

Un atelier « musique et

À partir de techniques de musicothérapie et de sophrologie, un dispositif permet à des personnes âgées démentes de s'inscrire corporellement dans le moment présent et de se relier au monde, ce qui leur procure apaisement et mieux-être.

Le dispositif « musique et conscience » a été créé pour des personnes âgées vivant en Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et souffrant de démence modérée (1). À ce stade de la maladie, des troubles de la mémoire et du raisonnement sont perceptibles et les personnes ont besoin d'aide pour les activités quotidiennes. Basé sur des outils de musicothérapie et sophrologie, l'atelier leur permet de s'inscrire corporellement dans le moment présent et ainsi de se relier à l'autre et au monde. Cet atelier s'inscrit dans les nouvelles dynamiques soignantes, approches non-médicamenteuses en considération de l'état psychique de la personne.

PHÉNOMÉNOLOGIE DE LA DÉMENCE

Le psychiatre suisse Ludwig Biswanger (1881-1966) a développé sa pratique autour d'une question centrale : comment réussir notre existence? Pour lui, la maladie mentale est « une potentialité humaine » (2002). Dans cette perspective, il considère les limites de la médecine, trop attachée au corps-symptôme; et celles de la psychanalyse, qui s'intéresse uniquement au psychisme. Dès lors, Biswanger propose la notion

de « *présence même* » de l'être homme (1971), à la fois expression du corporel et de l'esprit. L'homme dans sa totalité en tant qu'être « *qui est là* » s'exprime dans sa présence. Lorsqu'il définit les pathologies mentales, Biswanger évoque une « *forme manquée de la présence humaine* ». Ce concept peut s'appliquer à la démence.

Pour Erickson, le vécu de la vieillesse est « *l'intégration de l'ensemble de sa biographie en une unité* » (cit. par Tatossian, 1987). Il est donc possible, à cette phase de la vie humaine, de donner une unité à l'existence. Toutefois, dans la démence, l'histoire de la personne ne s'inscrit pas dans une continuité de sens. Dans le discours de la personne démente, nous observons des confusions, des juxtapositions, des annulations d'événements de vie qui contribuent à une conscience de soi tronquée. Le dément a perdu le « *but et reste accroché à la réponse erronée* » (Tatossian, 1987). La personne démente n'arrive pas à se vivre dans une conscience de soi comme un être historique.

• Espace et temporalité

Nous portons continuellement avec nous des espaces invisibles (Tatossian, 1987), sortes de cercles de familiarité, de quotidienneté et d'affectivité. Ces espaces nous garantissent un sentiment de sécurité (« *Je sais d'où je viens* ») et restent disponibles en nous. Pour Tatossian (1987), « *le dément perd cet espace invisible et son espace vécu se réduit au seul espace actuellement visible* », ce qui



© Fotolia - De Visu.

Nelly ETCHEVERRY

Psychologue clinicienne, musicothérapeute, sophrologue.

conscience » en Ehpad



génère une angoisse existentielle profonde (« *Qui suis-je dans cet espace qui ne m'est pas familier? Où se trouvent mes ressources?* »). Nous comprenons alors cette recherche constante de la part de la personne démente d'un « *chez-soi* » rarement conceptualisé, défini, représenté, comme s'il était perdu quelque part (« *Je veux rentrer chez moi* »). Cette perte de l'espace invisible éclaire aussi cette tendance de la personne démente à vouloir partir, chercher, trouver un ailleurs. Peut-être pouvons-nous l'entendre comme son désir de renouer avec ces attaches invisibles, inscrites en chacun.

La temporalité de la personne démente est celle d'un primat du présent dans lequel se fourvoient des brides incohérentes du passé. Ainsi, elle ne peut se raccrocher à un passé rassurant et étayant, et l'avenir semble impensable. « *Le dément vit qu'il est ici et maintenant et le phénomène du "j'existe" persiste chez lui, même s'il ne peut développer cet ici et ce maintenant et ce je* » (Tatossian, 1987). Minkowski (1995) définit sa propre conception de la temporalité et différencie le temps de la durée (Chronos) aussi appelé le temps commun, du temps vécu. Dans la démence, les souvenirs et les temporalités se mélangent et rendent le discours confus. Ainsi, la personne se sent en décalage, jamais au « *bon endroit au bon moment* ». Il y a une suspension existentielle, génératrice de souffrance.

• Le sentiment d'exister

Qu'est-ce qu'exister? C'est avec la capacité réflexive que nous pouvons asseoir notre sentiment d'exister. C'est en nous regardant dans notre continuité existentielle (conscience de soi, des autres, du monde qui nous entoure) que nous avons la certitude d'exister.

