

Musicothérapie réceptive en Ehpad et Unité Alzheimer

par Vincent LAJUS, musicothérapeute et Nathalie BONNET, psychologue clinicienne.

La Maladie D'Alzheimer « pour les nuls »

1. Le Cerveau :

On peut diviser le cerveau en quatre lobes :

- le lobe occipital s'occupe essentiellement des aires visuelles. Il analyse la forme, la couleur. En lien avec le lobe temporal, il identifie et reconnaît les objets ;
- Le lobe pariétal est le siège de la sensibilité, du langage pour la compréhension, et des fonctions visuo-spatiales. Il gère le geste et la reconnaissance, dont celle des objets. Il est indispensable à la compréhension écrite et/ou orale ;
- Le lobe frontal est le plus volumineux. Il comprend les aires motrices, il régule le comportement, le langage dans sa composante expressive ou motrice. Il planifie les actions et restitue les convenances sociales ;
- Le lobe temporal comporte les aires auditives, une partie des aires du langage et des zones ayant un rapport avec les processus de mémorisation.

2. La Maladie D'Alzheimer :

A. Au départ, le concept de démence, se caractérise par une atteinte du fonctionnement cognitif, et altère progressivement les activités socio-familiales et professionnelles du sujet.

L'évolution se fait inévitablement vers :

- l'aggravation des troubles ;
- l'apparition de symptômes psycho-comportementaux et neurologiques ;
- la perte de l'autonomie.

En fonction de la cause, on distingue :

- les démences dégénératives → ex : maladie d'Alzheimer ;
- les démences non-dégénératives → ex : la démence vasculaire.

(La **démence vasculaire** est un trouble qui peut être causé par une occlusion des artères cérébrales, par la perte de tissu cérébral consécutive à de multiples petits accidents vasculaires cérébraux (AVC) parsemés dans le cerveau ou à un accident ischémique constitué, par une angiopathie amyloïde ou encore par la Maladie de Binswanger qui consiste en apparition des lésions de la substance blanche sous-corticale enduites par une hypertension artérielle. Cet état engendre une variété de symptômes cognitifs y compris des troubles de mémoire. - wikipedia)

La personne peut parfois être atteinte des deux.

La maladie d'Alzheimer se caractérise globalement par deux lésions :

- la plaque sénile entre les neurones;
- la dégénérescence neurofibrillaire dans la cellule.

B. LES DIFFÉRENTES ÉTAPES DE LA DÉMENCE D'ALZHEIMER

Les stades décrits ci-dessous donnent un aperçu général des capacités d'une personne qui 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 rappeler du nom de personnes rencontrées récemment ;

- avoir manifestement plus de difficultés 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 organiser.

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

À ce stade, un examen médical approfondi permet 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 collège ou lycée 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 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 (par exemple, croire 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.

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

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 contrôler ses gestes. Elle peut encore prononcer des mots ou de très courtes 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.

3. La neuropsychologie à l'aide des dysfonctionnements cérébraux.

Les observations de dissociations entre les habiletés musicales et langagières chez les patients cérébro-lésés suggèrent la possibilité d'une mémoire sémantique musicale autonome.

Certaines observations neurobiologiques indiquent que le langage et la musique

- partagent des ressources neurales communes ;
- ont aussi des ressources indépendantes.

Dans la Mémoire à Long Terme Musicale, le cerveau, d'une manière caricaturale, divise en deux étapes l'accès à cette M.L.T.M. :

1. la reconnaissance de la musique se fait sur un sentiment de familiarité, puis
2. elle va vers une identification verbale dans un contexte social : « C'est Mozart, et je l'ai entendu avec ma mère des dizaines de fois ».

Les scientifiques ont travaillé sur l'idée d'une indépendance dans le fonctionnement entre :

- le lexique musical, qui crée la mémoire musicale ;
- le lexique verbal, qui crée la mémoire verbale.

Pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer, ils ont observé :

- une altération entre les deux mémoires : les connaissances sur Mozart s'estompent, mais je continue de reconnaître l'air ;
- une possibilité pour les patients d'apprendre un nouveau matériel musical ;
- une impossibilité d'en apprendre autant dans le langage.

Ces scientifiques ont donc supposé qu'il existait :

- une mémoire à long terme musicale (MLTM)
- et qu'elle se conservait, voire pouvait encore progresser malgré les effets de la maladie sur le système neural.

Les Ateliers

1. Présentation :

Depuis quelques années, j'ai la possibilité de conduire plusieurs séries d'ateliers collectifs au sein de deux Ehpad (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) situés (chez nous) dans les Landes, auprès d'une population principalement atteinte de la maladie d'Alzheimer.

La particularité des deux établissements est qu'ils sont encadrés par la même équipe (directeur, cadre de santé, médecin et psychologue). Ceci permet une certaine stabilité et continuité de mon travail dans les deux endroits, de part la confiance qui s'est établie au fil des années entre nous. En même temps, ceci permet aussi de nuancer les activités, les conditions de travail n'étant pas tout à fait les mêmes.

