

RÉSUMÉ :

Dans la musicothérapie, l'écoute musicale constitue une technique bien adaptée aux personnes âgées très déficitaires. Elle permet d'établir un cadre thérapeutique favorable à l'expression des sentiments en lien avec des situations passées et actuelles, occasion de rencontre, d'ouverture et d'échange avec soi et autrui. Deux études de cas précisent et illustrent ces notions ainsi que les procédures utilisées.

MOTS-CLÉS :

Personne âgée - Musicothérapie - Écoute musicale - Développement - Démence.

L'ÉCOUTE MUSICALE : UNE APPROCHE DÉVELOPPEMENTALE EN GÉRONTOLOGIE ?

par Benoît Fromage, Marie Rognin

Benoît FROMAGE
Maître de Conférences en
Psychologie UPRES EA 2646,
11 Bd Lavoisier
49045 Angers cedex 01

Marie ROGNIN
Psychologue spécialisée
en gérontologie

SUMMARY : *Listening to music : a development approach in gerontology ?*

In musicotherapy, listening to music constitutes a technique really suited to the elderly with damage. It institutes a therapeutic system favourable to the feeling's expression in link with past and present situations, opportunity of meeting, opening and exchanges with oneself and others. Two case's studies specify and illustrate these notions and used procedures.

KEY WORDS :

Elderly - Musicotherapy - Listening to music - Development - Dementia.

La musicothérapie est un mode d'intervention qui, en permettant au sujet de se situer dans un univers sonore, lui offre la possibilité de réaménagements identitaires. Parmi toutes les techniques nous avons privilégié l'écoute musicale qui semble particulièrement adaptée aux personnes très déficitaires*. Après l'exposé des principales caractéristiques de cette approche, nous évoquerons deux cas et les résultats auxquels nous sommes parvenus.

L'ÉCOUTE MUSICALE

Par opposition aux techniques actives où l'individu est producteur de sons*, l'écoute musicale est dite « réceptive » dans la mesure où il s'agit de susciter un effet de résonance entre un espace sonore externe et un espace subjectif. C'est une « rencontre »* où la capacité de la personne à recevoir est accompagnée d'interventions verbales et non verbales*. La musique est alors un médiateur favorisant l'expression de soi et l'établissement d'une relation à autrui. Ceci est particulièrement appréciable dans toutes les situations où une confrontation directe est difficile voire impossible à instaurer*. La musique en atténuant des difficultés liées à l'élocution, des malaises issus du silence ou de la présence de l'autre, s'inscrit comme un espace intermédiaire ni totalement extérieur, ni totalement intérieur au sujet. L'écoute musicale établit un cadre rassurant, apaisant où les fonctionnements émotionnels relatifs aux premières années de la vie peuvent être réactivés*. Les émotions qui désignent des modifications de l'organisme au niveau psychophysiologique sont des conduites organisées, premiers signes de la vie psychique, bases de la communication interpersonnelle et de l'élaboration identitaire*.

L'ÉCOUTE MUSICALE EN GÉRONTOLOGIE

La disposition régulière des sons, le retour périodique de temps forts et de temps faibles forment le rythme et donnent au morceau sa vitesse et son allure caractéristiques. La musique instille un mouvement qui peut entrer en résonance avec des rythmes internes (respiratoires, cardiaques,...), favoriser la mobilisation de segments corporels voire même la locomotion*. Mais comme l'indique Platon, le rythme est l'ordre dans le mouvement. En instituant des repères qui débouchent sur une métrique, le rythme offre une organisation temporelle structurée d'abord sous forme de groupements perceptifs*. Ces unités peuvent éveiller des épisodes anciens dont la survenue dans le présent permet d'établir des éléments de continuité dans la biographie du sujet âgé*. Ainsi l'écoute de berceuses, de musiques de bal, etc. se transcrit spontanément dans des attitudes corporelles, des gestes. L'écoute musicale participe à une structuration temporelle.

En intervenant sur des registres archaïques, cette technique autorise l'expression des souvenirs et surtout des émotions qui y sont attachées. La dimension libératoire de l'écoute musicale est soulignée dans la littérature, utilisant les canaux de la parole, de la voix, du corps*. La musicothérapie aurait une fonction anxiolytique lors d'hospitalisation en gériatrie*. En faisant un retour sur soi, sur son passé, le sujet âgé réalise un travail d'intégration des différentes composantes de son histoire. Moments agréables et douloureux s'installent dans une continuité cahotante d'où émerge un sens. En réactivant le sentiment d'identité, l'écoute musicale participe au redéploiement du sujet sur d'autres registres que ceux de la satisfaction primaire des besoins*. En résumé, l'écoute musicale apparaît comme un moyen privilégié pour favoriser l'établissement de nouveaux liens entre le sujet et son histoire, le sujet et autrui.

