombre des tours faisait la nuit dans les campagnes ;
Ils donnèrent aux murs l'épaisseur des montagnes ;
Sur la porte on grava : « Défense à Dieu d'entrer. »
Quand ils eurent fini de clore et de murer,
On mit l'aïeul au centre en une tour de pierre ;
Et lui restait lugubre et hagard. « Ô mon père !
L'oeil a-t-il disparu ? » Dit en tremblant Tsilla.
Et Caïn répondit : " Non, il est toujours là. »
Alors il dit: « je veux habiter sous la terre
Comme dans son sépulcre un homme solitaire ;
Rien ne me verra plus, je ne verrai plus rien. »
On fit donc une fosse, et Caïn dit « C'est bien ! »
Puis il descendit seul sous cette voûte sombre.
Quand il se fut assis sur sa chaise dans l'ombre
Et qu'on eut sur son front fermé le souterrain,
L'oeil était dans la tombe et regardait Caïn.

La Légende des siècles est un recueil de poèmes de Victor Hugo, conçu comme une œuvre monumentale destinée à dépeindre l'histoire et l'évolution de l'Humanité. La Première série parut le 28 septembre 1859 à Bruxelles, en deux volumes.

Stagiaire : Sylvie Berthe

Institution : Résidence Les Forges Royales 25 Square des Abbés 58130 Guérisny

I) En quoi consiste la musicothérapie ?

a) Définition :

« La musicothérapie est une pratique de soin, d'aide, de soutien ou de rééducation qui consiste à prendre en charge des personnes présentant des difficultés de communication et/ou de relation.

Il existe différentes techniques de musicothérapie, adaptées aux populations concernées : troubles psychoaffectifs, difficultés sociales ou comportementales, troubles sensoriels, physiques ou neurologiques.

La musicothérapie s'appuie sur les liens étroits entre les éléments constitutifs de la musique, et l'histoire du sujet.

Elle utilise la médiation sonore et/ou musicale afin d'ouvrir ou restaurer la communication et l'expression au sein de la relation dans le registre verbal et/ou non verbal »

b) Prise en charge :

Pour pratiquer la musicothérapie, il convient d'avoir recourt à un musicothérapeute. La Fédération Française de Musicothérapie (FFM) préconise impérativement de veiller à ce que les praticiens soient formés, diplômés et signataires du code de déontologie.

Les prises en charge en Musicothérapie sont effectuées dans l'établissement par le musicothérapeute et la psychologue.

c) Indications et prescriptions :

Chaque prise en charge se fait sur prescription d'un médecin ou sur indication après évaluation du besoin par la psychologue et le musicothérapeute, et en concertation avec la direction de l'établissement.

d) Evaluation :

L'évaluation au terme des séances ou des cycles de séances (12 / 24 / 36 séances) se fait à l'aide d'un support, soit adapté et personnalisé pour chaque résidant, soit de façon plus global mais par résidant.

Sont évalués :

- La relation non verbale
- La relation verbale
- L'état comportemental
- L'état thymique

Pour les activités réceptives, sont observés : les effets du rythme, des mélodies, des paroles, des effets sur la mémoire des mélodies, la mémoire des mots et l'évolution de l'aspect thymique en début et en fin de séance.

Supports d'évaluation :

- Grilles d'observation
- Grilles de bilan
- Graphiques Individuels

II) Stage Projet Professionnel du 30 septembre 2013 au 21 Mars 2014

MISE EN PLACE DES SEANCES D'EXPRESSION SONORES

(Voix, musique active, musique réceptive, gestuelle...)

