



HAL
open science

Une relation musicale en psychomotricité : la médiation rythme auprès des personnes âgées dépendantes

Jonathan Bonange

► **To cite this version:**

Jonathan Bonange. Une relation musicale en psychomotricité : la médiation rythme auprès des personnes âgées dépendantes. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00863325

HAL Id: dumas-00863325

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00863325>

Submitted on 18 Sep 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE VICTOR SEGALEN BORDEAUX 2

Institut de Formation en Psychomotricité

Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

**Une relation musicale en
psychomotricité**

La médiation rythme auprès des personnes âgées dépendantes

Jonathan BONANGE

Né le 3 mars 1989 à Bruges

Juin 2013

Remerciements

Je remercie tout d'abord Adeline MASSE, mon maître de stage et de mémoire qui a su m'accompagner tout au long de cette année. Par son regard avisé et humain de la psychomotricité, sa sincérité, ses conseils et sa bienveillance, elle a éclairé mon chemin vers la professionnalisation en me donnant les outils dont j'avais besoin.

Un grand merci également à Céline ROBERT, mon maître de mémoire, qui a su se rendre disponible dans l'élaboration de mon travail. Ses relectures et sa passion pour la musique ont été une aide précieuse tout au long de cette année et m'ont encouragé à continuer dans des moments de doute.

Je pense bien évidemment à ma famille qui depuis toujours me soutient et m'encourage dans toutes mes démarches, même dans les moments difficiles, m'apportant la joie et le bonheur indispensables pour réussir.

Enfin, ce merci est pour vous tous, camarades de promotion sans qui, je pense, il aurait été difficile d'avancer dans ces trois années et avec qui j'ai tissé des liens forts. Je n'oublie pas tous les autres !

A vous les copains : labess.

Avant propos

« Toute maladie est un problème musical, toute guérison est une solution musicale. »

Novalis¹, écrivain romantique allemand

« Une des qualités essentielle - sinon la qualité essentielle - du rythme, c'est son pouvoir de nous faire sentir la présence de la vie. »

James Schelley², écrivain

« C'est la relation qui illumine l'être. »

Gaston Bachelard³, philosophe des sciences et de la poésie

¹ Cité par FRESNEL H. dans son article Mais d'où vient ce petit air dans ma tête ?, source internet.

² Cité dans le groupe Psychomotricité : réflexions cliniques, source internet, novembre 2012.

³ Source : http://www.homocoques.com/b040316_pensee_sciences.htm

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|-----------|
| I- La personne âgée : quand la dépendance nécessite un placement en institution..... | 8 |
| 1. La vieillesse, une succession de perte..... | 8 |
| 1.1 Les métamorphoses du corps | 8 |
| 1.2 Les transformations psychiques liées au vieillissement | 11 |
| 1.3 L'entrée en EHPAD..... | 14 |
| 2. Présentation de mon terrain de stage : l'EHPAD..... | 15 |
| 2.1 Description et fonctionnement | 15 |
| 2.2 Ma présence dans l'EHPAD..... | 15 |
| 3. Un voyage au cœur de la démence | 17 |
| 3.1 Critères diagnostiques de la démence selon le DSM-IV | 17 |
| 4. La maladie d'Alzheimer : les enjeux pour une prise en soin adaptée en psychomotricité | 18 |
| 4.1 Un retour historique | 18 |
| 4.2 Les principales étapes de la maladie..... | 19 |
| 4.3 Un diagnostic bien posé ?..... | 20 |
| 4.4 La question de l'identité chez le sujet atteint..... | 21 |
| 4.5 Les troubles comportementaux et de l'humeur..... | 22 |
| 5. Des prises en soin individuelle et en groupe..... | 23 |
| 5.1 L'Examen Géronto Psychomoteur (EGP) : un outil du psychomotricien..... | 23 |
| 5.2 L'EGP comme confirmateur de mes choix | 24 |
| II- La musique et le rythme, de quoi parle-t-on ? | 25 |
| 1. Le rythme : une théorisation vers la psychomotricité..... | 25 |
| 1.1 Définition | 25 |
| 1.2 Les rythmes cosmiques | 26 |
| 1.3 Les rythmes biologiques..... | 26 |
| 1.4 Rythme et temps | 27 |
| 1.5 Le rythme comme fondement du développement humain | 27 |
| 2. La musique..... | 31 |
| 2.1 Quelques caractères physiques de la musique..... | 32 |
| 2.2 Une physiologie musicale | 33 |
| 2.3 La musique : un voyage dans le temps | 34 |
| 2.4 Développement de la perception auditive et de la musicalité | 36 |
| III- Musique et rythme comme médiateurs en psychomotricité..... | 37 |
| 1. La médiation en psychomotricité | 37 |

| | |
|---|-----------|
| 1.1 Une définition..... | 37 |
| 2. Pourquoi ce choix de la musique et du rythme en psychomotricité ?..... | 38 |
| 2.1 La musique : entre mouvement et langage | 38 |
| 2.2 Effets de la musique sur la personne âgée dépendante | 39 |
| 2.3 Le rythme musical..... | 41 |
| 2.4 Une médiation comme ouverture à la créativité..... | 44 |
| 3. Musique et rythme au service de la relation en psychomotricité | 48 |
| 3.1 Un détour historique de la notion de relation..... | 48 |
| 3.2 La relation dans le développement de l'enfant | 49 |
| 3.3 La psychomotricité relationnelle..... | 50 |
| 4. La question du cadre et du groupe en psychomotricité | 54 |
| 4.1 Un cadre contenant..... | 54 |
| 4.2 Pourquoi le choix d'un groupe ? | 56 |
| IV- L'atelier « rythm'n vie »..... | 58 |
| 1. Les 3 « O » : origine, organisation, objectifs | 58 |
| 1.1 Son Origine | 58 |
| 1.2 Son Organisation..... | 59 |
| 1.3 Ses objectifs..... | 60 |
| 2. Mr M. | 61 |
| 2.1 Histoire de vie..... | 61 |
| 2.2 Antécédents médicaux..... | 62 |
| 2.3 Entrée à l'EHPAD..... | 62 |
| 2.4 Son projet de vie personnalisé | 62 |
| 2.5 Notre rencontre..... | 64 |
| 3. Mr G. | 65 |
| 3.1 Histoire de vie..... | 65 |
| 3.2 Antécédents médicaux..... | 65 |
| 3.3 Entrée à l'EHPAD..... | 66 |
| 3.4 Son projet de vie personnalisé | 66 |
| 3.5 Notre rencontre..... | 67 |
| 4. Mr L. | 68 |
| 5. Les séances de l'atelier « rythm'n vie »..... | 69 |
| CONCLUSION | 93 |
| Bibliographie..... | 95 |
| ANNEXES..... | 97 |

INTRODUCTION

« Relation musicale », « médiation rythme », « personnes âgées dépendantes »... Au-delà des frontières qui peuvent exister dans la simple lecture de ces trois termes, il existe bien un lien que j'ai pu moi-même tisser tout au long de mon stage, de mes expériences, et même avant.

Musicien (batter/percussionniste) depuis maintenant quelques années (15 ans en réalité), cette musique faite de rythmes, au travers d'instruments de percussion toujours plus divers, m'accompagne depuis toujours. Quand j'ai commencé mes études de psychomotricité en 2010, je n'ai pu m'empêcher de me projeter, moi et ma musique, dans mon futur métier.

L'histoire humaine n'est-elle pas au fond une histoire musicale dont la trajectoire rythmique et mélodique serait à elle seule une œuvre d'art ? Cette même forme d'art qui pousse tous psychomotriciens à maintenir en soi la relation entre deux pôles que toute la pensée occidentale tend à opposer : le corps et l'esprit.

La musique, le rythme, sont alors là, outils disponibles pour le psychomotricien qui recherche la mobilisation des dimensions corporelle et expressive du sujet, la diminution de ses troubles, mais aussi la remise en mouvement des fonctions psychomotrices possiblement perturbées voire altérées. En toile de fond de tout ceci, il va tenter de favoriser cette communication, ces relations intersubjectives, indispensables pour tout un chacun.

Pourquoi la personne âgée dépendante ? Parce-que je la rencontre chaque semaine dans le cadre de mon stage en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Face aux multiples changements que connaissent ces individus, les rendant toujours plus vulnérables et fragiles – je pense notamment aux sujets atteints de la maladie d'Alzheimer que je côtois principalement – il me faut trouver ma place en tant que futur psychomotricien.

Se posent alors à moi plusieurs questions : comment, dans le cadre de mon stage, accompagner et prendre en soin ces personnes âgées dépendantes ? En quoi la musique et le rythme constituent à eux deux des médiateurs suffisamment stables pour venir ré-ouvrir chez ces personnes des portes closes depuis longtemps qui ouvrent sur un monde de relation, d'expression, de créativité, d'émotion, de jeu, essentiel pour se sentir être, pour se sentir bien, en vie ?

Ainsi, dans une première partie, je présenterai la personne âgée et la notion de dépendance, avec tout ce qu'elle entraîne, en me positionnant essentiellement du côté de la maladie d'Alzheimer. Puis, dans une seconde partie, je tenterai de donner une définition de ce que pourraient être la musique et le rythme avant de justifier leur utilisation en tant que médiateurs, notamment de la relation en psychomotricité, dans une troisième partie. Enfin, je terminerai par témoigner de la mise en place de l'atelier « rythm'n vie » au sein de l'EHPAD et de son intérêt, en dépeignant le parcours de deux participants.

I- La personne âgée : quand la dépendance nécessite un placement en institution

1. La vieillesse, une succession de perte

Vieillir, une aventure « banale » à laquelle personne n'échappe ! Mais il s'agit aussi d'un processus que l'on pourrait qualifier de « personnalisé », puisque teinté de tous les événements de vie, les rencontres, les contextes physiologiques et sociaux.

Entre gains et pertes, autour d'un équilibre toujours instable, on observe de nombreuses transformations jusqu'à « *l'ultime déséquilibre de la mort* »¹.

Aujourd'hui, tout est fait pour vivre plus longtemps, et de fait, « vieillir » plus longtemps. A l'heure où les personnes âgées représentent bientôt près d'un tiers de la population totale, il faut impérativement s'adapter et se donner les moyens de les accueillir. Il y aura une augmentation des besoins dans les secteurs des services de santé, du logement et des services sociaux.

Le vieillissement constitue une période de crise où beaucoup de deuils sont à faire : perte des proches, perte des capacités psychiques (troubles de la mémoire, diminution des capacités intellectuelles,...), physiques (équilibre, marche, contrôle sphinctérien,...), perte d'autonomie. Tous ces facteurs peuvent entraîner, selon leur degré d'impact, une dépendance du sujet, ayant comme possible conséquence, son placement en institution (EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, foyer de soin de longue durée, résidence long séjour, unité de soin de longue durée,...).

1.1 Les métamorphoses du corps

Les changements anatomiques et physiologiques associés à la vieillesse débutent plusieurs années avant l'apparition des signes extérieurs. Ces changements se font tant au niveau structurel que fonctionnel.

¹ J. BIDEAUD, O. HOUDE, J-L. PEDINIELLI, *L'homme en développement*, ed puf, 1993, Paris, p. 478.

On distingue le vieillissement dit « normal » correspondant à la sénescence, du vieillissement pathologique, correspondant lui à la sénilité. Dans le premier cas, il s'agit d'un vieillissement dit « réussi », « habituel », caractérisé par un état de santé globalement satisfaisant, en lien avec une capacité d'adaptation du sujet de par un niveau d'autonomie correct. Dans le deuxième cas, ce sont les pathologies du sujet, douloureuses, fatigantes (ostéoporose, diabète, troubles cardiaques,...) qui mettent à mal son autonomie avec des conséquences sur ses activités au quotidien.

Cependant, on peut se poser la question de comment bien faire la différence entre ces deux types de vieillissement, c'est-à-dire tenter de savoir où se trouve réellement la limite entre le normal et le pathologique ? En institution par exemple (type EHPAD), certains soignants peuvent considérer comme pathologique des aspects caractériels « normaux » d'un sujet (ses aléas du comportement).

On trouve que Mr X est agressif, on en conclut qu'il a un trouble du comportement. Mais Mr X n'est-il tout simplement pas en colère parce-que aujourd'hui, il y a beaucoup de bruit autour de lui ? Parce qu'il est plus fatigué que d'habitude ? Parce que tout simplement, Mr X a un mauvais caractère ? Cette limite entre normal et pathologique n'est pas toujours claire, les observations cliniques sont parfois soumises à la subjectivité des professionnels de l'EHPAD. Le diagnostic nécessite une concertation pluridisciplinaire avant de faire des conclusions hâtives.

Les changements du corps représentent les premières manifestations perçues du vieillissement et sont propres au rythme de chaque individu.

On observe entre autre, d'un point de vue **extérieur**, les cheveux devenir gris, la peau se plisser, une fonte musculaire, une diminution de la taille... La personne âgée se tient courbée, son axe est raccourci, son polygone de sustentation est réduit d'où une stabilité moins importante, les déplacements se font plus difficilement, plus lentement. Lorsque l'on observe la marche, les pieds ont tendance à traîner, voire piétiner, comme pour éviter au maximum ce moment d'équilibre unipodal renvoyant au vide, alors source d'angoisse. Les aides techniques pour la marche ne manquent pas : canne, déambulateur, rolator, un bras auquel on s'agrippe... La posture est souvent figée du fait d'une désorganisation tonique, l'amplitude du mouvement est réduite.

De par toutes ces problématiques, tous ces changements, les sujets ont tendance à réduire l'espace de leurs déplacements, jusqu'à passer une bonne partie de leurs journées assis ou allongés sur leurs lits.

Ces changements sont également **internes, physiologiques**. Ils s'avèrent très variables, tant dans leur apparition que dans leur intensité.

Au niveau du **système nerveux**, parmi les modifications les plus caractéristiques, on retrouve la dégénérescence neurofibrillaire et les plaques séniles, notamment par des pertes neuronales et des circuits neuronaux. Elles ont pour conséquence une diminution des capacités adaptatives de l'organisme.

Au niveau du **système neuromusculaire**, on retrouve des atrophies/fontes musculaires, une augmentation de la fatigabilité, une hypertonie, une diminution de la force, certaines difficultés dans la motricité globale et fine, des paratonies de fond.

Au niveau du **système articulaire et osseux**, on observe une diminution de la trame osseuse pouvant être à l'origine d'une ostéoporose qui entraîne alors une augmentation du risque de fracture lors d'une chute, très invalidante. **L'équilibre, l'équilibration** s'en trouvent également modifiés, par altération de la proprioception. Les articulations perdent en mobilité et deviennent plus douloureuses.