En effet, autant le second Ehpad dispose d'une unité Alzheimer fermée et indépendante avec des activités spécifiques, autant le premier en est dépourvu et les malades sont au contact des autres résidents dans la salle commune, et éventuellement dans les activités proposées par l'équipe d'animation.

Lorsque j'ai été contacté par le directeur des Ehpad pour m'occuper de l'organisation des ateliers de musicothérapie, il m'a fallu composer avec les paramètres que l'on me proposait.

Après discussion avec l'équipe encadrante, l'équipe d'animation et le personnel soignant, il a été décidé de sélectionner et de tester dix résidents atteints de la maladie d'Alzheimer, à des stades divers de la maladie.

Les spécificités du travail en atelier étaient principalement :

- la création d'un atelier collectif d'une heure ;
- le suivi du travail et des résidents ;
- l'inclusion d'un travail avec les Bols Tibétains, dont le directeur connaissait les caractéristiques et souhaitait tester les effets auprès des malades.

Après une période d'étude des cas, de maturation et de réflexion, mais aussi de discussions principalement avec la psychologue et les animatrices, il m'est apparu logique de proposer un atelier collectif en musicothérapie réceptive avec une séquence de Bols Tibétains.

En effet, les caractéristiques individuelles des malades ne m'incitaient pas dans un premier temps à proposer de l'actif.

2. Mise en place :

A. Les caractéristiques, objectifs et suivi.

a) Ehpad n°1 :

Il a été convenu que l'atelier comprendrait 10 résidents à des stades divers de la maladie, sélectionnés principalement pour leur sensibilité à la musique. Certains chantant volontiers, d'autres ayant pratiqué un instrument dans leur jeunesse, mais la plupart verbalisant simplement qu'ils prendraient plaisir à écouter de la musique pendant un moment.

J'ai néanmoins décidé d'effectuer un test d'écoute type Verdeau-Paillès (1), suivi d'un entretien individuel sur leurs goûts et leurs histoires de vie afin d'affiner les choix sur les personnes présélectionnées.

Les résidents sont pour la plupart en fauteuil roulant. Une animatrice se joindra à nous pour assurer le confort des participants dans leurs demandes s'il y a lieu. L'expérience montrera que dans cet Ehpad, la présence d'une tierce personne ne se révélera pas indispensable.

Les objectifs ont été définis comme suit :

- travail sur l'attention ;
- travail sur l'atténuation des facteurs d'angoisses (précédant la tombée du jour) ;
- sensibilisation aux émotions individuelles et groupales ; dans le plaisir de l'écoute.

La séance se déroulera entre 16h et 17h, les Mardi des semaines paires, dans la salle commune d'activités.

À l'issue de chaque atelier un compte-rendu sera rédigé et envoyé aux animatrices et à la psychologue, afin de recouper les informations recueillies lors des observations que j'aurais pu effectuer durant la séance (verbalisations, échanges verbaux ou gestuels, réactions kinesthésiques, comportements, chants, etc...).

En accord avec les personnels et cadres de l'établissement, nous avons mis en place un tableau d'observation des nuits de chaque participant, comptabilisant le nombre de :

- nuit calme – notée C. (0 intervention) ;
 - nuit peu agitée – notée P.A. (de 1 à 2 interventions) ;
 - nuit agitée – notée A. (+ de 2 interventions).
- en surveillant les deux nuits précédant et les deux nuits suivant l'atelier.

Ceci nous permet un suivi sur l'année et de faire des points réguliers sur chacun, lors de nos réunions pluridisciplinaires (deux fois l'an) ou plus ponctuellement lorsque la situation de le demande.

Il est en effet arrivé que l'état d'une personne perturbe la concentration du groupe de façon répétée, nécessitant son déplacement vers d'autres activités. Un autre protocole simplifié entre la psychologue, les animatrices et le musicothérapeute permet dorénavant de gérer de façon efficiente ce type de situation.

b) Ehpad n°2 :

L'unité Alzheimer comprenant 12 places en permanent et 2 en temporaire, il a été décidé de sélectionner 10 malades à des stades modéré à sévère de la maladie.

L'animatrice principale de l'unité assiste aux séances. Sa présence se révélera indispensable, du fait de l'état avancé de la maladie chez la plupart des résidents. Peu de fauteuils roulants, mais des déambulations nombreuses au départ.

Après avoir été programmées entre 15h30 et 16h30, les séances ont été avancées à 15h, laissant aux résidents un temps de récupération sans sollicitation(s) suffisant après les ateliers.

Les objectifs définis sont les mêmes que pour l'Ehpad n°1, avec une attention particulière concernant la capacité des séances à essayer de stabiliser pour un temps les déambulations des malades les plus « remuants ».

La séance se déroulera donc les Jeudi, de 15h à 16h des semaines impaires, dans la salle d'accueil de jour de l'unité Alzheimer.