Dans la démence, l'activité de pensée est mise à mal et ce sentiment d'exister vacille : « *La démence est un processus dynamique où s'altère l'équilibre réalisé continuellement par l'homme sain entre vivre et se vivre* » (Tatossian, 1987). La structure d'une pensée construite nous permet de mettre à distance les événements vécus. La personne démente ne peut donc pas filtrer les informations ni les émotions liées aux faits. C'est pourquoi la limite soi/autrui est poreuse, sans différenciation entre ce qui appartient à l'autre et à soi. « *Le "j'existe" du dément se réduit à un simple moi-ici-et maintenant et à l'effritement alors inévitable*

de toute coordonnée biographique et spatio-temporelle. Le "j'ai, je possède" se réduit à la sphère du visible immédiat et finalement à la sphère du corps propre. » (Tatossian (1987). Nous comprenons ainsi des comportements spécifiques du sujet âgé dément. Par exemple, une plainte incessante est à entendre comme une tentative pour créer du temps et se sentir exister dans le temps présent. Entendre se plaindre, c'est s'entendre, comme si le patient s'adressait à lui-même. Un sentiment d'exister prend sans doute forme là. La déambulation crée également du temps dans le mouvement. Sentir dans le corps propre que quelque chose se passe. C'est une ultime tentative d'existence. La continuité d'être est atteinte dans la démence et laisse apparaître une profonde blessure existentielle. Le temps est fabriqué mais il enferme dans un monde où le « je » survit et où « l'Autre » n'existe pas. La personne démente exerce donc son sentiment d'exister dans un temps de l'immédiateté et dans l'espace même du corps propre. Elle vit par conséquent un enfermement dans son propre univers, et un lien précaire à l'autre et au monde. Je fais l'hypothèse que la musicothérapie et la sophrologie, en soutenant « l'être en relation » favorisent une présence à soi. Ainsi, une conscience de soi, et donc une rencontre avec soi-même, peut se développer, tout en inscrivant le sujet dans un rapport au monde où l'attention n'est plus focalisée vers l'animateur mais bien vers la groupéité.

CADRE DU GROUPE

Le dispositif « musique et conscience » est proposé dans le cadre d'un Cantou (2), nommé L'arbre de vie, au sein d'un Ephad. J'interviens dans la salle commune pour éviter aux résidents toute perturbation liée à un déplacement dans un lieu inconnu. L'inclusion dans le groupe s'effectue à partir de 2 critères :

- la validation de la personne à mettre le corps en scène (douleurs, image de soi) ;
- l'impact des troubles du comportement sur la qualité de vie.

Sept personnes participent à la première session, de 12 séances : 3 hommes et 4 femmes, dont une femme qui ne vit pas à L'arbre de vie et rejoint le groupe le temps de l'atelier. Ces personnes présentent une démence (Alzheimer ou apparentée) et des troubles psycho-comportementaux.

Nous nous installons en cercle. Chaque séance dure trois quarts d'heure : un quart d'heure de musicothérapie, puis 20 minutes d'activation en sophrologie pour terminer sur la diffusion d'un extrait musical (défini ensemble), qui marque la fin de séance.

Les objectifs généraux sont de :

- renforcer un sentiment de bien-être et d'apaisement par la présence du corps ;
- favoriser le sentiment d'exister autour de la conscience de soi, des autres et du monde.

Je propose de faire un détour conceptuel afin de présenter les outils utilisés dans le cadre de cet atelier.

LA MUSICOTHÉRAPIE

La musique nous traverse (voir aussi *La musique qui soigne, Santé mentale*, n° 89, juin 2004). Par essence, elle instaure un mouvement interne, en résonance avec l'intime, mais offre aussi un contact entre notre intériorité et le monde extérieur. Selon de nombreux auteurs musicothérapeutes (De Martino, 1988), la musique en tant que médiation permet la création d'un lien. Pour d'autres (A. Boyer-Labrouche, 2000), elle « *permet de renouer la relation* ». La musique entre en écho avec la vie affective, ainsi nous ressentons le mouvement du son et essayons de le suivre en tapant des pieds, des mains. La relation commence alors par ce que la musique fait ressurgir en nous pour ensuite venir se nouer à l'histoire d'autrui. Édith Lecourt (2005) insiste sur ce fait : « *ce qui est recherché, c'est vraiment comment un son produit [...] fait réagir, trouve écho [...] il s'agit vraiment d'un travail centré sur la relation* ». La musique, par sa résonance intime, permet l'émergence d'une présence partagée. Elle est un vecteur relationnel, comme le dit bien le philosophe Martin Buber (1992) : « *Dès que le "Tu" devient présent, la présence naît.* » C'est une motricité vivante qui met en contact deux êtres dans le temps authentique d'une rencontre. Elle nous permet d'appréhender une présence d'un Soi lié à l'Autre dans une intentionnalité commune. Le sujet existe donc à travers le « Tu », dans la rencontre et le mouvoir. Son désir est alors marqué par la découverte de Soi dans un mouvement de dessaisissement. Buber (1992) précise : « *Agir, c'est créer; inventer, c'est trouver; donner une forme c'est découvrir.* »