*Aldridge, 1995

*Lecourt, 1977

*Verdeau-Pailles, 1982,1981

*Thiebaud, 1986

*Granier et al., 1987

*Escande, 1996 ; Brousselle et al., 1998

*Trevarthen, 1993 ; Mairieu, 1967 ; Wallon, 1934

*Moyné-Larpin,1994 ; Verdeau-Pailles, 1984

*Fraise, 1974

*Moyné-Larpin, 1994

*Ducourneau, 1999 ; Ogay, 1995

*Prinsley, 1986

*Bossuat et al. 1984

PRATIQUE DE L'ÉCOUTE MUSICALE AVEC M^{MES} P. ET L.

*1973

*Rognin, 2000

*Lecourt, 1977

*Ogay, 1995

*Fertier, 1992

*Luban-Plozza, Verdeau-Paille 1994

*Esperon-Berta, 1994

La procédure utilisée est inspirée des recherches de Guilhot, Jost et Lecourt*. A chaque séance (45'), quatre œuvres musicales sont proposées selon un cheminement émotionnel prédisposé*. La première musique a pour fonction d'établir un contact en se situant dans les registres affectifs supposés de la personne. L'adagio est un mouvement de musique lent qui s'accompagne d'un effet de pesanteur et de tristesse pouvant correspondre aux rythmes de personnes ralenties, dépressives. Simultanément cette musique apporterait un certain réconfort auquel le déprimé serait sensible* en dénouant les tensions internes sans recours à la parole*. La seconde musique induit un état de détente selon un tempo légèrement plus rapide. L'Andante par exemple est un mouvement dont le tempo correspond à un rythme cardiaque régulier dont l'effet tranquilisant et apaisant a été montré auprès de nouveaux-nés. La troisième musique instaure un rythme marqué. Elle a pour objectif de stimuler les sensations sonosomesthésiques qui impliquent les tissus corporels (tissus conjonctifs, viscères, capsules articulaires, ligaments,...). Elle imprime au corps un mouvement qui peut se traduire par des balancements, des déplacements, des cadences,... Certains morceaux d'accordéon, de tango peuvent en sollicitant tout le corps contribuer à harmoniser le schéma corporel. La quatrième musique introduit la voix. Le chant renverrait à des dimensions archaïques* et serait d'autant plus profondément ressenti qu'il correspondrait à des chanteurs contemporains de la personne*. L'enjeu de cette quatrième étape est de faire émerger la voix, chantée ou parlée*.

Sept séances ont été effectuées avec deux femmes. Mme P, 92 ans, est une dame dépressive, désorientée, qui a des difficultés à communiquer. Un ralentissement général et une certaine somnolence se sont installés lui ôtant toute spontanéité dans ses échanges avec autrui. Mme L, 91 ans, atteinte d'un syndrome démentiel ne communique plus du tout par le langage. Son attitude corporelle évoque le repli, la tension, le désinvestissement : buste affaissé, tête penchée en avant, yeux fermés, paupières crispées, mâchoires et poings serrés, respiration rapide et haletante.

Comment ont réagi ces deux sujets en fonction des différents types de musique ?

Madame P :

Musique 1 : Lors des premières séances, Mme P exprime sur un mode analogique son malaise : silences, regards pensifs et tristes, posture figée, bâillements, pleurs. Puis progressivement elle verbalisera ses sentiments d'ennui, de solitude et confrontera sa situation actuelle à son passé en évoquant sa tristesse, son inactivité par opposition à sa gaieté active naturelle.

Musique 2 : Elle accède à une détente commentée ainsi : « le son est plus doux maintenant... C'est le calme... Ça me repose... C'est agréable... », risquant même une extension « elle est jolie la pièce ! ». Toutefois aux séances 4 et 5 elle exprime des sensations désagréables (« j'ai froid... j'ai mal au cœur... envie d'mou, d'vomir...), évoque sa fille en pleurant, les déficits dont elle est atteinte et avisant le magnétophone : « c'est des objets qu'y faut pas bousculer non plus, hein ? ».

Musique 3 : Adoptant une attitude en début de séance, elle la conservait jusqu'à la fin. A une reprise elle a évoqué le fait qu'elle aimait danser contrairement à son mari, utilisant un grand nombre de mots relatifs au mouvement : « entraînant, courir, valse, danse,... »

Musique 4 : Mme P fredonnait pour finalement chanter quelques paroles lors de la séance 7. Certaines chansons ont fait émerger le souvenir de sorties au théâtre et au concert avec son mari. A trois reprises elle évoquera l'ennui et la tristesse qui l'habitent maintenant.