Le système de compte-rendus, de réunions et de suivi des nuitées des malades est également opérant dans l'établissement.

3. Déroulement de l'atelier :

L'atelier commence par un rituel apprécié et permettant de mettre les participants en état de réceptivité pour la suite. Je joue un morceau au mélodica, « What a Wonderful World », interprété à l'époque par Louis Armstrong. C'est un titre mélodique, tempo modéré, qui permet non seulement une grande expressivité dans l'interprétation, mais aussi une quantité de variations suivant l'état émotionnel du groupe lorsque l'atelier démarre – plutôt legato ou plutôt dynamique. C'est aussi un titre positif.

Ensuite, pour le reste de l'atelier, j'ai adapté le système du montage en U de façon à ce que la séance d'une heure se déroule en trois parties distinctes :

1. descente progressive vers un état de relaxation propice à la réceptivité ;
2. séquence aux bols tibétains* ;
3. remontée progressive vers un éveil apaisé.

Du fait des différences d'organisations entre les deux établissements, les participants de l'Ehpad n°1 sont déjà en place lorsque j'arrive, et j'ai l'opportunité de me préparer en amont à l'Ehpad n°2 ; ce qui me semble de loin la meilleure approche.

* l'approche théorique et l'usage pratique des Bols Tibétains constitueront l'objet d'une future publication.

4. Programmation musicale :

Le nombre de morceaux proposés varie généralement entre 14 et 16. La première partie en comporte 7 jusqu'au passage avec les bols. Je sélectionne en moyenne 22 titres en tout, afin de pouvoir changer la programmation de la troisième partie en fonction de l'état ressenti après la partie intermédiaire.

En effet, un relâchement minime et une programmation plus légère, si je puis dire, peuvent s'avérer nécessaire si l'attention du groupe et les dégagements émotionnels qui l'accompagnent me paraissent un peu trop importants.

Au fil des ateliers, des tendances musicales sont apparues en tenant compte des comportements et verbalisations observés chez les malades.

Je les classerais en plusieurs catégories et sous-catégories.

a) Les chansons :

- Chanson française de tradition culturelle – les tubes des différentes époques :

Exemples : E.Piaf, J.Brel, Y.Montand, C.Trenet, B.Sylva, L.Delyle, T.Rossi, etc..

Ces morceaux permettent de laisser le groupe s'exprimer avec aisance, faisant travailler la mémoire musicale, favorisant les liens sociaux, révélant aussi certains leaders qui amènent parfois les plus timides à chanter, à s'exprimer.

Ces chansons ont aussi cette qualité de recentrer facilement l'attention des participants entre deux morceaux à expressions plus profondes, si je puis dire, nécessitant une plus grande concentration – en général la musique dite classique.

Il m'arrive de choisir des titres qui « craquent » comme au temps des vinyles.

Autre choix de chanson très prisée par les participants, « la Dacquoise » interprétée par A.Dassary, que (presque) tous les Landais connaissent depuis leur plus jeune âge.

- Les associations :

Pour ceci, j'utilise les mêmes titres dans différentes interprétations que je programme soit l'un après l'autre, soit en intercalant un voire plusieurs autres morceaux. Le bénéfice de ce type d'association tient au fait qu'elles interrogent la mémoire, consciemment ou non.

Exemples : « La Vie en Rose » versions Piaf et Armstrong, « La Javanaise » versions Gainsbourg et Gréco, « Nocturne n°2 » de Chopin versions piano (A.Rubinstein) et guitare (Kaare Norge), etc...

- Airs chantés extraits de l'art lyrique :

Très appréciés pour leur considérable portée émotionnelle, ils constituent un excellent support pour réactiver les émotions individuelles et groupales.

Les grandes voix et les grands airs véhiculent de grandes émotions.

Je prends un soin particulier à sélectionner des versions de référence et souvent en public.

Exemples : « Le chœur des Esclaves » - Nabucco (G.Verdi), « Nessun Dorma » - Turandot (G.Puccini) version L.Pavarotti/Z.Metha, « L'Air de Mimi » - La Bohème (Puccini) version A.Gheorghiu, « Duo des Fleurs » - Lakmé (Bélidès) version A.Netrebko/E.Garanca, et bien sûr des extraits de Carmen de Bizet, etc...

b) Les musiques instrumentales :

Section comprenant essentiellement la musique dite Classique, les musiques de films (les Bandes Originales) mais aussi le Jazz, le Flamenco, les musiques Traditionnelles occidentales et orientales – du monde en général, le Musette, la musique Cubaine, la musique brésilienne, etc.

- Musique classique :

Je distinguerais la musique jouée en grande formation (symphonique et philharmonique) et les autres types de formules (quatuor, trio, solo, etc...)

L'ampleur finale du « Bolero » de Ravel par P.Boulez ne relèvera pas des mêmes émotions que le « Prélude n°1 » du Clavier Bien Tempéré de J.S.Bach par F.Gulda.