Les conséquences physiques et psychiques d'une chute sont variables (d'importance différente). **Le risque de rechute est surtout lié à l'impact émotionnel d'une chute**, au traumatisme qui y est associé (peur) car il amène une désadaptation psychomotrice. Quand bien même une chute peut avoir une conséquence physique « grave », l'impact sur la personne n'en sera pas nécessairement important. A l'inverse, une chute sans conséquence physique peut entraîner un traumatisme psychique important : sentiment d'échec, impuissance, incapacité, angoisse, confusion, perte des repères spatio-temporels. L'inhibition et le repli s'imposent pour ne pas se risquer à un nouvel échec (« plutôt ne rien faire que faire mal »). Il n'y a pas de correspondance de proportion entre les impacts physique et psychique ; ceci s'évalue pendant les rencontres psychomotrices pour des suivis post-chute (récit de la chute, ressentis, contextualisation, objectif, projet, ...).

Les organes des sens sont atteints et les **fonctions sensorielles** qui s'y trouvent liées perdent en efficacité, tant sur les plans de la sensibilité, de l'acuité ou encore de la discrimination. Les coordinations sensori-motrices et la mémoire sensorielle sont moins efficaces. La communication avec autrui pâtit de ces altérations, qui, si elles ne sont pas bien palliées par des appareillages, peuvent entraîner un isolement du monde extérieur.

La personne âgée connaît des difficultés à traiter plusieurs informations (afférences sensorielles) en même temps. Une compétition entre celles-ci s'installe perturbant les capacités mnésiques.

Ainsi, privé à la fois des sensations kinesthésiques, proprioceptives, tactiles, et par un appauvrissement du traitement des afférences sensorielles, le schéma corporel du sujet va se déstructurer.

1.2 Les transformations psychiques liées au vieillissement¹

Au delà des différentes façons de vivre la vieillesse on peut repérer des caractéristiques communes qui permettent de parler de la vieillesse. Ces différentes caractéristiques sont essentiellement tournées autour de **l'expérience de la perte**. Perte que l'on peut aborder sur différents plans : perte des être chers, perte de statut professionnel (perte extérieure), mais aussi pertes concernant davantage la personne en tant que telle (comme une perte intérieure) : celle des capacités physiques vues précédemment, intellectuelles, avant la perte ultime.

Chacun va réagir à cet ensemble de perte en fonction de sa personnalité, de ses ressources psychiques mais également en fonction de ses ressources physiques, matérielles et sociales.

Une des principales pertes que connaît la personne âgée est celle des relations avec les autres, cela signifie une perte objectale et une perte en relation avec la personne elle-même, toutes deux constituant un véritable traumatisme. Dans l'idée de traumatisme, il y a l'idée de débordement du Moi, avec une perte de contrôle et de capacité de pensée. Le sujet est sidéré et se retrouve incapable d'élaborer quelque chose sur l'évènement en train de se dérouler, générant alors inévitablement de l'angoisse.

Il y a à la fois une perte des objets d'investissement social et une perte des capacités psychiques à faire face aux évènements de la vie. C'est un traumatisme qui intervient chez une personne qui est en partie «diminuée». La perte ou la diminution des moyens individuels rendra plus difficile la réaction face au traumatisme extérieur.

Dans ce contexte, on parle de syndrome de fragilité chez la personne âgée. Consécutivement au vieillissement et aux maladies chroniques, le sujet âgé rencontre de plus en plus de difficultés pour s'adapter à ces situations (de stress), le faisant alors rentrer dans un état de fragilité permanent. Le risque, à ce moment, est celui des pathologies dites « en cascade ».

¹ Cours psychologie Mme LAUGAA, 3^e année.

« *Le processus de fragilité apparaît comme un état transitionnel entre l'état de robustesse et le déclin fonctionnel [...] »¹.*

Diminution des capacités psychiques

L'une des capacités psychiques les plus mises à mal chez le sujet âgé constitue sa mémoire (surtout la mémoire à moyen terme). La personne âgée a plus de mal à fixer les nouvelles représentations, un vide s'instaure alors et il n'y a plus de continuité dans les événements de vie. La personne est parfois consciente de cette perte de mémoire. Cette prise de conscience des troubles impacte sur l'anxiété. Le sujet est d'autant plus inquiet qu'il sait, ou sent, qu'il ne se souvient pas, amenant parfois à la mise en place de mécanismes de défense comme l'évitement, la banalisation, l'humour, ...

Le phénomène de fantasmatisation, qui représente la capacité d'imagination, de raconter, et donc de prendre du recul sur un événement qui arrive, est plus difficile. Le sujet se défend donc moins bien contre l'impact du traumatisme extérieur. Tout cela conduit à une diminution de l'activité de représentation, le sujet a moins accès à l'élaboration de récit, de pensée, il va davantage s'accrocher à la réalité extérieure (entourage), d'où sa dépendance accrue vis-à-vis de celle-ci.

On parle d'une tendance à la dépsychisation : le champ de la conscience se réduit, ce qui dans certains cas entraîne un radotage (il est très commun d'entendre une personne âgée répéter plusieurs fois la même chose, à intervalles rapprochés), une obsession du passé (qui vient résonner dans le présent).

Toutes ces modifications psychiques entraînent une perte de l'estime de soi, un infléchissement narcissique, une perte d'identité psycho-corporelle, une perte du plaisir, de désir de faire et d'être, une rupture avec l'environnement humain, temporo-spatial et matériel.

Faire face à l'impact traumatique du vieillissement

Pour faire face à l'impact traumatique du vieillissement et donc de la perte, le sujet âgé va réagir sur le plan psychique. En psychologie, on parle de **réaménagement économique**. La notion d'économie désigne la quantité des investissements de l'énergie pulsionnelle du sujet sur un objet.

¹ S. MICHEL, R. SOPPELSA, J.-M. ALBARET, *EGP*, ed Hogrefe, p. 18.

L'individu dispose d'une certaine quantité d'énergie qu'il faut investir sur quelque chose (c'est-à-dire qu'il lui faut satisfaire une pulsion). Parler de réaménagement économique, c'est déplacer l'objet investi de cette énergie pulsionnelle. Si cette dernière n'est pas attachée à un objet, l'énergie pulsionnelle est libre, c'est cela qui crée l'angoisse.

La libido de la personne âgée tend à revenir vers le Moi, ce qui entraîne d'un certain point de vue une régression narcissique. Ce reflux de la libido vers le Moi permet de colmater les brèches narcissiques ouvertes par le vieillissement. Cette régression narcissique n'est pas toujours réussie (elle ne permet pas de compenser les pertes), voire parfois impossible.

On distingue deux types de régressions narcissiques : positive et négative.

- **La régression narcissique positive** : elle permet de renforcer le Moi. Elle se manifeste essentiellement par la sublimation, donc une réflexion intellectuelle sur sa vie, son passé. La libido a trouvé un objet à investir, moyen permettant d'apaiser l'angoisse, et cet objet, c'est le Moi.
- **La régression narcissique négative** : elle entraîne non pas une réassurance mais une déperdition narcissique. Il y a un repli sur soi, avec un défaut d'élaboration mentale et un faible investissement de l'objet. Dans l'hypocondrie par exemple, le corps devient sur-investi, objet de plaintes incessantes, c'est un corps fragilisé, diminué. Le sujet n'a aucune capacité à penser ses douleurs. On peut observer parfois une irruption de symptômes corporels qui font suite à la retraite, au départ des enfants...Les sujets n'ont alors pas la possibilité de faire le lien entre ce qui est ressentie et leur plainte douloureuse.

Quand l'énergie pulsionnelle ne trouve aucun objet d'investissement, la personne âgée est envahie par une énergie libre indifférenciée, pouvant alors à la fois porter atteinte à son fonctionnement psychique somatique, pour arriver à ce qu'on appelle la mort psychique.

On observe ces situations par exemple dans la démence sénile de type Alzheimer dite pauvre (maladie qui sera décrite plus tard). Il n'y a, pour les sujets, aucune possibilité de régression. Le désinvestissement complet cède la place à une compulsion de répétition envahissante, qui se manifeste sur le plan clinique par des déambulations incessantes, des répétitions de sons, de syllabes, des écholalies.

Toutes ces difficultés, tous ces changements vont venir mettre à mal l'organisation corporelle et psychique du sujet âgé qui entre alors dans une dépendance, entraînant la plupart du temps son placement en institution.

1.3 L'entrée en EHPAD

L'entrée dans une institution pour une personne âgée constitue un tournant, cet évènement peut être vécu comme un bouleversement voire un traumatisme dans certains cas.

La dynamique familiale s'en trouve modifiée, les rapports se transforment, les relations changent... Avant d'arriver en institution, le sujet vit habituellement dans un « chez soi », marqué par sa présence et son histoire. C'est un lieu intime, de liberté individuelle renforçant le sentiment d'identité de la personne.

La maison de retraite n'est pas taboue, les personnes âgées chez elles y pensent, et quand bien même c'est le cas, leur souhait le plus cher est de rester chez elles, le plus longtemps possible.

Ainsi, quand la dépendance survient, la décision d'un placement en institution est difficile et non sans conséquence, pour le sujet comme pour la famille. La demande d'aide survient généralement dans un contexte particulier, de crise. Il y a assez souvent dans les familles un manque de concertation entre ses membres. On n'alerte pas le vieillard, pour le protéger ; mais à ce moment, l'entrée dans l'institution est ressentie comme subie, imposée. Selon une enquête nationale auprès des EHPA (établissement d'hébergement pour personnes âgées) réalisée en 2002, 35% seulement des cas d'entrée seraient vécus comme non imposés par les membres de la famille.

Il y a plusieurs explications à ce phénomène : d'une part, la moyenne d'âge d'entrée en institution est d'environ 83 ans, l'état psychique du sujet à ce moment-là peut l'empêcher d'exprimer sa propre volonté. D'autre part, les personnes qui entrent dans une démence se vivent comme étant tout à fait adaptées, c'est le déni de leur perte d'autonomie qui rend la compréhension du placement impossible.

Tout ceci montre l'importance d'un travail en amont de l'entrée en institution concernant l'annonce de la vérité au futur résident.

2. Présentation de mon terrain de stage : l'EHPAD

2.1 Description et fonctionnement

J'ai effectué mon stage au sein d'un EHPAD privé conventionné depuis juillet 2007 pouvant accueillir 42 résidents, à partir de 60 ans, valides ou en perte d'autonomie, pour un accompagnement permanent. L'établissement est médicalisé et jouit d'un emplacement calme, entouré d'un parc de près d'un hectare.

Le projet de soin concerne l'engagement de tous les intervenants de l'établissement envers chaque personne âgée pour préserver et maintenir son autonomie et mettre en œuvre des actions permettant une ouverture à la relation et ainsi éviter l'isolement.

Suite à l'entrée du résident, différents bilans sont effectués permettant de définir un diagnostic.

L'équipe de l'EHPAD se compose d'un médecin coordonnateur supervisant la qualité et la permanence des soins. Pour les soins, sous la responsabilité d'une infirmière référente, l'équipe soignante pluridisciplinaire se compose d'infirmières, d'aides soignants, d'aides médico-psychologiques (AMP), de veilleurs de nuit, d'une psychologue, d'une psychomotricienne, d'une ergothérapeute, de plusieurs kinésithérapeutes libéraux. Pour la vie sociale, on retrouve une secrétaire comptable-hôtesse d'accueil, une animatrice. Le pôle restauration-hôtellerie-maintenance se compose d'un cuisinier, d'agents hôteliers, d'une lingère, d'un agent technique.

A cette équipe s'ajoutent différents étudiants, l'EHPAD étant le lieu de stage pour plusieurs internes en médecine, des étudiantes infirmières, aide soignante, psychologue, animateur, psychomotricien.

2.2 Ma présence dans l'EHPAD

J'intègre cet établissement pour la première fois le 29 novembre 2012, à raison de deux journées par semaine, les jeudis et vendredis, de 9h à 17h.

A mon arrivée, je suis accueilli par la psychomotricienne qui me fait alors visiter l'établissement, en m'expliquant les rôles de chacun des membres de l'équipe. Nous croisons beaucoup de résidents à qui elle s'arrête dire bonjour, me présentant alors comme stagiaire pour « *faire le même métier que moi* ». Quand bien même ces échanges sont courts, ils sont des

prémises de relations futures, et je m'aperçois de toute la bienveillance et l'écoute dont fait preuve la psychomotricienne, indiscutablement nécessaires pour ces sujets qui semblent parfois perdus, seuls...

Dans un premier temps, j'ai cherché à trouver ma place dans le fonctionnement de l'institution et au sein de l'équipe, à créer des liens de confiance, ou tout du moins, me faire accepter. J'ai aussi cherché à connaître les différents résidents, à entrer en relation avec eux, et j'ai compris toute la difficulté qu'il y avait à trouver les mots face à des sujets qui peuvent être complètement désorientés, sans ancrage dans le présent, mais plutôt dans des souvenirs d'un passé lointain qui résonne alors en eux. De par le peu d'expérience que j'avais auprès des personnes âgées dépendantes (seulement dix jours de stage en début d'année), il a été difficile pour moi de trouver des repères sur lesquels m'appuyer, de prendre des initiatives. Cependant, j'ai pu compter sur mon maître de stage, déjà présente depuis trois ans, pour accueillir mes difficultés et tenter d'y apporter des solutions, des explications,...

J'ai rencontré, au sein de cet EHPAD, principalement deux pathologies très différentes, à savoir les démences (notamment la maladie d'Alzheimer) et les accidents vasculaires cérébraux (entraînant hémipariés nécessitant une mise en fauteuil roulant, aphasie,...). Les vécus ne sont pas les mêmes, à la fois de la part des sujets atteints, mais aussi de leurs familles.

Avant de décrire la suite de mon stage, les différentes expériences vécues, les projets mis en place, je souhaiterais faire un point sur la maladie la plus caractéristique de cet établissement : la démence, et notamment la maladie d'Alzheimer, face à laquelle j'ai connu beaucoup de difficultés, dans l'approche, la compréhension, l'adaptation.