- ❖ Supervision toutes les trois séances avec Mme Aurélie Mioche, psychologue, et qui sera directrice du mémoire de Mme Berthe

a) Fiche technique des séances pour un groupe de 3 personnes

- Lieu : Local de l'accueil de jour
- Jour : lundi de 15h00 à 16h00
- Moyen humain : Sylvie Berthe stagiaire en formation
- L'identité des personnes prises en charges

- Mr S. présent à l'accueil de jour
- Mr B. présent à l'accueil de jour
- Mme D. résidente à l'unité de vie Alzheimer

Entretien au préalable
avec la famille

Objectifs :

- ✚ Proposer l'écoute d'œuvres appropriées pour favoriser l'émergence des souvenirs, aider à la détente et à la relaxation.
- ✚ Avoir des effets bénéfiques sur le comportement et les capacités à être plus actifs et donc à se reposer qu'à maintenir un équilibre émotif.
- Déroulement de la séance
- Temps de détente/ Fin de la Séance
- Retour de leur responsable de la journée (Aide Médico-Psychologique)
- Evaluation de la séance par la stagiaire
- Nombre d'heure totalisé prévu = 21h00 (21 jours)

b) Fiche technique des séances pour un suivi individuel

- Lieu : Chambre de la personne
- Jour : à voir avec la personne (lui proposer le vendredi de 9h45 à 10h30 ou 14h30 à 15h15)
- Moyen humain : Sylvie Berthe stagiaire en formation
- L'identité de la personne prise en charge : Mme C. résidente à l'EHPAD et entretien au préalable avec la famille ou seulement avec la résidente

Objectifs :

- ✚ Développer et maintenir la capacité d'explorer les possibilités expressives de la voix, du corps et de ce de fait stimuler la mémoire, les facultés cognitives et affectives.
- ✚ Proposer l'écoute d'œuvres appropriées pour favoriser l'émergence des souvenirs, aider à la détente et à la relaxation.
- Déroulement de la séance
- Temps de détente/ Fin de la Séance
- Raccourci de la personne dans le salon si elle le souhaite
- Evaluation de la séance par la stagiaire
- Nombre d'heure totalisé prévu = 16h15 (21 jours)

III) Validation du projet

L'institution : La résidence « Les Forges Royales »

58130 Guérimy

Madame Danièle Tacnet-Auzzino, Directrice

oui

non

Signature



Les 7 stades de la maladie d'Alzheimer

La maladie d'Alzheimer s'aggrave au fil du temps. Les experts ont défini des « stades » afin de décrire l'évolution des capacités d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer jusqu'à un stade avancé.

Les stades décrits ci-dessous donnent un aperçu général de la façon dont les capacités d'une personne évoluent au cours de la maladie. Les symptômes et l'évolution de la maladie d'Alzheimer peuvent varier considérablement d'un individu à l'autre.

Ces sept stades s'appuient sur un système créé par le docteur Barry Reisberg, MD, chef de clinique de la New York University School of Medicine's Silberstein Aging and Dementia Research Center.

Stade 1 : Aucune déficience (fonctions normales)

La personne ne présente aucun trouble de la mémoire. Aucun symptôme de démence n'est décelé lors d'un entretien avec un professionnel de la santé.

Stade 2 : Déficit cognitif très léger (pouvant être lié à l'âge ou aux premiers signes de la maladie d'Alzheimer)

La personne a parfois l'impression d'avoir des trous de mémoire, d'oublier des mots courants ou l'endroit où se trouvent certains objets de la vie quotidienne. Mais aucun symptôme de démence n'est détecté lors d'examens médicaux ou par les amis, la famille ou les collègues.

Stade 3 : Déficit cognitif léger (ces symptômes permettent de diagnostiquer chez certaines personnes, mais pas toutes, le stade précoce de la maladie d'Alzheimer)

Les amis, la famille et les collègues commencent à remarquer certains troubles. Lors d'un examen médical approfondi, les médecins sont capables de déceler des troubles de la mémoire ou de la concentration. Les difficultés courantes au stade 3 comprennent :

- des difficultés manifestes à trouver le bon mot ou nom ;
- des difficultés à se souvenir du nom de personnes rencontrées récemment ;
- avoir manifestement plus de difficulté à effectuer des tâches dans un contexte social ou professionnel ;
- oublier quelque chose juste après l'avoir lu ;
- perdre ou ranger au mauvais endroit un objet de valeur ;
- des difficultés accrues à planifier ou à organiser.