Avec cet outil de communication non-verbale, sonore, je cherche à tisser un lien

pour amener un éveil cognitif et émotionnel. Une première partie de la séance met l'accent sur le rythme, les silences, et propose des jeux rythmiques. Un deuxième temps est consacré à la voix et à la chanson, avec l'intention de scander différemment la mélodie autour d'une conscience de la respiration. Ces deux techniques (rythme et voix) favorisent l'émergence d'une ipséité inscrite dans le lien à l'autre. La personne se perçoit dans une forme de présence, « *un soi-même comme un autre* » au sens de Ricœur

Les exercices proposés mobilisent le corps, qui se met alors en mouvement et devient le lieu de sensations. Il est alors vécu dans sa présence, l'appel à la vivance corporelle vient recontacter la densité du présent. Pour Strauss (2000), ce qui constitue l'unité de soi, ce sont « *les modes de l'être au monde que nous distinguons sous les vocables de sentir et de se mouvoir dans un même être vivant* ». C'est donc bien par l'activation des sensations, de la sensorialité et du mouvement, que la qualité de présence humaine prend de la

des chansons (références paillardes). M. Huchet se dévalorise systématiquement et affiche une perte de subjectivité : « *On fait ce qu'on peut.* » Lors des premières séances, il ne participe qu'à la session musicothérapie, désinvestissant les techniques corporelles qui le renvoient à ses difficultés motrices et ses douleurs physiques. Toutefois, à partir de la 4^e séance, il trouve des stratégies pour compenser ses limites corporelles et s'engager en imitation dans la sophrologie. Le



C'est une véritable parenthèse qui s'ouvre dans le quotidien, et qui permet d'ancrer un sentiment d'exister dans toute la potentialité humaine. »

(1990), naître différemment en présence d'autrui. La percussion corporelle, qui consiste à créer des bruits à partir du corps (battre des mains, claquer des doigts, frapper son thorax...) incite la personne à se rassembler sur le rythme et à trouver une contenance. Un véritable dialogue non-verbal se met alors en place. Le rythme organise la séparation, et par conséquent la rencontre avec le monde. Il tisse l'espace et le temps d'une signification existentielle, celle d'une présence signifiante inscrite dans une ouverture. La relation prend, il y a un « je » et un « tu » dans cet échange rythmique. Avec cette technique, le regard est porté sur l'espace externe : la relation. J'observe alors un « être en relation ».

LA SOPHROLOGIE

Conçue par le neuro-psychiatre A. Caycedo, la sophrologie est à la croisée de l'hypnose, du yoga et de la méditation. Elle fait partie « *du champ des thérapies dites humanistes ou existentielles centrées sur la personne, dans l'ici et maintenant* » (Colia, 2018), favorisant une qualité de vie harmonieuse et une conscience positive sur le quotidien. À partir de techniques de respirations, de visualisation de soi et de mouvements corporels, la sophrologie amène à un état de conscience modifiée, qui développe la capacité du sujet à percevoir différemment ce qui l'entoure et ses propres sensations. Elle accompagne la personne vers une manière d'être plus sereine, en renforçant ses valeurs et ce qui donne du sens à sa vie.

densité dans une conscience d'unité. La conscience de Soi est donc contactée à travers la sensorialité et le mouvement. La présence y gagne une densité et une forme en conscience.