3. Un voyage au cœur de la démence

3.1 Critères diagnostiques de la démence selon le DSM-IV¹

La démence se caractérise par le développement de déficits cognitifs multiples, manifestés par, à la fois :

- un déficit de la mémoire (diminution de la capacité à apprendre des informations nouvelles ou à se rappeler les informations précédemment apprises) ;
- une (ou plusieurs) des perturbations cognitives suivantes :
 - ✓ aphasie (perturbation du langage)
 - ✓ apraxie (diminution de la capacité à réaliser une activité motrice malgré des fonctions motrices intactes)
 - ✓ agnosie (incapacité de reconnaître ou d'identifier des objets malgré des fonctions sensorielles intactes)
 - ✓ perturbation des fonctions exécutives (planifier ou faire des projets, organiser, séquencer ou ordonner dans le temps, avoir une pensée abstraite)

Les déficits cognitifs des deux premiers critères sont tous les deux à l'origine d'une altération significative du fonctionnement social ou professionnel et représentent un déclin significatif par rapport au niveau de fonctionnement antérieur.

Les déficits cognitifs des deux premiers critères ne sont pas dus à une des causes suivantes :

- autres affections du système nerveux central qui peuvent entraîner un déficit de la mémoire et du fonctionnement cognitif (par ex. : maladie cérébrovasculaire, maladie de Parkinson, maladie de Huntington, hématome sous-dural, hydrocéphalie à pression normale, tumeur cérébrale) ;
- affections générales pouvant entraîner une démence (par ex. : hypothyroïdie, carence en vitamine B12 ou en folates, pellagre, hypercalcémie, neurosyphilis, infection par le VIH) ;
- affections induites par une prise de substance.

¹ DSM-IV-TR, 4^e édition, texte révisé, publié par l'Association Américaine de Psychiatrie (APP)

Les déficits ne surviennent pas de façon exclusive au cours de l'évolution d'un delirium. La perturbation n'est pas expliquée par un trouble dépressif majeur ou une schizophrénie.

La démence vient du latin *demens* qui signifie « folie ».

4. La maladie d'Alzheimer : les enjeux pour une prise en soin adaptée en psychomotricité

4.1 Un retour historique

On doit la découverte de cette maladie au psychiatre, neurologue et neuropathologiste allemand **Aloïs ALZHEIMER** qui présenta l'observation d'Auguste D. le 4 novembre 1906. A ce moment, la maladie d'Alzheimer est caractérisée par des troubles intellectuels et comportementaux liés à des altérations morphologiques des neurones du cortex cérébral. La « démence » est donc une maladie du cerveau.

On décrit au cours de l'histoire différentes périodes de la maladie d'Alzheimer :

- une période dite **biochimique** où est observé un déficit cholinergique du cortex par perte des neurones cholinergiques du noyau basal de Meynert, situé à la base du cerveau. L'ensemble des troubles cognitifs de cette maladie pourrait être alors lié à l'atteinte de ce système cholinergique, également à l'origine d'anomalies biologiques (hyperphosphorylation des protéines dites tau et production en excès de petites protéines, les peptides bêta amyloïde).
- Une période **anatomique**, au cours de laquelle les chercheurs se focalisent sur une région particulière du cerveau : l'hippocampe (qui reçoit de nombreuses connexions cholinergiques) et qui est atteint précocement dans la maladie d'Alzheimer (première aire centrale lésée). Les différents travaux aboutissent alors au concept d'une maladie relativement homogène, correspondant à une « démence amnésique progressive ».
- Une période **biologique** où ont été identifiés deux acteurs principaux de la maladie d'Alzheimer : le peptide amyloïde et la protéine tau.
- Une période **génétique** au cours de laquelle a été localisé dans les chromosomes le gène du précurseur du peptide amyloïde (APP) et différentes mutations, qui, si

elles sont présentes chez l'individu, entraînent toujours le développement de la maladie. En 1993, on parle de facteur de risque génétique de la maladie.

- Enfin, une période **épidémiologique** qui permet de mettre en évidence un « modèle » de la maladie d'Alzheimer. La cause n'est pas connue mais tous les évènements biologiques qui en découlent sont identifiés. Ainsi, après plusieurs années, voire décennies, apparaissent les premiers symptômes. Il y a donc une phase asymptomatique dite de « compensation », où la prévention est primordiale, et une phase symptomatique divisée en deux stades : un stade précoce de « troubles cognitifs légers » puis un stade avancé dit de « démence ».

4.2 Les principales étapes de la maladie¹

| STADE LEGER | STADE MODERE | STADE AVANCE |
|--|---|--|
| -Défaillances de mémoire : les informations nouvelles sont mal ou pas mémorisées | -Troubles plus marqués de la mémoire à court terme | -Troubles de la mémoire à long terme, oubli de sa propre histoire |
| -Difficultés à trouver ses mots | -Les difficultés à parler et à comprendre augmentent | -Ne prononce plus que quelques syllabes |
| -Désorientation dans l'espace, surtout dans les environnements nouveaux | -Difficultés dans les actes de la vie quotidienne | -Ne reconnaît plus ses proches |
| -Désorientation dans le temps | -Désorientation dans les espaces familiers, tel l'appartement | -Les automatismes de l'alimentation (mâcher, avaler) peuvent disparaître |
| -Perte d'intérêt pour ce qui l'entoure, perte d'initiative et de motivation | -Oubli de l'heure, de la date, de la saison, de l'année | -Incontinence possible |
| -Agitation, voire légère agressivité | -Hallucinations, visions, délires possibles | -Perte totale d'autonomie |
| | -Accès d'agressivité | -Faiblesse et risques d'infections augmentés |

Dans un même stade, il peut y avoir des différences comportementales et psychologiques notables entre deux sujets malades, pouvant donner l'impression qu'un est plus atteint que l'autre.

¹ B. DUBOIS, *L'essentiel Cerveau et Psycho, Alzheimer : vivre avec la maladie et la comprendre*, 2013, p. 22.

On peut maintenant se poser la question du diagnostic de cette maladie ? Où se trouve la frontière entre simple trouble de la mémoire et maladie d'Alzheimer ? Comment diagnostiquer avec certitude cette maladie ?

4.3 Un diagnostic bien posé ?

Il existe aujourd'hui plusieurs outils pour diagnostiquer une maladie d'Alzheimer : des tests de mémoire, des marqueurs biologiques spécifiques, l'imagerie médicale.

Perte de mémoire, perte d'autonomie, comportements agressifs n'indiquent pas nécessairement qu'une personne est atteinte de cette maladie ! Il peut très bien s'agir d'une démence à corps de Lewy par exemple, alors caractérisée par des troubles de l'attention, des confusions, hallucinations...

Diagnostiquer le plus tôt et le plus efficacement possible cette maladie reste un enjeu majeur de santé public. Alors qu'on ne sait pas la guérir, on peut aider à diminuer sa progression par une prise en soin précoce et adaptée.

Jusqu'à il y a peu de temps, le diagnostic se faisait en post mortem par un examen histologique du cerveau montrant des lésions cérébrales caractéristiques de la maladie (pertes neuronales, présence de plaques séniles, dégénérescence neurofibrillaire). C'est à ce moment où l'on pouvait se rendre compte de toutes les erreurs de diagnostic qui avaient pu être faites.

Aujourd'hui, de nouvelles approches existent. On utilise des **tests spécifiques** qui portent sur la mémoire du sujet (quelle phase mnésique est atteinte) : il s'agit alors de mémoriser des formes, mots, petites histoires. Ce sont des troubles de la mémoire épisodiques (événements propres à l'individu) associés à des difficultés spatio-temporelles qui permettent de mettre en évidence une maladie d'Alzheimer.

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) permet d'observer (et quantifier) une atrophie de l'hippocampe (évolutive dans le temps), structure cérébrale impliquée dans la mémoire, posant le diagnostic (et non plus un diagnostic par élimination comme cela se faisait avant avec la neuro-imagerie).

La médecine dispose également de **marqueurs biologiques spécifiques** que l'on retrouve dans le liquide céphalo-rachidien : le peptide bêta amyloïde et la protéine tau. En les identifiant et en mettant en évidence une modification de leur concentration, on peut poser le diagnostic.

Toutes ces méthodes permettent aujourd'hui de ne pas tomber dans un « diagnostic poubelle » où l'on expliquerait la plupart des troubles mnésiques d'une personne comme révélateurs de la maladie d'Alzheimer.

Nous avons donc résumé l'histoire biologique de la maladie d'Alzheimer, les différents diagnostics qui existent, mais qu'en est-il de l'aspect humain ? Quelles souffrances vivent les sujets atteints ? La question de l'identité s'en trouve-t-elle changée ?

4.4 La question de l'identité chez le sujet atteint

La maladie d'Alzheimer connaît une explosion médiatique depuis quelques années (internet, télévision) impactant indéniablement la perception que les différents acteurs de la maladie peuvent en avoir. Et cette « presque sur-médiatisation » n'est pas sans conséquences sur le bien-être des sujets atteints.

Une étude menée en 1992 par le psychologue américain **Steven SABAT** sur la question du « soi » de l'individu Alzheimerien, et donc sur la question de son identité, a montré que l'on peut considérer deux soi dans l'identité d'une personne malade :

- un premier, résultant de la construction de la personnalité au cours de l'histoire du sujet, qui resterait intact malgré les différents troubles. Il s'agit du « Je » ;
- un second, construction identitaire, comme dimension publique de la personne qui pourrait être perdue. C'est donc la perception et les agissements d'autrui envers le malade qui seraient la cause de cette perte de soi.

La maladie d'Alzheimer met à mal l'identité de la personne, constituée depuis longtemps. L'annonce de cette maladie représente l'une des premières épreuves auxquelles un malade est confronté.

Plusieurs stratégies sont utilisées par ces sujets pour tenter de donner un sens aux changements les affectant et de préserver leur second soi (social) : ils peuvent essayer de justifier ce qui leur arrive, de parler de la maladie avec autrui. Il faut pouvoir vivre avec et en dépit de celle-ci. Ainsi, en parler (si cela est possible), et donc parler de soi, permet à ces sujets atteints de préserver en quelque sorte leur identité. Il faut pouvoir être capable de situer l'expérience de la maladie dans sa propre histoire, maintenant le sens de l'identité.

C'est pourquoi tous les rapports qui peuvent exister avec le malade, qu'ils soient familiaux, institutionnels, professionnels, voire avec les autres résidents de l'institution apparaissent essentiels pour maintenir ce soi, donnant l'opportunité de communiquer sur sa maladie. Dans le cas contraire, le sujet peut se sentir délaissé, indésirable, l'estime de soi est mise à mal, un repli sur soi est possible.

Il faut savoir qu'une partie des malades alzheimerien sont anosognosiques et n'ont donc pas conscience de leur maladie. Alors ignorée, ces personnes connaissent de grandes difficultés pour en parler, ce qui engendre pour eux l'impossibilité de comprendre leur présence dans la maison de retraite. Dans le pire des cas, ils vont éprouver des ressentis les amenant à des comportements qualifiés de troubles du comportement comme l'agressivité, la fugue...

On a donc vu l'accent mis par les différentes recherches sur les questions des fonctions cognitives, de l'identité, mais il ne faut pas occulter les troubles de l'humeur et les troubles comportementaux dont sont sujets les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

4.5 Les troubles comportementaux et de l'humeur

Dès les premières années de vie, l'être humain est capable d'entrer en relation, d'interagir socialement, de reconnaître des personnes en identifiant chez elles, le visage, la voix, la posture, le regard,... il est capable de reconnaître, d'analyser et interpréter un ou des état(s) émotionnel(s) et affectif(s), tout ceci jouant un rôle essentiel dans les relations interpersonnelles en permettant de s'adapter aux différents comportements.

Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer peuvent avoir des difficultés à identifier correctement les émotions d'autrui (ils identifient difficilement leurs pairs), ils n'expriment alors pas en retour des émotions appropriées, engendrant des comportements sociaux qui peuvent s'avérer inadaptés. Tout ceci entraîne donc des **troubles de la socialisation et du comportement**.

Cela dépend néanmoins du stade de la maladie dans lequel se trouve le sujet. Certains connaîtront beaucoup de difficultés à exprimer leurs propres émotions mais garderont la capacité à comprendre celles des autres, ce qui est très intéressant dans les prises en soin qui peuvent être faites.

C'est le cas de Mr G, atteint de la maladie d'Alzheimer, qui de par son apathie, a du mal à exprimer ses émotions, voire à les ressentir. Cependant, il existe chez lui une expression non verbale du ressenti, caractérisée par des postures, des mimiques, des gestes,...et c'est là que nous intervenons en tant que psychomotricien. Nous verbalisons ce discours corporel afin de mettre des mots sur ce qui est vécu par Mr G, participant également au principe de validation des émotions.

Selon une étude de **Kaye HORLEY**¹ de l'Université de Sydney Ouest en Australie, le sujet atteint de la maladie d'Alzheimer peut reproduire oralement une émotion entendue ou lire une phrase à voix haute en utilisant une certaine émotion. Par là, on comprend que la capacité de communication non verbale, même chez des personnes au langage réduit, se maintient. Il est donc intéressant que l'entourage, malgré qu'il ne soit pas forcément reconnu, exprime des émotions (positives) avec son visage, sa voix, et les partage, afin d'apaiser le malade.

5. Des prises en soin individuelle et en groupe

5.1 L'Examen Géronto Psychomoteur (EGP) : un outil du psychomotricien

Différents outils d'évaluation, considérés comme outils de dépistage, sont utilisés par les professionnels de santé en gériatrie et gérontologie, dans les domaines psychomoteurs et cognitifs. On retrouve par exemple le Mini Mental State Examination (MMSE) pour évaluer rapidement un état cognitif ; le bilan psychomoteur proposé par JOSSOT et SEBBANE (1996) élaboré à partir d'épreuves classiques adaptées au sujet âgé ; le Get up and Go Test pour évaluer simplement et rapidement les transferts assis/debout, la marche et les changements de direction.

Cependant, liées au vieillissement de la population et aux recherches cliniques actuelles, des sémiologies nouvelles ont émergé, nécessitant de créer un outil de référence pour le psychomotricien pour évaluer ces personnes vieillissantes : l'EGP est né.

¹ L. CHABY, L'essentiel Cerveau et Psycho, Alzheimer : vivre avec la maladie et la comprendre, 2013, p. 33.

Composé de 17 items portant sur les **coordinations motrices**, **l'équilibre** (statique, dynamique), les **mobilisations articulaires**, les **praxies**, la **motricité fine des membres supérieurs et inférieurs**, la **mémoire** (verbale et perceptive), la **sphère spatiale et temporelle**, **l'équilibre**,... il est le reflet des capacités de chaque sujet, avec une passation construite dans un souci d'interaction avec le sujet. Il constitue un outil qui permet d'initier et participer à la mise en place d'un projet thérapeutique et mesurer l'efficacité d'une prise en soin en cours. De plus il s'agit d'un examen s'inscrivant clairement dans les objectifs du Plan Alzheimer (2008-2012, reconduit en 2013).