Par contre, le lointain voyage suggéré par le « Shéhérazade » de N.Rimski-Korsakov trouvera un écho d'évasion dans les thèmes du « Dernier Empereur » de R.Sakamoto ; B.O. du film de B.Bertolucci.

Côté français, le « Prélude à l'Après-Midi d'un Faune » de C.Debussy version G.Prêtre et l' « Arabesque n°1 » du même auteur par Aldo Ciccolini, constituent des classiques de l'expressionnisme.

Le deuxième mouvement (l'adagio) du « Concerto en G » de M.Ravel par Martha Argerich et C.Abbado cristallise bien des émotions.

« Le Beau Danube Bleu » de J.Strauss est l'incontournable référence des valse, avec celle de D.Chostakovitch.

Ces grands chefs-d'œuvre au sens propre (jusqu'à 10 minutes) comme au sens figuré, constituent de réels moments de partage dans l'émotion. Je les réserve en général pour la troisième partie de la séance, juste après la séquence avec les Bols. À l'exception du « Bolero », que je programme plus aisément en première partie d'atelier.

- Jazz et autres musiques :

Pour les autres types de musiques, j'ai axé mes choix plus sur des ambiances et des impressions, que sur des interprètes à proprement parler.

Le swing modéré du « Moonlight Serenade » de Glenn Miller, que l'on entendait beaucoup à la libération, le bucolique « Farmer's Trust » du Pat Metheny Group, « Lil'Darling » de Count Basie que l'on pourra associer avec la version chantée de H.Salvador et les Double-Six, par exemples.

Les morceaux de Musette joués à l'accordéon trouveront presque toujours un écho chez les participants aux ateliers (et pas que).

La liste n'est bien entendu pas exhaustive.

Un point qui me semble maintenant important d'évoquer, est le travail sur le volume sonore.

5. Volume sonore

En premier lieu, le volume sonore de l'atelier est assez élevé ; d'abord pour créer une bulle permettant la concentration d'un maximum d'attention de la part des participants, et puis tout simplement pour que tout le monde puisse entendre. Il est à noter que ce volume élevé n'a que très rarement été perçu comme gênant jusqu'à présent. Ceci entraînera une indispensable qualité d'outil de diffusion pour le confort de tous.

Ensuite, la qualité de l'audition chez les malades et les personnes âgées en général n'est pas la même que chez la personne bien portante. Certains seront équipés d'appareillage électronique d'aide à l'audition, d'autres seront juste mal-entendant, d'autres se révéleront en grande difficulté pour discerner certaines fréquences – ce que les ateliers aideront parfois à déceler.

Partant de ce constat, il m'a paru évident d'essayer de moduler - dans la mesure du respect de l'œuvre et des émotions véhiculées, les volumes sonores de manière à aplanir, si je puis dire, les contrastes trop importants que l'on peut trouver dans certaines musiques, le Classique en particulier. Lors de l'exécution d'un mouvement symphonique ou autre, les pianissimo *pppp* ne seront que très peu perçus par exemple, alors que leur présence est indispensable à l'établissement d'une ambiance propice à l'expression des émotions. J'opte donc pour un accompagnement en direct des morceaux, un doigt sur la touche -, un autre sur la touche +, de façon à contrôler en temps réel les vagues de nuances qui se succèdent.

Les Résidents

Parmi les nombreux malades à avoir assisté aux ateliers ces dernières années, de nombreux profils et réactions ont pu être observés. Quantifier les bénéfices des interventions s'avère difficile, car nous touchons à une (des) maladie(s) évolutive(s) et dégénérative(s).

Le simple fait de constater le ralentissement éventuel des symptômes durant et/ou après les ateliers pourrait en lui-même suffire à encourager les établissements à préconiser la mise en place d'ateliers de musicothérapie.

Néanmoins, les observations avant/pendant/après par les personnels professionnels combinées, peuvent nous amener de nombreux éléments de réflexions quant à l'apport bénéfique de la musicothérapie auprès de ces populations malades.

Ces observations suivies, concernant la qualité des nuits de sommeil, nous apportent également des éléments utiles à l'observation des bénéfices des séances.

L'atelier étant collectif, les compte-rendus concernant le comportement des résidents groupés seront évoqués, puis nous relaterons plusieurs cas qui me semblent significatifs.

Pour ceci, les paroles des résidents, leurs comportements, seront relatés dans le temps (sur deux années) avec l'appui des relevés effectués par les personnels de nuit.

1. Ehpad n°1

a) Le groupe

Concernant le groupe musicothérapie, voici ce qui a été constaté lors de l'année 2014 et l'année 2015.

À noter que parmi le groupe, des résidents ont été remplacés par décisions collectives de l'équipe pour différentes raisons allant de la non-réponse au médium musical, la découverte de surdité, jusqu'au décès de la personne en cours d'année.