Avec les personnes âgées démentes, les techniques de sophrologie permettent d'asseoir un sentiment d'exister ici et maintenant, dans la conscience de la vivance corporelle par la résonance des sons, de la chanson (musicothérapie) et par le mouvement. Il se passe quelque chose. Ces vibrations créent un espace dans le corps, vécu de et par l'intérieur, procurant un sentiment d'apaisement. Pendant la séance, le concept d'« *alliance sophronique* » est essentiel, surtout avec des personnes qui cherchent au quotidien la validation du soignant. Nous réalisons les exercices tous ensemble, thérapeute compris, et cette alliance signifie que le sophrologue se situe dans une égalité relationnelle, dans l'instant de cette rencontre sans jugement, qui favorise l'émergence de différentes modalités d'être. Cette posture autorise chacun à réagir selon ses propres sensations, sa propre conscience et en fonction de ses propres limites. Immanquablement, chacun fait différemment, et c'est bien ce qui est recherché : faire pour soi en fonction de soi.

• « J'ai une douleur là mais elle est partie »

À 83 ans, M. Huchet, veuf, vit à L'arbre de vie depuis 4 ans. Il s'inscrit régulièrement aux différentes activités proposées. Il s'annonce souvent avec

discours annulant la subjectivité se modifie vers « *Je me sens bien* », « *Je sens de la chaleur* », « *Je ne peux pas* » manifestant une prise en considération de ses limites mais aussi de la possibilité d'être dans ses limites. Les répétitions d'exercices et les sollicitations par la phénodescription (en fin de séance, décrire oralement les sensations et les impressions) le conduisent à poser un nouveau regard sur soi : « *J'ai une douleur là mais elle est partie.* » Un réel entraînement réflexif s'est opéré. Au fur et à mesure des séances, M. Huchet s'inscrit dans une volonté de faire autrement, à sa manière. Dans ces instants-là, le sujet devient lui-même responsable de sa propre intention vers son être en mouvement. C'est une véritable parenthèse qui s'ouvre dans le quotidien, et qui permet d'ancrer un sentiment d'exister dans toute la potentialité humaine.

• « J'ai de la joie dans le corps »

Mme Drums, 82 ans, est entrée à la résidence il y a un peu plus d'un an, avec son mari qui souffrait de la maladie d'Alzheimer et est décédé depuis 3 mois. Tous deux étaient médecins. Durant la maladie de son époux, Mme Drums a été très présente dans l'accompagnement, organisant ses journées autour des soins. Depuis ce décès, les traits anxieux et dépressifs de cette femme se sont majorés, avec une déambulation plus intense et un agrippement au soignant peu opérant. Mme Drums est en errance perpétuelle : « *Raccompagnez-moi à ma*

chambre », pour finalement demander à être ailleurs dès qu'elle y arrive. Lors de la première séance, Mme Drums est d'emblée réceptive à la musicothérapie, ce qui lui permet de s'inscrire dans l'espace du groupe. Toutefois, les propositions autour de la respiration ne semblent pas la contenir suffisamment. Petit à petit, elle réagit davantage et s'engage via la sophrologie : « *Je ressens des fourmillements là (mains)* », « *De la chaleur là (plexus)* », « *J'ai de la joie dans le corps* ». Mme Drums se reconnecte-t-elle avec le désir de revivre dans la joie après le décès de son mari ?

• « C'est gentil ! »

Depuis 2 ans, Mme Bendir, 79 ans, a été orientée à L'arbre de vie pour une désorientation importante et des traits impulsifs. Elle se tient en marge du groupe, préférant rester dans sa chambre. Elle manifeste parfois des pulsions vers l'autre (petite tape sur le visage, sur le corps) qu'elle définit comme une attention : « *C'est gentil !* » ou « *C'est une blague !* » et souhaite que les autres personnes du service fassent de même. Elle exprime parfois des jugements négatifs sur d'autres patients, sur leur maladie, sans nuance ni discrétion. Ses manifestations inquiètent les autres résidents, certains se sentant même persécutés.

Mme Bendir a participé à toutes les séances de l'atelier. Elle exprime du plaisir, particulièrement avec l'outil corporel, le mettant en lien avec la kinésithérapie et son désir de se maintenir en bonne forme. Sa réflexivité autour du ressenti et de la sensation a peu à peu instauré chez elle un autre regard sur ce que nous faisons ensemble, révélant une attention à son monde interne. De

même, sa vision d'autrui a changé, ce qui a modifié aussi son rapport aux autres. Attentive aux mouvements ou réactions des autres en fonction de ses propres ressentis, elle remarque à plusieurs reprises : « *Il ne fait pas comme il faut.* » Retrouver la conscience de soi a permis de valider la différence du vécu de l'autre, et finalement, sa place. Les tapes, dans la manière de prendre contact, ont disparu. Lors de la dernière séance, Mme Bendir témoigne : « *Je me sens bien, relâchée* », ce qu'il faut peut-être entendre comme une séparation dans le rapport à autrui.