A mon arrivée à l'EHPAD, j'ai dû rapidement me familiariser avec cet outil, alors utilisé depuis peu par la psychomotricienne de l'établissement (qui regroupait alors différentes épreuves pour construire un bilan psychomoteur). J'ai donc fait passer, à sa demande, des EGP à plusieurs résidents afin d'évaluer et observer leurs compétences motrices, cognitives,...

5.2 L'EGP comme confirmateur de mes choix

Après avoir fait passer plusieurs bilan et écrit les comptes rendus, je m'aperçois que certains résidents connaissent de grandes difficultés au niveau de grandes fonctions psychomotrices, notamment la mémoire, la sphère temporelle, les coordinations/dissociations, les connaissances des parties du corps, la perception (chanter un air connu, reproduire des structures rythmiques). **J'ai donc pu faire un lien et trouver des intérêts à choisir la musique et le rythme comme médiateur dans des prises en soin pour convenir aux différentes conclusions de ces bilans. J'ai choisi d'aménager cette médiation pour, en plus, la proposer comme aide à la relation, tellement importante et bénéfique pour ces populations.**

II- La musique et le rythme, de quoi parle-t-on ?

1. Le rythme : une théorisation vers la psychomotricité

1.1 Définition

« *Le rythme est la caractéristique d'un phénomène périodique induite par la perception d'une structure dans sa répétition...* »¹. On parle de rythme des phénomènes naturels (rythme cardiaque, vague...), des phénomènes artificiels (horloge, train...), des rythmes comme transmetteurs de signaux (tambours militaires...).

Selon **H. MESCHONNIC**, « *le rythme est l'inscription d'un sujet dans son histoire* »². On peut ainsi en déduire que le rythme est inhérent à la vie personnelle de l'être humain et qu'il constitue une trame qui le soutient tout au long de l'histoire de sa vie.

Comme le dit **Mile GIBBSON-GARDNER** : « *On pourrait dire que tout est rythme, (...)* »³. En effet, enlevons toutes les facultés à l'homme (ouïe, vue, toucher, sens, émotions), le rythme existera toujours.

Voilà quelques mots qui en disent long sur l'abord de cette notion en psychomotricité. Sans pouvoir, ni vouloir être exhaustif quant à sa description, je vais tenter de partir de l'explication du rythme à un niveau naturel pour en venir à sa fonction dans le développement de l'être humain.

¹ <http://fr.wikipedia.org/wiki/Rythme>

² Cité par Daniel MARCELLI dans Hommage à Julian de Ajuriaguerra : le cérémonial d'accueil, ed Persée, tome 46 n°4, 1993. pp. 407-413.

³ Thérapie psychomotrice, Libres propos sur le rythme, ed S.N.R.T.P, 1976.

1.2 Les rythmes cosmiques

Comme il a été dit dans la définition citée plus haut, on parle de rythme des phénomènes naturels, et en quelque sorte, il s'agit des rythmes cosmiques, dont **Martine GAY** en fait une très belle illustration dans son chapitre Les rythmes cosmiques et l'homme.¹ En quelques mots, ce sont ces rythmes fondamentaux qui permettent notre existence, allant de la marche de la Terre autour du Soleil pendant une année à la rotation de la Terre sur elle-même en 24h, en passant par le cycle des saisons et de l'alternance jour/nuit, venant guider tous nos actes de la vie quotidienne. Toute cette succession pourrait être assimilée à notre principale horloge, fondamentale dans le déroulement de nos vies.

A partir de cette première description, il est possible de basculer sur une notion des rythmes plus centrée sur l'être vivant, à savoir les rythmes biologiques.

1.3 Les rythmes biologiques

Chez l'Homme, la plupart des fonctions végétatives, hormonales et comportementales suivent un rythme et sont soumises à une régulation horaire précise. Elles seraient régies par une horloge biologique interne.

Des rythmes biologiques génétiquement déterminés et synchronisés règlent l'être humain. Un rythme biologique se définit comme une variation périodique de l'intensité d'une activité physiologique, d'un phénomène biologique. Ce sont les rythmes alimentaires, circadiens, cardiaques, respiratoires ainsi que le rythme de l'activité électrique du cerveau. Ces rythmes innés et sans cesse présents sont en relation avec le sens de la durée, du vécu personnel propre à chaque individu.

Selon **A. REINBERG** et **J. GHATA** « *la vie se manifeste sous forme d'activités rythmiques : il n'y a pas de vie sans biopériodicité* »².

Ces rythmes sont vitaux et présents chez tout individu, cependant, ils sont propres à chacun. En effet, les biorythmes, relativement autonomes, sont aussi influencés et régis par des facteurs sociologiques, environnementaux.

¹ Ibid

² Cité par J. AMPHOUX dans Temps biologique et temps sociaux, source internet : http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/chris_0753-2776_1998_num_57_1_2021

1.4 Rythme et temps

La notion de rythme est presque impossible à développer sans parler conjointement du temps, de la temporalité. Comme le dit **Alain GASSION** : « (...) *l'univers tout entier nous apparaît sous l'emprise du temps (...)* »¹, et sur cette question de la perception du temps, **Paul FRAISSE**² explique que ce sont la périodicité et la structuration, composantes essentielles du rythme, qui vont être les points de repère permettant à l'homme de percevoir ce temps, de s'y confronter et parfois, le contrôler.

Ainsi, pour **P. FRAISSE**, la perception du rythme constitue la base de l'expérience temporelle.

Le bébé, le jeune enfant, ont une conscience temporelle, une connaissance du temps fragmentée pas encore articulées et reliées entre elles de façon cohérente.

En psychomotricité, le temps et donc le rythme participent à la construction de la subjectivité des individus.

Après avoir fait une description des rythmes à un niveau naturel et biologique, centrons nous à présent sur le rythme à travers le développement de l'être humain, de sa naissance jusqu'à sa mort.

1.5 Le rythme comme fondement du développement humain

Rythme et fœtus

Le fœtus a une importante sensibilité auditive. Il est déjà soumis à de nombreuses stimulations rythmiques, internes, à savoir la pulsation du rythme cardiaque de la mère, son activité digestive, les souffles de sa respiration...ou externes, comme la voix humaine, la musique...tout ceci constituant un véritable langage dont le nouveau-né va très vite percevoir les moindres changements.

¹ Thérapie psychomotrice, Libres propos sur le rythme, ed S.N.R.T.P, 1976.

² Psychologie du rythme, ed Presses universitaires de France, Paris, 1974.

La mère transmet continuellement à son fœtus ses propres rythmes biologiques qui sont alors sécurisants pour ce dernier. Cette régularité dont il prend conscience et qu'il éprouve, l'accompagne tout au long de sa vie intra-utérine et sera par la suite une base de sécurité pour le passage à la vie post-natale (la naissance, bouleversante, venant rompre le rythme de la vie intra-utérine).

Néanmoins, de nouveaux rythmes vont permettre, après la naissance, une structuration globale de l'individu, à savoir le rythme d'alimentation (à travers les tétés par exemple), de sommeil, etc. Le nourrisson peut alors entreprendre son nouvel environnement avec plus de sécurité par ces rythmes qui s'inscrivent dans son corps.

On sait que l'être humain se construit dans la relation à l'autre, et cet autre va venir synchroniser les différents rythmes auxquels se trouve confronté le nourrisson, contribuant à structurer la mise en place du temps.

Rythme et nourrisson/enfant

Quand le bébé naît, il est totalement dépendant de son environnement pour vivre. C'est dans la relation à l'autre, et plus précisément dans les soins maternels qu'il va pouvoir se développer. La répétition des soins apportée par la mère va venir stabiliser l'enfant et soutenir l'établissement de son Moi. C'est à partir de là que se créent les premières interactions précoces entre le bébé et sa mère.

L'intersubjectivisation par le rythme

Le rythme constitue un des facteurs essentiels de l'accès à l'intersubjectivité qui mènera par la suite à la socialisation.

La rencontre intersubjective entre le bébé et sa mère ne dépend pas du son en lui-même mais du rythme dans l'échange, au travers des gestes, du regard, de la parole, du toucher, de l'écoute, etc.

NB : Ces échanges sont très importants, notamment avec les personnes âgées dépendantes, leur permettant alors de se situer en tant que sujet, inscrit dans une relation.

Les premières interactions du bébé avec sa mère, et leur déroulement, sont bâties sur le rythme qui s'inscrit dans la relation.

Le rythme dans les interactions précoces, différentes théories

On peut ici parler de la **théorie de l'attachement** de **John BOWLBY**, psychiatre et psychanalyste, pour qui les besoins fondamentaux du nouveau-né se situent au niveau des contacts physiques avec sa mère. C'est cet attachement primaire fondamental qui permet d'assurer une sécurité de base à l'enfant, grâce aux interactions qu'il entretient avec sa mère.

Selon **Bernard GOLSE**, l'expression des capacités du bébé est dépendante de la qualité de son environnement, et aussi de ses états neurophysiologiques changeant. Le bébé est intensément sensible aux rythmes, véritables canaux sensoriels susceptibles de générer ou brouiller les échanges interactionnels.

La rythmicité des interactions précoces entre la mère et son bébé va permettre par exemple à ce premier d'établir un portrait de sa mère, et de ressentir avant tout les aspects dynamiques de l'échange (réponse plus ou moins rapide, différée...).

Il est important de noter qu'il existe également un rythme du langage parlé. A ce titre, **Daniel STERN** a montré que le bébé est capable de percevoir de manière très fine, dès 4 mois, les rythmes du « mamanais » (le langage parlé au bébé avec une haute intonation et une prosodie exagérée). Toute cette rythmicité crée du mouvement, permettant au bébé de se détacher des structures fixes.

Dans les premiers mois de l'interaction mère/bébé, celle-ci va dans un premier temps venir imiter le comportement de son enfant. Puis, vers l'âge de neuf mois, la mère étend ses comportements et élabore cet **accordage affectif (D. STERN)**. Lorsque le bébé, par exemple, agite ses bras sur un certain rythme, la mère y répond par la voix en s'accordant et en modulant sa voix sur le même rythme que les mouvements de bras.

Rythme comme structurant l'image du corps

Pour **Geneviève HAAG**, l'importance des rythmes est un élément clé dans la genèse de la **construction et la constitution de l'image du corps**. En effet, c'est la répétition rythmée des expériences de nourrissage où se combinent le portage, l'enveloppement et l'interpénétration (bouche, sein, regard) qui est essentielle pour la constitution de cette image du corps.

G. HAAG parle de la **structure rythmique du premier contenant** : avant que le bébé puisse se représenter une enveloppe, qu'il ait le sentiment d'être enveloppé, il ne pourra préalablement que se sentir dans des rythmes, qui est déjà en soi un portage et qui donne le sentiment de soutien.

Rythme comme sécurité de base

Les interactions entre une mère et son enfant sont aussi régies par des séquences rythmiques. Elles participent également à la **sécurité de base**. **G. HAAG**, à travers cette structure rythmique du premier contenant, décrit les « boucles de retour » où l'enfant fait un mouvement « d'aller vers » puis fait l'expérience d'un retour vers soi mais qui diffère quelque peu de ce qu'il a projeté, le tout dans une rythmicité et une répétition qui vient soutenir la relation et renforce le sentiment de soi et l'image d'un axe corporel stable.

Ceci correspond aux offrandes de l'enfant à la mère par exemple, qu'il vient lui donner pour les reprendre ensuite. Ces boucles de retour témoignent d'une rythmicité dans la relation à l'autre et évoluent au service du développement de la personnalité propre.

Rythme constructeur de la pensée symbolique

D. MARCELLI a développé la notion de macrorhythmes et microrhythmes dans ses travaux sur l'émergence de la pensée chez le nourrisson. La rythmicité des événements va conduire l'enfant à différer ses besoins dans le temps, et elle sera la base sur laquelle l'activité de pensée symbolique se construira.

Dès les interactions précoces, la mère confronte le bébé aux petites surprises de microrhythmes s'exprimant sur le fond rassurant des macrorhythmes, organisateurs des soins.

C'est la rythmicité de l'alternance présence/absence de la mère (donc dans la relation à l'adulte), de leur répétition que la pensée va émerger chez le bébé dans les périodes de manque et d'attente. L'attente met en jeu la capacité du bébé à tolérer la frustration, et l'aide à investir la temporalité. Les ruptures, en alternance avec les présences permettent l'anticipation et la conscience d'un après, et un sentiment de continuité.

La mère « *fournit une adaptation au besoin suffisamment bonne (good enough)*»¹ en répondant de manière adaptée et rythmée aux demandes de l'enfant lui permettant ainsi de développer sa vie psychique et corporelle.

« *Une première perspective consiste donc à considérer le rythme comme constitutif d'une base de sécurité. La sécurité de base (...) suppose une rythmicité, une expérience rythmique* »².

Pour **BRAZELTON**, le rythme de ces interactions se fait essentiellement sur deux temps : un premier où la mère est avec son enfant, très attentive ; et un second temps de retrait qui permettrait l'intégration des traces mnésiques du premier temps. L'absence de l'objet après l'avoir éprouvé est alors pensée.

Dans notre pratique psychomotrice, la rythmicité de nos interventions va encourager les phénomènes d'attention et réciproquement, la mise en jeu des phénomènes d'attention va s'inscrire dans la rythmicité permettant par la suite au patient d'encourager ses capacités de représentation.

2. La musique

Définir la musique...tout un art ! Existante depuis la préhistoire, elle a accompagné toutes les sociétés depuis des millénaires, en s'y adaptant à chaque fois, et continue aujourd'hui d'être présente partout, tout le temps.

« *Cette propension à la musique [...] est si profondément enracinée dans notre humanité qu'on est tenté de la tenir pour innée...* »³

On retrouve cette notion de musique dans certaines légendes vieilles de plusieurs milliers d'années, mais les premières traces de théorie musicale proviendraient de Chine, environ dix siècles avant notre ère.

¹ D. WINNICOTT, La préoccupation maternelle primaire, De la pédiatrie à la psychanalyse, ed Payo, 1958, p. 289.

² A. CICCONE, La vie psychique du bébé – Emergence et construction intersubjective, ed Dunod, 2012, p. 127

³ O. SACKS, Musicophilia – La musique, le cerveau et nous, du Seuil, 2007, p. 10.