Extrait : « Le groupe s'est formé au long des séances, chacun(e) respectant l'écoute des autres. Les participant(e)s chantent volontiers sur des airs qu'elles s'approprient au fur et à mesure des écoutes. Le groupe est bien concentré et attentif lorsque l'intensité émotionnelle est à son maximum, preuve de sa réceptivité et de son ancrage dans le moment présent ; de même pour les réactions kinesthésiques (battements de pieds, de mains ou de doigts). »

Les témoignages positifs pendant ou après les séances se sont succédés tout au long de l'année, Mme M. applaudissant régulièrement, levant le pouce et ponctuant ses interventions de « Bien ! Très bien ! », puis elle évoquait ses années où elle travaillait dans un théâtre de la capitale. Mme G. chantant à tue-tête « son » Boléro, s'amusant beaucoup et demandant parfois « s'il n'y a pas du vin pour se saouler ! ».

La quasi-totalité des participants aura chanté une fois dans l'année, mais au minimum la moitié du groupe chantera régulièrement. Des conversations se seront créées, des gestes de tendresses auront été échangés, des pauses de sommeil et relaxation auront été constatées.

De nombreux participants remercient chaleureusement en fin de séance pour « ces très bons moments ». Suivent également les évocations de temps révolus quand le travail à la ferme occupait les journées, les réunions de familles, repas de fêtes ou du Dimanche, parlant également des conditions de vie du moment à l'Ehpad, de leurs maux et des visites de leurs proches.

b) Les Participants

Mme B.

Présentation : dame de 82 ans, originaire de Lille, vivant sur l'Ehpad depuis des années. Elle vit avec les séquelles d'un accident vasculaire cérébral et quelques troubles psychiatriques qui l'empêchent de dormir la nuit dans sa chambre car elle sait que « des personnes y sont mortes ».

Mme B. est une fidèle des séances de musicothérapie. Elle évoque ces années où elle suivait son mari qui jouait dans les bals du piano et du saxophone. Elle chante à chaque séance, bouge en rythme dès que le tempo s'accélère et invite même son voisin à danser lorsque l'envie lui prend. Mme B. sait aussi faire respecter l'écoute pour les autres en taçant les participants qui ne respectent pas le silence propice à la concentration du groupe.

Elle est attentive, concentrée, et me fera remarquer que je n'avais pas joué du mélodica, une fois où j'avais décidé de ne pas m'en servir afin de tester l'impact de ce rituel.

Mme B. a du mal à dormir la nuit.

SUR LES ATELIERS

Pertes de compétences	Compétences retrouvées
<ul style="list-style-type: none">• Perte de la concentration• Mémoire épisodique affectée• Raisonnement altéré• Faible capacité sociale• Repli sur elle par un endormissement conséquent sur la journée	<ul style="list-style-type: none">• Attention dans la durée• Capacité à se remémorer des bons moments• Capacité à partager le chant et la verbalisation avec les autres participants• Capacité à faire respecter l'écoute pour elle-même et autrui• Capacité à exprimer son plaisir

Mémoire à Long Terme Musicale 2014 – 2015.

Parmi les nombreux titres que chante Mme B. à chaque séance les classiques de la chanson française occupent une place de choix.

« Mon Amant de Saint Jean », « La Vie en Rose », « L'Amour est un Bouquet de Violettes », « Le Dénicheur », « Tchi-Tchi » « Les Feuilles Mortes » et « La Javanaise » restent dans sa mémoire musicale, paroles et musiques. Même si quelques mots manquent parfois durant les couplets, les refrains sont reproduits sans difficulté.

Pour l'apprentissage de nouvelles œuvres, « La Valse » de D.Chotakovitch paraît l'avoir inspirée, puisqu'elle la chante parfois.

SUR LES NUITS

Voici maintenant les relevés de suivi des nuits de Mme B. pour l'année 2015.

- nuit calme – notée C. (0 intervention) ;
- nuit peu agitée – notée P.A. (de 1 à 2 interventions) ;
- nuit agitée – notée A. (+ de 2 interventions).

<u>Janvier -Mai 2015</u>	<u>Juin – Décembre 2015</u>
11 séances	13 séances
<u>Nuits avant séance :</u>	<u>Nuits avant séance :</u>
Calme. 14	C. 15
Peu Agitée 8	P.A. 5
	Agitée. 6
<u>Nuits après séance :</u>	<u>Nuits après séance :</u>
C. 14	C. 13
P.A. 8	P.A. 8
	A. 5
<u>Total 2015 nuits avant séance :</u>	<u>Total 2015 nuits après séance :</u>
C. 29	C. 27
P.A.13	P.A. 16
A. 6	A. 5

Conclusion : pas de changement notable.

Mme S.

Présentation : dame de 96 ans, née à Noisy-le -Sec, venue sur le département pour se rapprocher d'une de ses filles ; elle est atteinte d'une démence d'Alzheimer au stade 6.