Durant les 4 premières séances, Mme P est en rapport fusionnel avec la musique. Elle parle très peu en articulant difficilement et fait répéter systématiquement. A partir de la 5^{ème} séance, Mme P prend de la distance vis à vis de ce « bain musical », acceptant le silence suivant l'audition. Elle parle plus, de manière compréhensible, et ne fait plus répéter. Les séances ont permis d'établir une relation avec la psychologue, cadre de ver-

balisations de plus en plus approfondies concernant sa situation actuelle. Une infirmière nous a confié qu'elle semblait « plus éveillée » et ouverte aux autres et que le traitement antidépresseur était diminué.

Madame L

Musique 1 : Redressée et arrivant souriante aux séances elle se repliait sur elle-même dès l'audition du premier morceau. Même accompagnée par un contact physique elle ne pouvait se dessaisir d'une attitude de tension extrême. A la troisième séance, lui demandant si elle souhaitait entendre une autre musique elle a répondu « oui ». Les séances 4 à 7 ne comprendront que les morceaux 2, 3, 4.

Musique 2 : Une ouverture s'est amorcée : buste et tête se redressent, les yeux s'ouvrent et le regard se pose sur nous puis à partir de la séance 3 elle observe les murs de la pièce, le matériel. La respiration ralentit et par moments Mme L s'assoupit.

Musique 3 : Dans cette phase les battements de pieds sont apparus discrètement auxquels se sont ajoutés à deux reprises l'élévation d'un bras. Mme L garde les yeux ouverts et le croisement de notre regard la fait sourire. Parfois elle laisse échapper un « oui » ou un « hum »...

Musique 4 : Mme L, d'apparence détendue, a esquissé des battements de pied, des balancements de tête, les poursuivant un peu, après l'arrêt de la chanson. Ces comportements ont précédé des verbalisations. A la 1ère séance lui demandant si elle souhaite une nouvelle écoute elle répond distinctement « oui ». A la 4ème séance, un instant assoupi pendant la chanson elle s'écrie « je dors moi ! ».

La dernière séance : Informée plusieurs semaines en amont que cette séance achevait le cycle d'écoute musicale, Mme L a endossé son enveloppe initiale de tension et de repli sur les trois phases. Vers la fin elle a pris la main de la psychologue, l'a tirée à elle puis s'est penchée en avant en ouvrant les yeux comme pour bien signifier une fois encore la réalité de la relation établie.

Des modifications sont apparues progressivement : accès à une détente physique, expression émotionnelle utilisant les mouvements, la respiration, les soupirs, la voix. Elle a pu orienter son regard sur la psychologue, sur l'environnement, esquisser des sourires, tendre la main et pencher le buste intentionnellement, réutiliser quelques mots formulant une conscience de s'être assoupi un instant...

DISCUSSION

L'écoute musicale a provoqué chez les deux personnes des changements. Si le type de musique entraîne globalement des réponses différenciées, cela n'a pas de caractère automatique. Des événements récents, l'état d'esprit, le moment de l'écoute peuvent interférer.

Concernant la musique 1, Mme P a pu verbaliser son malaise et ainsi s'en décentrer ce qui n'a pas été possible pour Mme L. L'accès à un état de détente et à l'expression d'émotions a été réalisée chez les deux sujets. Les mouvements sont apparus parfois à d'autres moments qu'en phase 3. Les réactions à l'audition d'une même chanson n'étaient pas identiques. L'histoire du sujet, sa culture musicale, son environnement ainsi que sa personnalité psychomusicale* constituent des éléments essentiels dans la prescription de ce type d'intervention et le choix des musiques.

L'écoute musicale a permis de désenclaver au moins momentanément ces deux sujets en les amenant à instaurer des liens revigorants à leur propre histoire et à autrui. Cela laisse entrevoir le potentiel qui subsiste chez des personnes très déficientes...

*Verdeau-Pailles, 1981

L'ÉCOUTE MUSICALE : OUVERTURE À DE NOUVEAUX DÉVELOPPEMENTS ?

Le recours à l'écoute musicale auprès de ces deux femmes âgées amène à quelques remarques. Les modifications observées mettent en évidence une réceptivité plus importante qu'on aurait pu l'imaginer. Les deux sujets se sont « éveillés » comme en témoignent les changements comportementaux et expressifs en réactivant des circuits désaffectés, d'anciennes implantations. On peut faire l'hypothèse que cette stimulation sensorielle permet d'intervenir, de « parler dans un langage émotionnel » dont la structure semblerait assez indépendante des déficits d'un système cognitif plus élaboré. Le registre des émotions constituerait un espace intermédiaire entre les régulations biologiques et les fonctionnements supérieurs mais formerait l'étage initial de la conscience de soi*. Le cas de Mme L. atteinte d'un syndrome démentiel pourrait illustrer cette position. La stimulation du niveau émotionnel a amené lors de la 4^{ème} séance l'émergence d'une conscience réflexive verbalisée (cf supra). Cette organisation émotionnelle resterait opérationnelle c'est à dire capable d'interactions avec l'environnement externe et interne*, capable d'établir des liens à un niveau interpersonnel comme autobiographique.