2.1 Quelques caractères physiques de la musique

Un son (une onde sonore) a quatre composantes fondamentales qui le caractérisent :

- **Le timbre** est la combinaison d'ondes donnant la qualité spécifique du son, sa couleur, indépendante des notions de hauteur, intensité et durée. Il permet de percevoir la nature matérielle du son, de la musique.
- **La durée** qui représente l'étalement du son dans le temps, c'est-à-dire le temps entre le début et la fin de la vibration. Ce temps peut être long, bref, et est étroitement lié au rythme.
- **L'intensité**, donnée physique mesurable, est caractérisée par le volume sonore. C'est l'amplitude de l'onde. Elle peut être douce, forte, et est liée à la puissance avec laquelle on joue d'un instrument ou au nombre d'instruments alors mis en jeu. C'est une notion subjective qui peut être perçue différemment de la réalité par un sujet.
- **La hauteur** correspond à la fréquence ou nombres de variations par seconde. Elle représente une sensation auditive plus ou moins aiguë en fonction du nombre de vibrations (plus il est important, plus le son est aigu).
- **Le tempo** (ou mouvement) correspond à la vitesse avec laquelle s'enchaînent les éléments sonores. Il peut être vif, rapide, médium ou lent. Il est fonction de la durée des sons.

Ainsi, la musique est l'art consistant à arranger et à ordonner ou désordonner sons et silences au cours du temps : le rythme est le support de cette combinaison dans le temps, la hauteur, celle de la combinaison dans les fréquences, « *elle est donc à la fois une création (une œuvre d'art), une représentation et aussi un mode de communication* ». Elle peut utiliser des objets divers, le corps, la voix, mais aussi des instruments de musique spécialement conçus, et de plus en plus tous les sons (concrets, de synthèses, abstraits, etc.).¹

¹ <http://fr.wikipedia.org/wiki/Musique>

À partir de cette brève définition, on peut déjà dégager les termes « création » en lien avec la créativité que je développerai dans une prochaine partie, « représentation » et « mode de communication », quand le langage oral n'est par exemple plus possible.

2.2 Une physiologie musicale

Le psychiatre et psychanalyste **Rolando Omar BENENZON** est à l'origine du principe de l'Iso ou de l'« identité sonore » (années 90) et le définit ainsi : « *le principe de l'ISO établit que les caractéristiques musicales doivent correspondre aux caractéristiques psychiques du patient...* »¹. Il faut alors pouvoir adapter le tempo musical au tempo intérieur de la personne pour éviter tout retrait ou indifférence de cette dernière. Le tempo d'une musique peut influencer directement les fréquences cardiaque et respiratoire de l'auditeur. Le tempo influence directement la vie végétative.

D'après une méthode élaborée dans les années 80 par le docteur **Léon BENCE** et le compositeur **Max MEREALUX**, la biomusicothérapie, il existerait une correspondance vibratoire entre les sons et les organes du corps humain. Ainsi, « *des fréquences spécifiques correspondant à des organes, des appareils et des fonctions du corps humain peuvent agir directement sur la physiologie de l'homme.* »²

Une même musique peut donc agir de manière différente sur les organes du corps humain, mais également sur certaines fonctions corporelles, à un niveau digestif, respiratoire, cardiaque, circulatoire, etc.

Il existe des manifestations corporelles particulières à l'écoute d'une musique telle que le frisson. Qui n'a jamais frissonné à un moment donné alors qu'il écoutait une musique ? Pour expliquer ce phénomène, une étude canadienne de neuro-imagerie, réalisée par **Anne BLOOD** et **Robert ZATORRE**, a pu mettre en lien que ce sont les mêmes zones cérébrales (« le circuit de la récompense » impliqué dans tous nos comportements) qui sont activées quand nous frissonnons, mangeons du chocolat, faisons l'amour par exemple. Ceci s'explique par l'effet direct de la musique sur la sécrétion d'endorphines agissant au niveau de ce circuit de récompense et de plaisir (celui-ci même qui est atteint lors de la dépression).

¹<http://tpe-musicotherapie.e-monsite.com/pages/le-son-et-l-homme/effets-du-son-et-de-la-musique-sur-l-organisme-humain.html>

² Ibid

Ecouter de la musique augmenterait le taux de sérotonine, neuromédiateur, favorisant des manifestations corporelles. De plus, cette écoute entraînerait une augmentation de la sécrétion de morphine ayant alors un effet tranquillisant et antalgique.

Quand nous entendons une musique, elle peut nous paraître agréable ou au contraire désagréable. Les structures cérébrales qui s'activeront alors seront différentes, entraînant des ressentis et des comportements spécifiques.

Par exemple, l'écoute d'une **musique désagréable** (propre à chacun) va venir activer les circuits de la peur situés au niveau de l'amygdale connectée avec les aires associatives, le thalamus, en outre, ce dernier qui intervient dans l'éveil, la vigilance et la protection. Ceci entraînera par voie de conséquence un phénomène de stress.

D'autre part, écouter une **musique agréable** tend à inhiber l'amygdale, ouvrant alors le champ aux émotions agréables et activant le cortex moteur primaire, ce qui explique cette tendance à vouloir bouger ou entrer en rythme corporellement avec la musique.

Au final, *« tout se passe comme si la musique plaisante entendue méritait d'être écoutée avec plus d'attention, retenue, imitée et chantée avec bonheur pour la plus grande satisfaction du circuit de récompense »*.¹

Malgré tous ces phénomènes physiologiques résultats de la musique, de son écoute, il ne faut pas oublier que la sensibilité à la musique reste propre à chaque individu, à son histoire, son éducation, sa culture...L'émotion ressentie s'en trouvera alors différente. Tout ce qui est de l'ordre de l'agréable, du triste, etc., restent des données très subjectives. Une musique qui sera relaxante pour soi ne le sera pas forcément pour un autre.

En utilisant la musique comme possible médiateur, il va alors falloir réussir à se placer à la fois d'un point de vue objectif, c'est-à-dire du côté des théorisations qui ont été faites à ce sujet, mais aussi d'un point de vue subjectif en tenant compte des réactions émotionnelles propres à chacun.

2.3 La musique : un voyage dans le temps

Evoquer la musique consisterait à prendre un chemin qui nous mènerait vers les symboles de son écriture à travers les notes de musique, mais également vers le sens qu'on accorde à ses valeurs affective et émotionnelle.

¹ Pierre LEMARQUIS, *Sérénade pour un cerveau musicien*, Ed Odile Jacob, 2009, p. 120.

A travers les âges et les cultures, la musique et son approche n'ont cessé de diverger, creusant des fossés de plus en plus profonds.

Ainsi, en Occident, on s'est efforcé, dans un souci d'authenticité, d'inscrire la musique dans une histoire qui la relierait à la mémoire du passé. Ceci s'est fait par le biais de l'écriture (sur des partitions notamment).

Tandis qu'en Afrique par exemple, la musique fait elle, plus appel à l'imaginaire, au mythe, à la magie, on parle de corporalité de la musique (à cet effet, il est facile d'observer tout le contraste entre une musique Africaine où les joueurs s'engagent corporellement et une musique occidentale essentiellement caractérisée par des musiciens figés, pour des orchestres par exemple).

Cependant, malgré ces fossés toujours plus importants, la musique fait danser et chanter les individus de toutes les cultures dans le monde, et ce, depuis que nos ancêtres se sont réunis autour des premiers feux.

Anthony STORR soutient dans *Music and the mind* que « *la musique remplit une fonction collective et communautaire dans toutes les sociétés en rapprochant et en unissant des individus* ». ¹

Cependant, aujourd'hui, évoquer la musique renvoie la plupart du temps à sa seule écoute passive. Ce rôle premier de la musique, celui de réunir les peuples, tend à disparaître de nos jours. De nos jours, c'est lors de concerts ou à l'église par exemple que la musique revêt sa tenue socialisante et redevient pour un temps une expérience commune.

Il est intéressant de noter que la musique n'a vraisemblablement pour l'homme, aucune fonction première d'adaptation. Elle ne nourrit pas, ne protège pas. Selon **Darwin**, dans *la Descendance de l'homme et la sélection sexuelle* : « *L'aptitude à produire des notes musicales, la jouissance qu'elles procurent, n'étant d'aucune utilité directe (...), nous pouvons ranger ces facultés parmi les plus mystérieuses dont l'homme soit doué* ». ² L'origine de la musique humaine est très difficile à cerner. Il n'y a pas de « centre de la musique » unique dans le cerveau.

Cependant il semblerait, au vue des nombreuses études qui lui ont été consacrées, qu'elle tienne un rôle essentiel dans la vie de l'être humain, ce dernier y étant extrêmement sensible.

¹ Cité par O. Sacks dans *Musicophilia – La musique, le cerveau et nous*, ed du Seuil, 2007, p. 324.

² Ibid, p. 10.

2.4 Développement de la perception auditive et de la musicalité

Les recherches neurophysiologiques de ces dernières années ont montré que le développement de l'audition du fœtus humain est achevé à 4 mois de vie intra-utérine. En revanche, la fonction auditive n'est pas encore entièrement achevée, les sons sont alors perçus comme des sensations auditives qui se transmettent par la voie des conceptions osseuses notamment. Dès le 6^e mois de vie intra-utérine, le fœtus répond aux bruits qu'il entend par des mouvements et peut s'habituer à un son en y réagissant de moins en moins.

Les sons de basses fréquences qui passent en particulier par le canal vestibulaire ralentissent l'activité du fœtus. Les sons de moyenne et haute fréquence stimulent cette dernière, c'est la raison pour laquelle la voix du père est souvent apaisante pour le bébé.

Si l'enfant très tôt capte les sons, on pense aussi que ces sons semblent laisser des traces dans la mémoire et cela constitue un authentique code sonore personnel qui contient la base entre autre du langage du futur enfant.

L'univers intra-utérin est donc un monde aussi sonore, sans contour précis, et qui est perçu par le psychisme du bébé encore immature.

Dès la naissance, l'enfant détecte la présence d'objets sonores. Il est sensible aux caractères rythmiques et mélodiques des séquences sonores. Très vite, un lien se crée entre vision et audition (la source sonore va orienter la tête et donc le regard). On est ici dans la construction d'une intermodalité.

Le monde sonore occupe une place prépondérante dans le développement de l'enfant. L'orientation par la force sonore va aussi contribuer petit à petit à construire l'espace. La non-identification d'un son ouvre alors les portes à l'imaginaire et à l'affectif.

L'audition a une fonction d'alerte et d'orientation induisant une modification posturale et tonique.

Le développement de la musicalité va se faire ensuite tout au long du développement de l'enfant, qui va passer chronologiquement par reproduire des bribes de chanson (2-3 ans), discriminer les hauteurs et reproduire des rythmes simples (4-5 ans), comparer les variations d'intensité (5-6 ans), améliorer ses réalisations rythmiques (8-9 ans)...

En vieillissant, l'individu perd en discrimination auditive, les fréquences aiguës sont moins bien perçues. La rythmique peut se fragiliser. Cependant, **la sensibilité à la musique, à son écoute, reste importante au moment de la vieillesse. Ce dernier point ouvre sur la question de l'utilisation d'une médiation autour du rythme et de la musique en psychomotricité avec des personnes âgées dépendantes.**

III- Musique et rythme comme médiateurs en psychomotricité

1. La médiation en psychomotricité

1.1 Une définition

*« Une médiation thérapeutique est une proposition de rencontre autour d'un objet d'investissement partageable et partagé ».*¹

Il existe une multitude de médiations utilisables par le psychomotricien, rendant toujours plus riche son métier. La médiation est ce qui sert d'intermédiaire entre soi et l'autre, c'est un espace entre soi et l'autre et un partage commun. Corporelle ou non, elle propose un espace « entre » et un objet commun à partager et à créer, sorte de témoin de la relation existante entre deux personnes ou entre les membres d'un groupe.

Entre des médiations autour du corps comme principal objet médiateur d'expression, et d'autres privilégiant les capacités de réalisation de ce corps plutôt que ses performances, le choix est large, mais non moins facile.

Dans un premier temps, le psychomotricien doit pouvoir se poser plusieurs questions avant d'utiliser une médiation. Qu'est-ce qui fait que cette dernière devient thérapeutique ? Pourquoi utiliser celle-ci plutôt qu'une autre ?

*« Ce sont les conditions de notre dispositif – qu'elles soient du côté du cadre et de nos moyens d'action ou qu'elles soient du côté de la pensée sur notre travail d'élaboration théorico-clinique – qui garantiront que ce qui s'engage entre le psychomotricien et le patient devienne suffisamment investi pour qu'il y ait véritable processus de soin. »*²

¹ C. Potel, *Psychomotricité, entre théorie et pratique*, ed In Press, 2000.

² C. Potel, *Introduction aux médiations psychomotrices*, cours Salpêtrière.

Le médiateur doit être questionné par rapport au patient avec lequel on va travailler et il faut pour soi s'y sentir à l'aise. Cependant, il va falloir tenir compte du fait que la personne en souffrance psychique, qui bénéficiera de la médiation que l'on aura choisie, va de toute évidence venir la désacraliser de manière assez violente, d'où cette prise de risque de choisir une médiation dans laquelle on est très investi. Il faut que l'on se sente bien dans l'espace choisi, que le cadre nous convienne. Il faut minimiser la nécessité technique le plus possible.

Dans un premier, c'est alors une alliance thérapeutique qui va se tisser petit à petit autour de ce médiateur et qui s'organisera ensuite autour du projet thérapeutique du patient.

« Le médiateur suscite des instants privilégiés suspendus dans l'espace d'un temps donné qui n'est ni présent, ni passé, ni futur, mais un peu de tout cela »¹.

2. Pourquoi ce choix de la musique et du rythme en psychomotricité ?

Il est primordial que le médiateur choisi par le psychomotricien soit adapté à la situation et pleinement investi par ce dernier.

La musique et le rythme, en tant que médiateur, constituent des supports précieux à la construction psychique et à l'analyse relationnelle. Comme dans toute médiation, jouer des sons, à travers la voix ou les instruments, vient offrir un support matériel à ce travail psychique comme intermédiaire pour toucher et être touché.

2.1 La musique : entre mouvement et langage

La spécificité de la musique est qu'elle se déroule dans l'instant, elle implique le corps, mais avec des réserves, elle est donc plus sécurisante qu'une autre forme d'art tel que le théâtre par exemple. Elle constitue l'art qui exige le moins de technique, puisque même sans en avoir jamais pratiqué, il est possible de tirer des sons satisfaisants d'instruments.