Stade 4 : Déficit cognitif modéré (stade léger ou précoce de la maladie d'Alzheimer)

À ce stade, un examen médical approfondi permet normalement de déceler des symptômes évidents de la maladie dans plusieurs domaines :

- l'oubli d'événements récents ;
- l'altération de la capacité à résoudre des calculs mentaux, notamment le décompte de 7 en 7 à partir de 100 ;
- des difficultés accrues à exécuter des tâches complexes, telles que la préparation d'un dîner pour des invités, le règlement des factures ou la gestion des comptes ;
- l'oubli de son propre passé ;
- des sautes d'humeur ou un effacement, notamment dans des situations socialement ou mentalement éprouvantes.

Stade 5 : Déficit cognitif modérément sévère (stade modéré ou intermédiaire de la maladie d'Alzheimer)

Des troubles de la mémoire et du raisonnement sont perceptibles et les personnes ont désormais besoin d'aide pour les activités quotidiennes. À ce stade, les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer peuvent :

- être incapables de se souvenir de leur propre adresse ou numéro de téléphone ou encore du lycée ou du collègue qu'elles ont fréquenté ;
- être désorientées sur le plan temporo-spatial ;
- avoir des difficultés à résoudre des problèmes mathématiques simples, comme effectuer un décompte de 4 en 4 à partir de 40 et de 2 en 2 à partir de 20 ;
- avoir besoin d'aide pour choisir des vêtements adaptés à la saison ou à une occasion particulière ;
- se souvenir encore d'événements importants de leur vie ou de celle de leur famille ;
- être encore autonome pour manger ou aller aux toilettes.

Stade 6 : Déficit cognitif sévère (stade modérément sévère ou intermédiaire de la maladie d'Alzheimer)

Les troubles de la mémoire continuent de s'aggraver, des modifications de la personnalité peuvent apparaître et les personnes ont besoin d'une aide importante pour les activités quotidiennes. À ce stade, les personnes peuvent :

- ne plus se souvenir d'événements récents de leur vie ou de celle de leur entourage ;
- se souvenir de leur propre nom, mais avoir du mal à se souvenir de leur passé ;
- faire la différence entre des visages familiers et inconnus, mais avoir du mal à se souvenir du nom de leur conjoint ou du personnel soignant ;

- avoir besoin d'aide pour s'habiller convenablement et, sans supervision, faire des erreurs (par exemple, mettre leur pyjama par-dessus leurs vêtements ou inverser leurs chaussures) ;
- avoir des troubles majeurs au niveau du rythme de sommeil (dormir le jour et être actif la nuit) ;
- avoir besoin d'aide pour certains gestes liés à la toilette (par exemple, tirer la chasse d'eau, s'essuyer ou jeter le papier usagé) ;
- souffrir de plus en plus souvent d'incontinences urinaires ou fécales ;
- subir des modifications majeures de la personnalité ou du comportement, notamment ressentir de la défiance, avoir des hallucinations (croire, par exemple, que les membres du personnel soignant sont des imposteurs) ou présenter des troubles obsessionnels compulsifs comme se tordre les doigts ou déchirer du papier ;
- avoir tendance à errer ou à se perdre.

Stade 7 : Déficit cognitif très sévère (stade sévère ou avancé de la maladie d'Alzheimer)

Au cours de la phase terminale de la maladie, la personne n'est plus capable d'interagir avec son entourage, d'avoir une conversation, ni de contrôler ses gestes. Elle peut encore prononcer des mots ou des phrases.

À ce stade, la personne requiert une aide importante pour les activités quotidiennes telles que manger ou aller aux toilettes. Elle peut ne plus être capable de sourire, de se tenir assise et de lever la tête. Ses réflexes deviennent anormaux. Ses muscles se raidissent. Elle commence à avoir des troubles de la déglutition.

Souvenez-vous : Les différents stades pouvant se chevaucher, il est difficile de déterminer à quel stade de la maladie se trouve une personne.

Source Internet : alz.org