Bien sûr, pour être agissante, cette technique suppose un contexte humain chaleureux et attentif apte à favoriser l'expression et l'articulation de contenus langagiers et corporels, conscients et inconscients. L'écoute musicale n'est pas soumission d'un individu à des sonorités mais occasion de rencontre, d'échange et d'ouverture. Finalement l'ajustement de l'environnement non seulement compenserait les fonctionnements déficitaires du sujet âgé mais lui offrirait la possibilité de poursuivre son développement, de continuer à écrire son histoire.

*Damasio, 1999

*Hazif-Thomas et al, 1998

BIBLIOGRAPHIE

- ALDRIDGE D. (1995). De la musique en tant que thérapie de la maladie d'Alzheimer, *Alzheimer Actualités*, n°99, 6-11.
- BOSSUAT J.P., DEREKENEIRE F., PARMENTIER B. (1984). Musicothérapie dans le repli ou autisme pseudo-démontiel sénile ; *Revue de musicothérapie* ; 75-81.
- BROUSSELLE A., LACAS P.P., LECOURT E., RATHEAU P., RAUSKY F. (1988). La relation thérapeute-patient en musicothérapie ; *Revue de musicothérapie* ; 45-70.
- DAMASIO A. (1999). *Le sentiment même de soi*, Paris, ED. O. Jacob.
- DUCOURNEAU G. (1999). *Eléments de musicothérapie* ; Dunod ; Paris.
- ESCANDE M. (1996). Transfert de réparation et relation paradoxale : à propos de l'utilisation psychothérapeutique de l'écoute musicale ; *Synapse* ; 37-39.
- ESPERON-BERTAJ. (1994). La musique dans un projet de soins pour personnes âgées ; *Soins Psychiatrie* ; 33-35.
- FERTIER A. (1992). Informations et réflexions sur des activités musicales et radiophoniques en service de gériatrie. *Eléments théoriques et pratiques, Rééducation Orthophonique*, Vol 30, n°171, 331-344.
- GRANIER F., GIRARD M., JACOMINI V., ESCANDE M. (1987). Les psychothérapies médiatisées ; *Ann. Méd-Psychol.* ; 675-677.
- GUILHOT J. et M.A., JOST J., LECOURT E. (1973). *La musicothérapie et les méthodes nouvelles d'association des techniques* ; E.S.F. ; Paris.
- HAZIF-THOMAS C., BOMBLE C., RIVIERE J., EMMER M.C., ARROYO E.M., THOMAS P. (1998). La sociothérapie, la musique et l'institution gériatrique. *Musicothérapie et maladie d'Alzheimer : à propos d'une innovation réalisée dans une institution gériatrique* ; *La revue du généraliste et de la gérontologie* ; 31-36.
- LECOURT E. (1977). *La pratique de la musicothérapie*, Paris.
- LUBAN-PLOZZA B., VERDEAU-PAILLES J. (1994). Musique et psyché, *Psychologie médicale*, Vol 26, n°1, p 49.
- MALRIEU P. (1967). *Les émotions et la personnalité de l'enfant*, Vrin.
- MOYNE-LARPIN Y. (1994). *Musique au fil de l'âge* ; Epi/Desclée de Broumer ; Paris.
- OGAY S. (1995). Expression des émotions par la musicothérapie ; *Psychologie médicale* ; 1995 ; 247-249.
- PRINSLEY D. (1986). Music therapy in geriatric care, *Aust-Nurses- J*, Vol 15, 48-49.
- ROGNIN M. (2000). L'écoute musicale : une approche thérapeutique en gérontologie ? *Mémoire de DESS de Psychologie Gérontologique, Bibliothèque Universitaire d'Angers*.
- THIEBAUD Y. (1986). Musique + thérapie = musicothérapie ? ; *Soins psychiatrie* ; 3-4.

- TREVARTHEN C. (1993). The function of emotions in early infant communication in Nadel J., Camaioni L., (eds.), *New perspectives in early communicative development*, Londres et New York, Routledge, 48-81.
- VERDEAU-PAILLES J. (1984). La musique et le corps ; *Psychologie médicale* ; 1419-1422.
- VERDEAU-PAILLES J. (1982). La musique et l'expression corporelle en thérapie psychiatrique ; Masson ; Paris.
- VERDEAU-PAILLES J. (1981). Le bilan psychomusical et la personnalité ; JM Fuzeau SA ; Courlay.
- WALLON H. (1934). *Les origines du caractère chez l'enfant*, PUF.