Elle est très en lien avec la dimension non verbale et donne forme aux aspects non verbaux d'une expérience thérapeutique que l'on peut donc plus facilement reconnaître.

¹ Y. STAHAN, La personne âgée en art-thérapie – De l'expression au lien social, ed l'Harmattan, 2004, p. 31

La musique est mouvement

La personne âgée connaît une diminution de sa capacité à se mouvoir, elle est plus lente dans ses déplacements, sa gestualité... Ecouter ou jouer de la musique incite au mouvement, permettant d'exprimer les états d'âme. Elle peut apaiser, secouer, réveiller, parfois déranger voire agresser par son rythme, sa coloration mélodique, ses timbres, la façon dont elle est interprétée. Le mouvement mobilise le milieu intérieur et extérieur de chacun, **il peut soulager de l'anxiété** et faire disparaître des tensions intérieures ; cette anxiété que l'on retrouve très souvent chez les personnes âgées dépendantes ! Le mouvement déclenche une expérience musculaire et respiratoire, une perception polysensorielle du monde extérieur, elle « entraîne » la mémoire procédurale (mémoire motrice automatique). **Ce mouvement modifie les relations aux autres de par l'expression qu'il entraîne et permet de comprendre le sens du mouvement des autres, donc comprendre un langage non verbal et ainsi mieux investir une relation.**

La musique est un langage universel

Entre verbalisation et symbolisation, elle représente un très bon moyen de s'exprimer, de communiquer et d'échanger, le chant en serait la forme finalisée. La musique offre une structure et un espace d'expression pour accueillir et représenter les relations simultanées d'un individu avec son semblable. Elle est au fondement même de l'être ensemble.

2.2 Effets de la musique sur la personne âgée dépendante

Face à une population de personnes âgées dépendantes, j'ai décidé d'utiliser le rythme et la musique comme médiateur. Pourquoi ?

Là où une médiation corporelle viendrait susciter une grande proximité avec l'autre, pouvant poser problème avec la personne âgée (de par une certaine éducation, la question de la douleur, le désinvestissement,...), la musique et le rythme, davantage comme médiateurs de l'expression et de la réalisation, vont permettre de « toucher » l'autre tout en gardant suffisamment de distance.

La musique aide à l'éducation, à la mémorisation. En rééducation motrice, une musique rythmée est à la fois entraînante et prévisible. Elle permet d'apprendre et réapprendre à coordonner nos mouvements.

Sur un plan neurologique, la musique fait appel à toutes les parties du cerveau et favorise la communication inter et intra-hémisphérique.

A travers la musique, l'exploration, l'expression de soi, la communication non verbale seront facilitées. Ecouter une musique familière agit comme une sorte de mémoire proustienne qui rappelle alors des émotions et associations depuis longtemps oubliées. Des souvenirs reviennent, des pensées resurgissent, des corps endormis peuvent se réanimer ; d'où l'intérêt d'utiliser cette médiation auprès de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Musique et émotion

« *L'émotion est au cœur de la musique* »¹.

En psychomotricité, les émotions et l'affectivité (ensemble des émotions et sentiments) occupent une place prépondérante. Le psychomotricien, va chercher à éveiller les émotions du sujet, il les accueille, les contient pour aller progressivement vers la symbolisation. Dans la question du lien psyché-soma, chaque émotion ou affect va venir influencer sur l'ensemble des manifestations motrices, posturales et psychiques. Les émotions permettent de s'adapter à l'environnement et aux comportements d'autrui. Il est alors essentiel dans notre pratique psychomotrice d'intégrer les affects de la personne âgée, de les réveiller pour (re)donner du sens à sa vie, avec le souci qu'elle les exprime, les verbalise (y mettre des mots) pour l'aider à se penser.

La musique est le produit de nos émotions et également productrice d'émotions. La perception de la musique et les émotions qu'elle peut faire surgir ne dépendent pas de la mémoire uniquement, et la musique n'a pas besoin d'être familière pour avoir un impact émotionnel.

Dans la maladie d'Alzheimer, outre la dégradation progressive du langage verbal, de certaines formes de mémoire, et des capacités exécutives, on observe une persistance de la mémoire implicite, de la vie émotionnelle et relationnelle.

Faire entendre à une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer une musique, une chanson, dont les contenus et les charges émotionnelles spécifiques rappellent des souvenirs personnels et provoquent des réactions individuelles, peut l'inciter à participer à l'activité que l'on souhaite proposer. Quand bien même le stade de la maladie est avancé et que les souvenirs et réactions sont plus difficiles à solliciter, certains survivent toujours, notamment les souvenirs moteurs et les réactions motrices qui sont associés à la chanson.

¹ C. DEBUSSY, cité par LEJEUNE dans *Musique, mouvement et maladie d'Alzheimer*, ed Solal, 2011, p. 37

La musique renvoie à des images et des événements de vie, au plaisir d'une époque, des signes en rapport avec l'identité sonore et musicale de la personne.

Mr L, à l'écoute d'une musique de Ray Charles (Hit the road Jack), s'est rapidement mis à claquer des doigts en rythme, à taper du pied et même bouger ses jambes comme s'il s'apprêtait à danser. Et même s'il ne se rappelait, ni du nom de la chanson, ni de son compositeur, c'est un peu la parole qui prend corps, le souvenir lié à la musique se réactualise.

Face à une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, qui tantôt peut ne rien ressentir, tantôt se voir submergée par ses émotions, ses douleurs, sa souffrance ; la musique, le rythme, une mélodie, peuvent constituer un puissant régulateur de sa vie émotionnelle. Mais il faut cependant faire attention, les émotions et les sentiments entraînent parfois de profondes résonances (de l'angoisse peut surgir à tout moment).

C'est ainsi que Mr M., en écoutant un extrait d'une chanson, s'est remémoré une situation avec sa femme avec laquelle il lui arrivait d'écouter de la musique, le plongeant dans une sorte de mélancolie du passé, par les émotions que cette chanson a pu entraîner chez lui à ce moment-là.

En outre, « *une voix qui résonne, un rythme qui entraîne, un instrument de musique qui fait vibrer, peuvent éveiller en lui (la personne alzheimerienne) des souvenirs vifs, agréables, parfois bouleversants* »¹. Il faut également tenir compte des silences, des attentes, des échos et résonances qui existent dans la musique et qui vont venir éveiller les émotions, qui peuvent alors apaiser et relaxer.

2.3 Le rythme musical

Il constitue une composante de la musique, qui, associé à la mélodie, caractérise toute musique existante. On parle à ce titre de « rythme musical ».

¹ LEJEUNE, DESANA, DUCLOY, Musique, mouvement et maladie d'Alzheimer, ed Solal, 2011, p. 44

En psychomotricité, la place laissée au rythme est importante. Il suffit de s'arrêter sur les items de bilans psychomoteurs destinés à apprécier le rythme d'un sujet, pratiquement indissociable de la notion du temps, on trouve alors, entre autre, les épreuves de **Marthe VYL** (perception temps vitesse ; comparaison de durée), de **Mira STAMBAK** (reproduction de structures rythmiques ; symbolisme), de **Giselle SOUBIRAN** (rythmes frappés, marchés, de mémoire)...

Le rythme est central dans la structuration du mouvement, il est une aide nécessaire voire indispensable à l'organisation du geste. En effet, on mémorise et on apprend grâce aux répétitions et reproductions. Entendre ou jouer un rythme musical permet de s'inscrire corporellement dans un mouvement, une production. La répétition de sa structure servira à ce moment à donner un repère.

« Utiliser le rythme de la musique, c'est replacer l'individu dans un temps qui lui est propre, lui redonner les clefs de sa temporalité, dont il sera acteur grâce au mouvement »¹

La mélodie donne de la couleur et de la nuance à ce rythme musical et est en lien avec les émotions, les sentiments. C'est pourquoi, accordé au rythme, l'espace donné offre une possibilité d'exprimer des sensations internes, des représentations imaginaires.

En psychomotricité, plusieurs grands axes d'investigation peuvent être visités à travers la musique et notamment le rythme : **structuration du mouvement** comme vu plus haut, **organisation des gestes, aide à l'expression, la communication, les coordinations**, et également le **repérage, la structuration et l'organisation dans le temps et l'espace** (avec comme maître mot la temporalité).

En effet, c'est au travers des structures rythmiques, des répétitions constituant un cycle, de la vitesse, durée, cadence, période, que l'on va interroger les notions spatio-temporelles.

L'écoute d'un rythme devient une écoute active et motrice. D'auditeur, on devient participant ; cerveaux et esprits se synchronisent, tout comme les « cœurs » dans la mesure où l'émotion est inséparable de la musique. Il est quasiment impossible de rester assez détaché pour résister à l'attraction du rythme des percussions, du chant, de la danse. Ce pouvoir quasi irrésistible du rythme se retrouve par exemple dans la marche où il entraîne et coordonne à la fois. Il a cette double capacité de « mouvoir » et d'« émouvoir » (rythme, mouvement et émotion étant très intriqués).

¹ M. MERCE, mémoire Des résonnances pour s'éveiller de la dépression – Rencontre entre le médiateur musique et le sujet âgé déprimé, 2010.

Alors que j'effectuais une démonstration de body music (percussion corporelle) à Mr L dans sa chambre, ce dernier, qui n'avait jamais vu ou entendu cette forme de rythme, ne pu s'empêcher de m'accompagner en marquant d'un mouvement de tête chaque pulsation, abordant un léger sourire, et ne me regardant pas moi, mais mes mains qui frappaient l'ensemble de mon corps. Il a participé en quelque sorte à cette production et fini par me dire : « c'est entraînant mais trop difficile pour moi ! ».

Il est très fréquent que les personnes âgées subissent des pertes d'audition avec le temps, pouvant freiner une prise en soin avec la musique comme médiateur. Toutefois, elles percevraient toujours certaines fréquences par l'oreille ou la vibration (voire une combinaison entre les deux). C'est pourquoi il semble intéressant d'utiliser des percussions, notamment les djembés au fort pouvoir de vibration, qui viendront résonner dans les corps.

A ce titre, Mr G, qui a des problèmes d'audition mais qui ne souhaite pas porter d'appareil auditif, a souvent du mal à bien entendre ce qu'on lui dit, nous obligeant alors à parler plus fort et plus distinctement. Cependant, au sein de l'atelier rythme, il ne connaîtra aucune difficulté à identifier les sons des percussions, les comparer, il fera parfois même preuve d'une certaine précision dans la distinction des sons. A ce moment, j'en conclus qu'au-delà de ses problèmes auditifs, c'est très certainement son intérêt porté sur ces instruments et les vibrations qu'ils produisent qui aident Mr G dans sa capacité d'écoute et d'attention.

Un des avantages que l'on peut trouver à utiliser des instruments de type percussion sans forcément avoir besoin de la mélodie d'une guitare par exemple est que « *la percussion s'adresse aux strates les plus fondamentales – sous-corticales – du cerveau. A ce niveau purement physique ou corporel [...] la musique n'a besoin ni d'être mélodieuse, ni d'avoir le même contenu ou de charrier les mêmes affects qu'une chanson : elle doit seulement être rythmée* ». ¹ Le rythme, à ce moment, nous enracine à nouveau dans notre corps.

¹ O. SACKS, *Musicophilia – La musique, le cerveau et nous*, ed du Seuil, 2007, p.

Ainsi, la médiation musique avec ses instruments, et ici, les percussions, donc le rythme, constitue « *un bon moyen de rendre compte des capacités de repérage, d'adaptation et de synchronisation au temps de l'autre. C'est une médiation qui permet de développer les aptitudes perceptives, de favoriser l'écoute, le phénomène d'anticipation, de solliciter l'intégration des processus de repérage temporel en éveillant la conscience de la durée et de la succession des événements avec dynamisme et intérêt* »¹.

Il faut donc pour le psychomotricien pouvoir s'adapter aux différentes pathologies rencontrées, développer des médiations de travail (qui s'appuient sur des techniques, qui, seules, ne seront pas suffisantes) qui vont lui demander une qualité d'écoute, une disponibilité et une **créativité** indispensables (si chères à **D. WINNICOTT**, au profit de l'expression humaine).

2.4 Une médiation comme ouverture à la créativité

Il est généralement admis, et malheureusement, que vieillir rime bien souvent avec maladie, isolement, perte d'élan et de créativité. Certes nous nous heurtons, avec la personne âgée, à des difficultés qui vont osciller entre le neurologique, le psychiatrique, le somatique, mais accompagner ces personnes en tentant de restaurer leur potentiel créatif par exemple peut surprendre par le bien-être et le mieux-être que cela leur apporte.

Dans un contexte récent où l'intérêt pour la gériatrie et la gérontologie connaît un essor considérable, peu d'auteurs, et donc peu d'ouvrages, se sont intéressés à l'aspect de la créativité (et de l'art-thérapie) chez les sujets âgés. Pourtant, il existe chez eux « *une pulsion créatrice et un processus créateur résistant à toutes les turpitudes de la vie, à condition de rencontrer un ou des tiers pour identifier, mobiliser, accueillir, enrichir et respecter cette dynamique de vie* »².

De part l'élan vital que la musique et le rythme peuvent faire naître en chacun de nous, j'ai choisi de les utiliser au service de cette créativité, importante à mes yeux, pour tenter de restaurer un bien-être chez ces personnes âgées.

La musique, le rythme, permettent de donner de soi, d'exprimer, et de prendre du plaisir.

¹ A. PIJULET, Le psychomotricien et la musicothérapie, Evolutions psychomotrices, Vol. 22, n°87, 2010

² J-L. SUDRE, La personne âgée en art-thérapie – De l'expression au lien social, ed l'Harmattan, 2004, p. 18

A ce titre, j'ai décidé de toujours commencer mon atelier rythme en (re)posant à chaque fois le contexte dans lequel il se déroule, et en expliquant qu'il a pour principal objectif de prendre du plaisir. Une phrase qui peut paraître banale à entendre mais j'ai compris tout l'impact qu'elle a pu avoir sur les attentes et l'approche de cet atelier de la part des différents participants (point que je développerai dans la partie clinique).

La création est possible à partir de qui et ce que nous sommes, c'est-à-dire notre corps : taper rythmiquement des structures rythmiques avec nos mains, nos pieds, sur différentes parties de celui-ci ou sur des percussions par exemple ; notre voix : expérimenter des sons, créer des associations...cela nécessite d'être attentif à soi-même et de prendre en compte les différents vécus et expériences de chacun.