Depuis que Mme S. participe aux ateliers, une chose est certaine : elle a appris à chanter « La Valse » de D.Chostakovitch ! En effet, elle est capable de chanter l'air en totalité (environ 6mn), sans l'avoir (à ma connaissance) écouté auparavant – du moins dans son intégralité.

J'ai pu le constater au fur et à mesure des mois, sa mémoire musicale ne s'éteint pas, mais aurait même plutôt tendance à s'accroître (!). Mme S. chante également « What a Wonderful World » sans en connaître les paroles, en anglais dans la version originale.

Chantant avec justesse et rythme, elle ne se trompe que rarement dans les mélodies, se rappelant des paroles de ses chansons préférées (« Mon amour de St Jean », « La vie en Rose »), mais en apprenant aussi de nouvelles, comme « Le beau Danube Bleu », le « Boléro » ou « L'Amour est un bouquet de Violettes ».

En fait, elle chante plus des trois-quarts du temps que durent les séances.

SUR LES ATELIERS

Pertes de compétences	Compétences retrouvées
<ul style="list-style-type: none"> • Perte complète de l'attention • Mémoire épisodique très altérée • Répétition des mêmes phrases tout au long de la journée • Raisonnement annulé 	<ul style="list-style-type: none"> • Attention dans la durée • Connection avec le moment présent • Amélioration relative de la qualité des nuits de sommeil • Maintien et amélioration de la Mémoire à Long Terme Musicale

Mémoire à Long Terme Musicale 2014 – 2015.

Outre « La Vie en Rose » qu'elle chante par cœur avec les paroles, Mme S. apprécie la chanson française. Les titres qu'elle interprète ont pour noms « Mon Amant de Saint Jean », « L'Amour est un Bouquet de Violettes », « Je ne Regrette Rien », « Tchi-Tchi », « la Javanaise ».

La particularité de Mme S. est qu'elle semble apte à apprendre de nouvelles mélodies, puisqu'elle chante régulièrement « La Valse » de D.Chostakovitch (en entier), « Le Chœur des Esclaves - Nabucco » de G.Verdi, mais aussi, « L'Humoresque » de A.Dvorak, « Bolero » de M.Ravel, « le Beau Danube Bleu » de J.Strauss.

Elle chante aussi régulièrement « What a Wonderful World » - parfois avec « ses » paroles, de L.Armstrong

SUR LES NUITS

Voici maintenant les relevés de suivi des nuits de Mme S. pour l'année 2015.

- nuit calme – notée C. (0 intervention) ;
- nuit peu agitée – notée P.A. (de 1 à 2 interventions) ;
- nuit agitée – notée A. (+ de 2 interventions).

Janvier – Mai 2015

10 séances

Nuits avant séance :

C. 19

P.A. 1

Nuits après séance :

P.A. 0

C. 20

Juin – Décembre 2015

12 séances

Nuits avant séance :

C. 22

P.A. 2

Nuits après séance :

P.A. 0

C. 24

Total 2015 nuits avant séance :

Total 2015 nuits après séance :

C. 41
P.A. 3

C. 44
P.A. 0

Conclusion : baisse légère de l'anxiété.

2. Ehpad n°2

a) le groupe

Les participants à cet ateliers sont quasiment tous résidents permanents de l'unité Alzheimer, ce qui implique des stades avancés dans la maladie ; beaucoup de déambulations, des troubles sévères de la mémoire, des désorientations sur le plan temporo-spatial, un manque d'autonomie pour s'alimenter, se vêtir et faire sa toilette.

Du fait de ces états, le groupe est encadré pendant l'atelier par l'animatrice de l'unité, qui garantit non seulement la sécurité de chacun, mais aussi qui sert de repère familial à ces personnes dont l'état d'angoisse est important.

Ce rendez-vous musicothérapique récurrent est au fil des semaines devenu pour eux synonyme de plaisir avant tout. Plaisir qui se manifeste par de nombreux chants, de nombreux sourires, des moments de présence réels et des manifestations de sociabilité évidentes, traduites par des gestes de tendresse, des échanges verbaux ou simplement des yeux qui s'illuminent.

b) Les participants

Mr L.

Présentation : monsieur a 88 ans, atteint d'une maladie d'Alzheimer. Son épouse ne pouvait plus le garder à la maison car sa déambulation est sévère, plusieurs heures dans la journée. Il a perdu l'usage de la parole et articule des onomatopées ou des syllabes répétées.

Nous aurons pu voir Mr L. chantonner quelques notes avant le début de la séance, mais aussi pendant et après. Il est de bonne humeur, sourit et rit, l'œil brillant, s'apaise souvent en deuxième partie.

Mr L nous a aussi gratifié d'un « show » en prenant une mailloche (destinée aux bols) et s'en servant de micro pour mimer un chanteur.

Il semble apprécier la musique classique surtout les compositeurs ayant une forte précision d'écriture, technicité et méthodologie (ceci lui rappelant peut-être son ancien métier de serrurier ?) comme J.S Bach ou W.A.Mozart.