RETOUR DES ÉQUIPES SOIGNANTES

Globalement positifs, les retours des soignants témoignent de leur étonnement à voir les résidents faire preuve de capacités d'attention et de concentration : « *Ils sont attentifs* », « *Cela semble leur plaire* », « *C'est fort comme outil* ! Certains réutilisent les techniques de respiration dans l'accompagnement au quotidien, dans le cadre des crises d'anxiété notamment.

CONCLUSION

Ces deux espaces, musicothérapie et sophrologie, ouvrent des mouvements d'être différents et se complètent. La musique permet de se connecter à l'autre dans une enveloppe sonore. La sophrologie propose une conscience du vécu corporel qui participe amplement au sentiment d'exister et de se sentir vivre en mouvement. Ce dispositif s'avère ainsi être une forme de réponse à l'errance existentielle observée chez ces personnes vivant avec une démence et nous assistons alors à une aventure humaine marquée par la surprise de l'autre.

1– On distingue classiquement : les démences légères, qui se manifestent par l'oubli d'événements actuels ou de nouvelles informations, des variations d'humeur, une diminution de l'orientation dans le temps et dans l'espace ou des difficultés à gérer le quotidien ; modérées, où s'ajoutent des symptômes comme la peur, l'anxiété, l'agressivité, les réactions excessives, les hallucinations ou une déambulation ; sévères, caractérisées par des pertes massives des capacités intellectuelles et physiques, la limitation de la mobilité. Les personnes touchées deviennent tributaires de soins.

2– Les Cantou sont des petites unités de vie protégées spécifiques Alzheimer, séparées mais intégrées à un ensemble d'hébergement plus vaste.

BIBLIOGRAPHIE

- Biswanger L. (2002) *Trois formes manquées de la présence humaine : la présomption, la distorsion, le maniérisme*. Le Cercle Herméneutique : Puteaux.
- Biswanger L. (1971) *Introduction à l'analyse existentielle*. Les éditions de minuit : Paris.
- Boyer-Labrouche A. (2000) *Manuel d'Art-thérapie*. Dunod : Paris.
- Buber (1992) *Le Je et le Tu*. Aubier Montaigne : Paris.
- Chéné PA. (2001) *Sophrologie : Fondement et Méthodologie*. Elébore.
- Colia JL, Frieh Y (2018) *La sophrologie existentielle*. In : *Ma bible des psychothérapies*, Colia JL (dir.) Ed. Leduc pratiques, 2018.
- De Martino (1988) *La musique et la danse comme fonction conteneur* in Coulomb, A-M et al. (1994) *À corps perdu, accords perdus. Les retrouvailles : corps, musique, danse et inconscient ; dix années de thérapies corporelles*. Les dossiers d'Aquitaine. Paragraphic : L'Union.
- Jung CG. (1973) *Ma vie : Souvenirs, rêves et pensées*. Gallimard.
- Lecourt E. (2005) *La musicothérapie*. Eyrolles.
- Minkowski E. (1995) *Le temps vécu*. Quadrige : Paris.
- Ricœur P. (1990) *Soi-même comme un autre*. Du seuil : Paris.
- Strauss E. (2000) *Du sens des sens : contribution à l'étude des fondements de la psychologie*. Millon.
- Tatossian A. (1987) *Phénoménologie des états démentiels*. *Psychologie médicale*, 19, 8 : 1205-1207.

Résumé : La démence engage un état d'errance existentielle. L'oubli, la confusion temporelle, la porosité identitaire génèrent des angoisses archaïques et profondes. Si, aujourd'hui, nous nous concentrons non pas sur les performances cognitives et le maintien des acquis, mais sur le sens de la vie ici et maintenant, nous aurions une lecture plus positive et indubitablement un accompagnement plus éayant pour ces personnes en souffrance. Cet article cherche à poser un regard différent sur le sujet de la démence à partir de lectures phénoménologiques. En suite à cette lecture, la création d'un dispositif « musique et conscience » à partir des outils de la musicothérapie et de la sophrologie amène à penser autrement l'accompagnement des personnes atteintes de démence. Ce dispositif s'intègre aux nouvelles dynamiques soignantes, un dispositif non médicamenteux en considération de l'état psychique de la personne et du monde dans lequel elle évolue. Trois vignettes cliniques donnent à voir une partie de cette aventure humaine.

Mots-clés : Accompagnement thérapeutique – Cas clinique – Démence – Ehpad – Espace – Médiation thérapeutique – Musicothérapie – Personne âgée – Phénoménologie – Sensorialité – Sophrologie – Temporalité.