Je me rappelle d'une proposition d'éveil corporel que j'ai faite un jour au début de l'atelier (dans les premières séances de l'année) qui consistait à venir stimuler différentes parties du corps (le torse, les membres, le visage...). Au moment de frotter son torse avec les mains (comme je le fais moi aussi à ce moment), Mr M. connaît une grande difficulté dans l'exécution de ses gestes, il semble perdu, il regarde au loin, ses mains restant figées, posées sur son torse, sans mouvement. Je comprends alors que Mr M. rencontre des difficultés avec ma consigne qui lui évoque quelque chose de l'ordre de la caresse, du sexuel semble entrer en jeu. C'est pourquoi dans les séances qui suivront, je continuerai de proposer ce moment d'éveil corporel, mais en y associant des frappes plus viriles, auxquelles Mr M adhèrera sans difficulté.

Avec la musique et le rythme, la création, l'improvisation est difficile de par les angoisses qu'elle peut susciter. En effet : « *le véritable problème que pose la création artistique réside dans l'impossibilité de penser d'avance son résultat* »¹.

¹ C. LEVI-STRAUSS, Anthropologie structurale, ed Plon, 1973

La créativité peut donc consister à se confronter à la nouveauté, à ce qui n'est pas contrôlé, maîtrisé par soi. C'est aussi s'exposer aux yeux des autres, situation parfois difficile pour certaines personnes.

Mr M. n'arrive pas à jouer une structure rythmique, il dit se sentir inutile, et donc qu'il ne faut pas s'occuper de lui parce-que « l'autre (Mr G.) lui y arrive et qu'il va finir par s'ennuyer ... ». Mr M. expose en quelque sorte aux yeux des autres ses difficultés, il les projette à l'extérieur. En d'autres mots, c'est déposer une partie de soi sur un objet extérieur. Ceci nous montre toute l'importance de s'ajuster en tant que psychomotricien aux possibilités des personnes afin que chacun trouve sa place et puisse se sentir valorisé dans le groupe.

La musique peut donc être vue comme un support de projection mettant en relation le dedans et le dehors. Dans le cas d'un cadre suffisamment sécurisant, permettant d'entrer dans la symbolisation et la création, des sensations internes seront projetées à l'extérieur et des expériences externes seront intériorisées.

La créativité est l'expression de l'identité. Le processus de création peut être difficile pour une personne âgée. En effet, là où l'enfant, très imaginatif, n'a pas encore subi le poids de la société, du jugement d'autrui, etc., la personne âgée, elle, de par son passé, a été ou est encore sous l'emprise de l'inhibition, des tabous, freinant sa créativité. C'est pourquoi il est important, en tant que psychomotricien dans un atelier, de ne pas juger ce qui est fait, pour que les résidents se sentent en confiance. A ce moment, **la créativité permettra une valorisation de l'estime de soi et viendra renforcer l'identité.** C'est dans la confiance que l'homme peut créer, et c'est par le jeu qu'il sera capable d'être créatif et utiliser sa personnalité toute entière. Créer, c'est aussi montrer une part de nous-mêmes. On peut se surprendre à communiquer une part de soi, de sa problématique. Le travail à travers la musique et le rythme peut avoir pour objectif d'affirmer sa personnalité, en consolidant un moi parfois fragile. De par des capacités que peut (re)découvrir le sujet, il va se trouver lui-même valorisé dans sa propre image.

Il faut pouvoir se saisir de certaines difficultés des personnes âgées comme la perte de mémoire dans un travail de création. Ouvrir des espaces de créativité peut permettre de compenser voire dépasser des difficultés psychiques et somatiques.

Pendant l'atelier, mes hésitations, mes tâtonnements dont sont témoins les personnes âgées peuvent potentiellement venir sécuriser ces dernières et faciliter leurs expressions, avec cette idée de non performance et d'avoir peur de rater quelque chose. L'atelier peut venir sortir ces personnes d'une routine institutionnelle, entre soins et repas, et remettre à jour une certaine indépendance, indispensable au sentiment de liberté qui peut faire défaut. C'est de cette dernière que la création peut « prendre son envol ».

Transmettre son enthousiasme va peut-être favoriser une interaction avec le patient du côté du transfert et une expression créatrice, réconciliant la personne avec son environnement.

Par la musique, le psychomotricien recherche à mobiliser des ressources parfois ignorées, notamment la sensibilité et la créativité, dans un souci d'améliorer la qualité de vie.

« Dans les thérapies à médiations, l'enjeu se décale de la compétence. C'est la relation et la communication – organisées par la médiation et dont la forme et le contenu dépendent de la médiation – qui vont être le premier des objectifs [...] la médiation est un intermédiaire qui va coder la relation »¹.

Ainsi, on a vu jusqu'à présent que la musique et le rythme constituent un médiateur intéressant pour éveiller des émotions, des affects, pour entrer en mouvement, coordonner et adapter ses gestes, pour mémoriser, mais également pour s'ouvrir à la créativité et exprimer par ce biais une part de son identité.

Mais c'est surtout dans leur aide à la relation et à la communication que la musique et le rythme me semblent constituer un excellent médiateur en psychomotricité.

¹ C. POTEI, *Etre psychomotricien – un métier du présent, un métier d'avenir*, ed Erès, Toulouse, 2010, p.317-318

3. Musique et rythme au service de la relation en psychomotricité

3.1 Un détour historique de la notion de relation

F-A. MESMER, médecin du 18^e siècle, parle dans un premier temps de fluide magnétique comme énergie spécifique reliant les êtres humains entre eux par l'intermédiaire duquel il est possible de provoquer des modifications psychiques et somatiques.

Pour la première fois, les phénomènes relationnels sont définis comme objet d'investigation dans une relation thérapeutique.

PUYSEGURE viendra contredire cette notion de fluide, l'efficacité du médecin pour lui reposera sur une attitude faite de cordialité et d'amour. La relation se fera dans un seul sens.

La relation thérapeutique en psychomotricité prend naissance avec l'enfant de l'Aveyron et sa rééducation, prémisses d'une rééducation psychomotrice voire thérapeutique. **GUILMAIN** parle en 1935 de rééducation psycho-motrice, **AJURIAGUERRA**, en 1959, lui préfère le terme de thérapie psychomotrice (aspect essentiellement rééducatif et pédagogique au détriment de la subjectivité). Ce sont la phénoménologie et la psychanalyse qui vont venir soulever la question de la relation en psychomotricité.

La relation en psychomotricité ramène la dimension éducative et rééducative dans le giron de la relation thérapeutique. La marge entre thérapie et rééducation est parfois peu importante sur le plan concret comme sur la façon de faire. Une des différences va reposer sur l'importance donnée au lien relationnel (et sa prise en compte dans les processus) : ce lien qui dans le cas de la thérapie se retrouve au cœur même du processus thérapeutique, et qui dans le cas de la rééducation, engendrera un support de mise en confiance et de revalorisation (au service des apprentissages). Les rééducations peuvent se fonder sur la confiance entre le patient et le thérapeute, néanmoins, ce lien ne constitue pas son outil principal de travail (alors socle du travail dans les thérapies).

C'est avec ce mouvement que l'approche en psychomotricité va se caractériser par une implication active, corporelle et motrice du psychomotricien dont l'accompagnement se fait à travers une écoute corporelle et verbale (dialogue tonique). On est alors au cœur d'une rencontre de l'ordre de l'intime où ce sont les qualités du regard, des tonalités de la voix, la musicalité des paroles, le toucher, les gestes, le tonus, la bienveillance,... qui vont induire une relation transférentielle et contre-transférentielle particulière.

Ainsi, « *de même que l'enfant éduque sa mère à devenir son éducatrice, de même le patient apprend peu à peu au thérapeute les voies par lesquelles il ne peut pas ne pas passer sous peine d'inefficacité...* »¹

3.2 La relation dans le développement de l'enfant

Dès la conception, l'individu est un être en relation. Commence alors toute la construction de l'appareil psychique, avec des liens permanents entre le corps, le mouvement et la pensée. D'une motricité réflexe, le nourrisson passe à une motricité volontaire, se situant d'emblée dans une dimension relationnelle.

Le corps constitue un lieu de décharge tensionnelle, il permet de s'exprimer et de se faire comprendre. Petit à petit, l'évolution psychomotrice va permettre la maîtrise du corps propre, de l'espace environnant, la manipulation, avec des échanges permanents entre ce qui est soi et ce qui n'est pas soi.

Le corps se retrouve alors être à la fois un instrument d'autonomisation et de relation, sous-tendu par une rythmicité, résultats du rythme personnel (respiration,...) et celui lié aux soins continus ou discontinus portés par la mère.

Schéma corporel et relation

En lien avec ce corps, il me paraît important de parler de la notion de schéma corporel qu'Ajuriaguerra définit selon trois niveaux : le corps vécu (référentiel postural pour une organisation gestuelle adaptée), le corps perçu (le corps senti) et le corps connu (représentation du corps d'un point de vue cognitif). Le schéma corporel tient un rôle important dans le processus de relation. En effet, il fait le lien entre trois niveaux qui sont eux même en constante interaction : la relation à soi, la relation à l'environnement et aux objets, la relation à autrui.

A ce titre, **WALLON** disait que « *le schéma corporel est un tout dynamique qui peut varier avec les rapports de l'être vis-à-vis de soi-même et vis-à-vis d'autrui et à l'égard des objets* ». ²

¹ F. ROUSTANG, *Influence*, ed Minit, Paris, 1990, p. 168

² Evolution Psychomotrice – Schéma corporel et image du corps, 2001, n°51, vol. 13.

Quand ce schéma corporel est mal structuré, flou, ceci entraîne un déficit de la relation du sujet avec le monde extérieur, se traduisant sur le plan de la perception, par un déficit de la structuration spatio-temporelle ; de la motricité, par de la maladresse, des incoordinations et attitudes mal adaptées ; de la relation à autrui. Dans ce dernier cas, le sujet n'est pas en sécurité dans un environnement mouvant, alors à l'origine de perturbations affectives troublant les relations à autrui.

Aujourd'hui, dans les institutions, à l'heure où il est demandé aux professionnels d'être toujours plus efficaces, rentables, performants, les qualités relationnelles s'en trouvent de plus en plus affectées. L'individu âgé connaît une déstructuration de son schéma corporel par la douleur qu'il ressent, par la rupture avec ses habitudes de vie et une perte des repères habituels. Il peut parfois être privé de mouvement, de stimulation sensorielle, donc de ce qui entretient et remanie les données du schéma corporel. Si ce dernier est perturbé, cela impactera à tous les niveaux (cognitif, moteur, émotionnel) et sur tous les plans (relation à soi, à l'environnement, à autrui).

La relation est première dans un travail auprès de patients, et c'est cette évidence qui est sur le point d'être oubliée de nos jours.

« Pour qu'il y ait relation, il faut toujours qu'il y ait interaction de deux subjectivités. On pourrait dire qu'il y ait rencontre de deux désirs : celui de soigner et celui de guérir »¹

3.3 La psychomotricité relationnelle

Le terme de relation en psychomotricité prendrait origine au sein d'une évidence, à savoir que « l'application d'une technique s'opère dans une situation où deux subjectivités communiquent et s'affrontent »², on parle alors de relation.

La psychomotricité est une pratique qui s'affirme clairement située dans le champ du soin et de la relation.

Pour SAMI-ALI, professeur de psychologie clinique, cette relation concerne aussi bien le psychique que le somatique. Sa théorie relationnelle a ouvert une dimension humaniste à la psychomotricité autant qu'un cadre théorico-clinique.

En tant que professionnel, il nous est demandé de pouvoir entreprendre une distanciation entre notre propre corps empli de sensations, perceptions, affects, et notre corps dans la relation

¹ E. ZARIFIAN, *La force de guérir*, ed Odile Jacob, Paris, 1999, p. 126

² SAMI-ALI M. *et al.*, *La psychomotricité relationnelle*, EDK, 2012, p. 7

thérapeutique (qui peut être qualifié de « canal de médiation » ou « miroir du patient »). Ce qui est à la base de la thérapie psychomotrice, c'est le corps en relation.

Dans la relation thérapeutique, le psychomotricien observe, ressent, il est attentif à ses ressentis et aux manifestations de son patient. Quand bien même celui-ci se tait, une apparente non-communication reste un message qu'il faut pouvoir observer.

Il faut, je pense, oser être aussi libre qu'il nous est possible dans l'accueil de l'autre, pour peut être lui permettre de le devenir à son tour.

SAMI-ALI définit la relation selon quatre paramètres : le rêve (l'imaginaire), l'affect, le temps et l'espace, tous déterminant le développement de l'être et ses possibilités de progrès. Quand le sujet ne va pas bien, ce sont ces quatre dimensions de la relation qui se voient touchées. Par exemple, une perte des repères temporels peut se réduire à un présent répétitif ; un espace qui se fige ne laisse plus aucune possibilité créatrice.

C'est pourquoi, notre « bonjour » destiné aux résidents, aussi simple soit-il, s'il est teinté de douceur, joie, bienveillance, contribuera j'en suis convaincu, à adoucir une possible angoisse, une peur de l'avenir, de la colère,...

Je me rappelle le premier jour où j'ai rencontré Mme M. dans les couloirs de l'EHPAD, alors que je la saluais en lui serrant la main et en souriant, cette dernière s'exprima : « bonjour Mr ! Qu'est-ce que ça fait plaisir de vous voir sourire comme ça, et puis vous avez les mains chaudes, c'est agréable ! », abordant elle aussi un large sourire. J'apprenais un peu plus tard qu'elle souffrait de troubles de la mémoire entraînant une grande désorientation spatiale et une profonde tristesse. Ce « bonjour », aussi simple fut-il, contribua probablement à adoucir son quotidien, du moins pour ce temps là de notre rencontre.

En tant que psychomotricien, il est important d'être suffisamment disponible pour accompagner tout ce qui peut se dire ou faire, ceci ne signifiant pas accepter n'importe quoi ! Il s'agit de s'abandonner au mouvement de la séance, prendre appui sur l'incertitude, accueillir la surprise, notre corps participant tout autant de cette réceptivité.

Ainsi, en psychomotricité, la question de l'être en relation est au premier plan, avec ses fondements psychocorporels, la temporalité en lien avec l'espace, tout ceci définissant notre qualité d'être au monde, à travers le schéma corporel et l'image du corps.