Il nous semble important également de noter qu'à plusieurs reprises, Mr L. a démontré que son rythme de compréhension des consignes était modifié, ceci étant certainement dû à sa maladie. Ce rythme s'est révélé beaucoup plus lent que celui des autres résidents, une réponse physique ou verbale n'intervenant que plusieurs secondes, voire dizaine de secondes après la formulation de la demande du personnel soignant. Ceci devrait être pris en compte dans l'approche du malade, afin de réduire les réactions de refus ou frustration qui dans son cas, ne manquaient pas de se produire, en cas de demandes insistantes et répétées dans un court laps de temps.

SUR LES ATELIERS

Pertes de compétences	Compétences retrouvées
<ul style="list-style-type: none"> • Perte complète de l'attention • Mémoire épisodique très altérée • Raisonnement annulé • Forte anxiété quand il ne comprend pas la demande ou la situation • Forte déambulation 	<ul style="list-style-type: none"> • Attention dans la durée • Capacité à s'exprimer par le chant • Capacité à s'exprimer par le geste • Capacité à prendre du plaisir

Mémoire à Long Terme Musicale

Manque de données puisque Mr L. ne chante pas.

SUR LES NUITS

Voici maintenant les relevés de suivi des nuits de Mr L. pour l'année 2015.

- nuit calme – notée C. (0 intervention) ;
- nuit peu agitée – notée P.A. (de 1 à 2 interventions) ;
- nuit agitée – notée A. (+ de 2 interventions).

Janvier – Juin

6 séances

Nuits avant séance :

C. : 10

P.A. : 2

Nuits après séance :

C. : 11

P.A. 1

Juillet – Décembre

9 séances

Nuits avant séance (-1 nuit)

C:17

Nuits après séance :

C : 17

A : 1

Total nuits avant séance (-1 nuit) :**C : 27****P.A. : 2****Total nuits après séance :****C : 27****P.A. : 2****A : 1**

Conclusion : pas de changement notable.

Mr G.

Présentation : personne de 90 ans. Il est également atteint d'une démence mixte (Alzheimer et vasculaire) au stade 6-7.

Mr G. semble réellement apprécier ce rendez-vous. Il semble se délecter à l'écoute de la musique proposée, mimant allègrement – et souvent avec justesse - de ses bras les mouvements ressentis au contact de l'élément sonore. C'est le chef d'orchestre du groupe.

Mr G. rentre en contact facilement avec les autres participants, plaisantant dès que possible d'un bon mot.

Sa stéréotypie communicative instaure souvent un effet d'imitation chez les autres participants, effet favorisant sans nul doute une communication positive au sein du groupe.

Lorsqu'il arrive un peu somnolant, l'écoute de la musique semble le ranimer et le reconnecter avec le présent, lui redonnant également de l'énergie pour se déplacer - arrive en fauteuil, repart en marchant.

Il lui arrive également de prendre la main d'une participante pour partager ces moments musicaux.

SUR LES ATELIERS

Pertes de compétences	Compétences retrouvées
<ul style="list-style-type: none"> • Perte complète de l'attention • Mémoire épisodique très altérée • Discours possible, beaucoup d'humour • Raisonnement annulé 	<ul style="list-style-type: none"> • Attention dans la durée • Plaisir visible • Partage verbal et gestuel • redynamisation gestuelle • MLT Musicale

Mémoire à Long Terme Musicale

Pas de données sur ce domaine puisque Mr G. ne chante pas. Néanmoins, ses gestes de chef d'orchestre sont souvent juste rythmiquement – à trois ou quatre temps – et les impressions dégagées par son jeu semblent correspondre aux intentions de l'œuvre jouée.

SUR LES NUITS

Voici maintenant les relevés de suivi des nuits de Mr G. pour l'année 2015.

- nuit calme – notée C. (0 intervention) ;
- nuit peu agitée – notée P.A. (de 1 à 2 interventions) ;
- nuit agitée – notée A. (+ de 2 interventions).

Janvier – Juin

9 séances

Nuits avant séance (-1 nuit)

C : 14

P.A. : 2

A : 1

Nuits après séance :

C:14

P.A. : 4

A. : 0

Juillet – Décembre

10 séances

Nuits avant séance (-1 nuit) :

C : 16

P.A. : 3

Nuits après séance :

C : 17

P.A. : 2

A : 1

Total nuit avant séance (-2 nuits)

C : 30

P.A. : 5

A:1

Total nuit après séance :

C : 31

P.A. : 6

A : 1

Conclusion : peu de changement notable.

Mme B.

Présentation : personne de 87 ans, atteinte d'une maladie d'Alzheimer stade 5. Son caractère est très sociable mais très vif. Elle répond et se met en colère facilement.

Mme B. commence l'année avec une concentration qui se disperse à la moindre sollicitation. Elle peine à rester dans son écoute. Néanmoins, elle est très participative, chantant dès que possible des chansons qu'elle connaît par cœur pour la plupart.

Du fait de cette dispersion d'attention, elle reste en alerte et a du mal à se détendre. Elle profitera de diverses occasions lors des premiers ateliers pour se lever et partir, même si son regard semble triste de quitter la salle.

Par la suite, elle se concentrera beaucoup mieux, reconnaissant bon nombre d'interprètes, qu'ils soient français ou étrangers (reconnaissance d'une langue étrangère), de variété ou classique (Chopin, Pavarotti).

Mme B. apprécie particulièrement les grands airs d'opéra et les grandes voix, lyriques ou autres.

Elle est parfois émue aux larmes, sourit, et n'hésite pas à discuter, notamment avec Mme P., qui partage ses goûts.

La suite de l'année la verra toujours aussi enthousiaste, chantant parfois à tue-tête, plaisantant à l'occasion.

Un rendez-vous qu'elle apprécie car cela lui permet de continuer à chanter, ce « que lui avait fait promettre son mari avant de décéder ».

SUR LES ATELIERS

Pertes de compétences	Compétences retrouvées
<ul style="list-style-type: none"> • Perte de l'attention mais cherche à répondre aux sollicitations • Mémoire épisodique très altérée • Discours spontané, sensible à l'humour • Raisonnement modéré 	<ul style="list-style-type: none"> • Attention dans la durée • Amélioration de l'expression chantée et verbale • Plaisir visible • Capacité à partager son plaisir

Mémoire à Long Terme Musicale – 2014 et 2015.

Mme B. chante régulièrement et souvent à tue-tête. Les standards de la chanson française constituent le fond de son répertoire. Elle connaît bien des chansons par cœur, couplets et refrains en général. Ses préférés restent « la Vie en Rose », « Je ne Regrette Rien », « Mon Amant de Saint Jean », « La Mer », « Les Feuilles Mortes », « Les Roses Blanches ».

Au point de vue apprentissage, Mme B. chante maintenant « La Dacquoise » qu'elle qualifiait de « chanson du coin » lors de son arrivée dans l'unité.

SUR LES NUITS

Voici maintenant les relevés de suivi des nuits de Mme B. pour l'année 2015.

- nuit calme – notée C. (0 intervention) ;
- nuit peu agitée – notée P.A. (de 1 à 2 interventions) ;
- nuit agitée – notée A. (+ de 2 interventions).

<u>Janvier – Juin 2015 :</u>	<u>Juillet – Décembre 2015 :</u>
9 séances	10 séances
<u>Nuits avant séance (- 1nuit) :</u>	<u>Nuits avant séance (-1nuit) :</u>
C : 15	C : 19
P.A. : 2	
<u>Nuits après séance :</u>	<u>Nuits après séance :</u>
C : 17	C : 20
P.A. 1	
<u>Total nuits avant séance (-2 nuits) :</u>	<u>Total nuits après séance :</u>
C. 34	C. 37
P.A. 2	P.A. 1

Conclusion : Amélioration relative de la qualité des nuits de sommeil.

Conclusion

Il devient évident et indéniable au fil des années d'ateliers qui passent au sein des Ehpad, que la musicothérapie constitue une aide précieuse à la stimulation cognitive des personnes atteintes des maladies d'Alzheimer et associées.

Les effets de la musicothérapie sur la capacité d'attention des malades semblent importants; la plupart des personnes parvient au bout de quelques semaines à une concentration suffisante pour rester en attention une heure d'affilée, dans le plaisir, en réception d'un support musical.

Les observations concernant la Mémoire à Long Terme Musicale semblent indiquer chez les personnes ayant encore accès au langage, une conservation de leurs capacités à se rappeler au minimum des mélodies - même complexes, et au maximum d'avoir la faculté d'en apprendre de nouvelles, paroles comprises.

Bien que le comptage régulier des nuits de sommeil ne semble pas indiquer une évolution positive significative, il n'en révèle pas moins aucune aggravation de celles-ci. Je pense que pour cet objectif, la mise en place d'atelier collectifs ne semble pas être la solution idoine pour améliorer ce problème de sommeil, du fait de la programmation qui ne peut être adaptée très précisément à chacun. La prise en charge individuelle constituera donc éventuellement une alternative à étudier.

Le bien-être visible, remarqué et quasi quantifiable lors des séances chez les participants, ainsi que le partage de ce bien-être, qu'il se matérialise par du chant, des gestes ou simplement des regards et des sourires, mettent en exergue de manière forte l'influence positive de cette discipline sur les états émotionnels troublés, que cet aide se répercute sur la conscience du moment présent, la mémoire auditive, la faculté à exprimer des émotions, ou à vivre en communauté plus aisément.

(1) Jacqueline Verdeau-Paillès : *Le bilan psycho-musical et la personnalité*, édition Fuzeau, Paris, 3^e édition revue et augmentée, 2005.