De plus, j'ajouterai pour compléter mes propos cette citation de **Mr JOLIVET** : « *tonus et motricité participent à l'organisation relationnelle* »¹, créant la relation en même temps qu'ils en sont le résultat.

Il est important de ne pas passer à côté des interactions que le patient peut entretenir avec son environnement qui peuvent maintenir ses problématiques. Il s'agit alors de ne pas le considérer comme un individu isolé (on se base en quelque sorte sur le modèle systémique en considérant le contexte familial).

C'est le cas de Mme G, qui est entrée à l'EHPAD en janvier 2012 à la suite d'un accident vasculaire cérébral entraînant un déficit de l'hémicorps droit (sans trouble de la sensibilité) et une aphasie d'expression. A son entrée, elle n'est pas du tout consentante et connaît de grandes difficultés à réguler ses émotions. Il est alors décidé pour elle une prise en soin en psychomotricité à raison d'une séance hebdomadaire, en lien avec ses troubles de la régulation émotionnelle. En séance, je m'aperçois que son degré d'aphasie est très fortement lié à son état émotionnel (tristesse, colère,...). Cependant, j'apprends également qu'elle entretient des rapports conflictuels avec ses enfants qui viennent la voir de temps en temps à l'EHPAD. Il me faut de toute évidence tenir compte de cette situation familiale tendue qui attriste Mme G.

La musique peut aider des personnes isolées à se lier à autrui, renforcer leur ancrage communautaire. Il n'y a pas besoin de savoir jouer de la musique, « *le sujet reçoit la musique de quelqu'un qui la vit aussi et lui transmet une charge affective à travers sons, mélodies, rythmes et harmonies. Il s'établit alors une communication facilement compréhensible, sans aucune connaissance musicale* »².

En tant que langage universel, la musique stimule la communication et permet l'ouverture aux autres. Elle favorise la conscience de soi, les échanges, l'expression.

¹ Cité par F. JOLY dans l'article Le développement psychomoteur : un paradigme pour la psychopathologie du xxie siècle

² M-T FAUVEL, Le bilan de Marthe Vyl, un examen de psychomotricité, ed Masson, 1995

Dans le cadre de mon stage en EHPAD, c'est bien l'isolement des personnes âgées qui m'est apparu le plus significatif. Cet isolement, comme « *mise à distance d'autrui, avec des difficultés d'échange et de communication* »¹, constitue l'un des champs d'actions principaux du travail avec la musique. A travers elle, on va tenter d'ouvrir les canaux de communication et pouvoir investir les relations.

La musique constitue donc une source d'échange, d'ouverture et de socialisation pour la personne âgée.

La musique et le rythme comme aire transitionnelle

« *La musique permet d'articuler le passage de soi à soi et de soi à l'autre dans une triple rencontre avec l'autre, soi-même et l'objet* »².

C'est par l'expérience sensorielle qu'une interaction naît. En utilisant la musique et le rythme, on va faire naître des interactions ludiques qui vont structurer un espace relationnel, au sein duquel va se jouer la rencontre, au sein duquel également on va créer ensemble. Cet espace potentiel est alors un lieu de création (on suscite la créativité) où tout peut être joué et rejoué. Comme **D. WINNICOTT** le pensait, il faut que le psychomotricien joue lui aussi avec les patients pour qu'existe cette relation thérapeutique, d'où mon implication dans le jeu à chacune des séances de l'atelier. Il se construit alors un véritable partage à partir d'un même vécu, celui du rythme.

L'indispensable empathie

Indispensable pour comprendre autrui, cette notion s'appuie sur le vécu corporel et sensible du psychomotricien.

Etre empathique, c'est comprendre par exemple la détresse d'un sujet sans la partager (à différencier de la sympathie où il y a partage, donc jugement). L'empathie est une compétence interpersonnelle nécessitant un ensemble d'aptitudes intrapersonnelles. Elle permet une bonne écoute, compréhension et guidance.

¹ M. LAPEYRE, Musicothérapie : relation à soi, communications avec autrui, ed du non verbal/A.M.Bx, Parempuyre, 2007

² F. FAUCONNIER, J. BERTRAND, « Musicothérapie expérimentale : harmonies et différences » Pour un décloisonnement de la psychiatrie, *Cahiers de psychologie clinique*, 2001/2 no 17, p. 241-250.

Eprouver de l'empathie crée un climat de confiance, facilite l'expression du patient, évite de générer soi-même des obstacles à la communication. C'est aussi avoir un peu d'intuition afin de percevoir et reconnaître les indices verbaux et non-verbaux suggérant des états émotionnels. C'est savoir déceler et pouvoir gérer les incongruences entre les paroles exprimées et les comportements affichés.

Ainsi, dans cette question de l'empathie ressort notre capacité en tant que psychomotricien à reformuler les dires du patient, c'est-à-dire répéter ses propos avec des mots différents (on parle de reformulation reflet ou miroir), montrer la forme quand le patient ne voit qu'un aspect des choses (le fond ; on parle de reformulation renversement). On peut aussi renvoyer le patient dans ses émotions (reformulation classification).

L'empathie en psychomotricité permet donc de se protéger de l'interprétation et du jugement en laissant une grande place au non-verbal.

L'empathie, « *indispensable pour comprendre autrui, cette notion s'appuie sur le vécu corporel et sensible du thérapeute qui accueille cet « envahissement » du patient, tout en le reconnaissant comme bien séparé de lui.* »¹

Toute la question de cette relation ne peut exister sans la présence d'un « cadre psychomoteur », élément primordial de la prise en soin en psychomotricité.

4. La question du cadre et du groupe en psychomotricité

4.1 Un cadre contenant

*« Un cadre contenant c'est un cadre ajusté, un espace relationnel qui contient sans étouffer, qui délimite sans enfermer, un espace de partage où la rencontre peut avoir lieu sans risque, un espace où s'éloigner soit possible sans toutefois disparaître. »*²

¹ D. LIOTARD, citation tirée du cours le cadre de Mme PONTACQ, www.apprentoile.u-bordeaux2.fr/locale.rsc?rscid=18558

² C. BALLOUARD, *L'aide mémoire de psychomotricité*, ed Dunod, 2011.

En psychomotricité, il y a un cadre thérapeutique défini et délimité. Il peut être envisagé à deux niveaux :

- Un premier niveau « physique » :
 - ✓ les horaires : donc la question du temps, régulier, permettant d'intégrer des repères ;
 - ✓ la fréquence ;
 - ✓ la durée : avec les horaires, elle permet de poser un cadre temporel
 - ✓ le lieu : il faut pouvoir concevoir l'espace comme contenant les expériences sensorielles et motrices des sujets ;
 - ✓ le matériel : le choix des objets, autant de supports aux intégrations et à l'imaginaire, rendent compte de la sensibilité et de l'investissement sensoriel du psychomotricien ;
 - ✓ les médiations utilisées ;
 - ✓ les conditions d'encadrement : travail seul, à deux, en coanimation, travail pluridisciplinaire ;
 - ✓ les conditions de fonctionnement institutionnel : un cadre thérapeutique doit s'intégrer dans une institution qui propose un projet global pour les patients, avec un certain nombre de lois et de règles (structurantes et sécurisantes, établissant le droit et le devoir de chacun).

- Un second niveau « psychique » :
 - ✓ Des postulats théoriques : « nécessaires pour garantir une mise en pensée de notre travail auprès des patients, quels qu'ils soient »¹ ;
 - ✓ Une fonction pare-excitante
 - ✓ Une fonction contenante (physique, psychique) : c'est-à-dire pouvoir accueillir et contenir en soi, avec ses propres moyens, ce qui est à l'autre afin d'éviter tout débordement ;
 - ✓ Une fonction de miroir
 - ✓ Une fonction d'étanchéité : pouvoir s'entretenir avec l'environnement familial ou l'institution sans rompre le secret.

Le cadre est posé en même temps que le projet thérapeutique. Dépendant de chaque patient, il est susceptible d'être modifié en accord avec son évolution.

¹ C. POTEL, *Etre psychomotricien – un métier du présent, un métier d'avenir*, ed Erès, Toulouse, 2010, p.323

Il permet donc de rassurer, de sécuriser le patient par sa constance. Il est un frein au sentiment de toute puissance. Il pose les limites comportementales dans le temps et l'espace et permet au patient de se situer dans la prise en soin. Se sentant contenu, le patient sera plus disponible et disposé pour se centrer sur lui-même et être à l'écoute de ses émotions, sensations, et les mettre en mots.

Il faut savoir trouver la bonne distance, être là face à l'angoisse de l'autre. Le cadre nous rend supportable, nous protège de l'envahissement, de l'angoisse de l'autre et nous laisse ainsi capable de sentir, ressentir, de mettre en scène.

En résumé, dans un cadre psychomoteur bien précis et bien défini, le psychomotricien tentera de décrypter le langage corporel du sujet et d'y donner du sens pour entrer en relation avec lui, par le biais de la créativité, de l'imaginaire, avec le corps et les mots comme supports. Parler d'espace contenant revient alors à parler de relation contenant.

4.2 Pourquoi le choix d'un groupe ?

Au moment de faire le choix de mettre en place un atelier thérapeutique, il a fallu que je me pose plusieurs questions : comment constituer un groupe et pourquoi le privilégier à une prise en soin individuelle ?

« *Les psychothérapies de groupe existent sans doute depuis l'origine de l'humanité dès l'origine du chamanisme et des cultes de possession...* »¹, mais ce sont les psychanalystes américains qui ont généralisé ce type de thérapeutique.

Les indications de groupes thérapeutiques, à médiation corporelle, connaissent un bel essor depuis quelques années. Même s'ils sont plus économiques et rentables pour les institutions au sein desquelles ils se forment, on peut se poser la question à savoir si cette augmentation n'est pas en lien avec une augmentation des demandes que le nombre de soignants ne suffit plus à contenir.

Il y a aussi cette idée que beaucoup de pathologies aujourd'hui sont souvent liées à l'insertion du sujet dans le groupe.

¹ P. BLOSSIER, *Groupe et psychomotricité, le corps en jeu*, ed Solal, Marseille, 2002, pp. 1-88.

Objectifs et fonctions du groupe

Le groupe a une fonction socialisante : il faut, respecter les autres, partager, écouter, sortir d'un certain égocentrisme, maîtriser l'agressivité, accepter la frustration et l'attente... Il favorise la relation au sein d'une dynamique groupale : c'est le pouvoir « thérapeutique » du groupe, il est une source riche d'expériences relationnelles. Les sujets entre eux peuvent se servir de modèles les uns par rapport aux autres. Il s'agit de trouver sa place et donc entrer en relation, se différencier et affirmer sa personnalité.

Le rôle du psychomotricien

Il doit être garant de la sécurité physique et psychique de chaque personne présente dans le groupe. En ce sens, proposer un objet médiateur provoque l'adhésion de chaque membre. Il lui faut également accompagner chaque individu dans sa singularité et l'aider à trouver sa place.

Il faut pouvoir renoncer à une part de notre créativité pour permettre à chacun d'y ajouter la sienne. Il faut s'assurer de la présence d'un membre extérieur du groupe auquel on peut se référer (régulation) pour discuter du fonctionnement du groupe.

Le psychomotricien peut venir, si besoin est, insuffler de l'énergie quand l'intérêt pour une proposition diminue. Il peut introduire de la nouveauté comme un écart entre ce qui était imaginé, attendu et ce qui est présenté. Cela peut éveiller l'attention de la part des membres du groupe.

IV- L'atelier « rythm'n vie »

1. Les 3 « O » : origine, organisation, objectifs

1.1 Son Origine

L'envie et la décision de mettre en place cet atelier « rythm'n vie » naît dans un premier temps de ma passion pour le rythme et les percussions. Comme j'ai pu le dire en introduction, dès le début de mes études en psychomotricité, j'ai imaginé une place dans mon futur métier réservée à cet attachement pour ce rythme, et le rendre disponible au public que je rencontrerais. Je reste convaincu que n'importe quelle médiation, quelle qu'elle soit, si elle est au départ source de plaisir et d'investissement de la part du psychomotricien, apportera de meilleur résultat que dans le cas contraire. Il faudra bien évidemment l'adapter aux sujets rencontrés sans essayer de l'imposer à tout prix, et c'est là le plus important !

Le souhait de mettre en place cet atelier vient dans un second temps faire échos avec le public que je rencontre dans mon stage. En effet, face à ces personnes âgées dépendantes, atteintes pour la plupart de la maladie d'Alzheimer avec tous les symptômes décrits dans la première partie (désorientations spatio-temporelles, troubles mnésiques, perte d'intérêt, d'initiative, de motivation, apraxie, agnosie, perturbation des fonctions exécutives, du schéma corporel,...), qui s'ajoute au sentiment de solitude, à l'isolement, au repli sur soi, au manque de relation avec les pairs ; la médiation rythme et musique peut venir aider ces personnes dans leurs difficultés. Le rythme fait appel à la mémoire, il permet de s'orienter dans le temps et donc dans l'espace, il aide à l'organisation gestuelle, il utilise le corps et ses potentialités. Les percussions, souvent inconnues aux yeux des plus âgées, peuvent venir éveiller en eux une curiosité, un certain intérêt à découvrir l'objet ; tout cela avec en toile de fond la question de la relation, de l'ouverture aux autres, le partage, l'expression des sensations, des affects, des ressentis, rétablissant ce lien à soi qui donne le sentiment d'exister, la certitude d'appartenir au monde des vivants.

1.2 Son Organisation

Par organisation, j'entends la question du cadre de l'atelier et le choix de le proposer à un groupe plutôt qu'en individuel.

Je décris cette « Organisation » en lien avec la partie portant sur la cadre et le groupe en psychomotricité. Comme dit dans cette partie, le cadre comprend un niveau physique.

Ainsi, cet atelier se déroule tous les vendredis matin, dans un créneau horaire allant de 10h30 à 11h50/12h00. Toutefois, sa durée n'excède pas 1h. Le créneau est large mais il me permet de prévenir d'éventuels retards, oublis, auxquels j'ai été souvent confronté(s ?). Cela me permet aussi de prendre un peu plus de temps pour aller chercher chacun des participants. Tout ceci vient poser le cadre temporel de l'atelier.

Cet atelier se déroule dans la « **salle rose** » de l'EHPAD qui possède une fenêtre donnant sur une partie du parc à l'extérieur. C'est une salle dédiée à l'animation, où l'on retrouve une grande table ronde, une rectangulaire plus petite, et une dizaine de chaises en bois. Elle bénéficie d'un chauffage par le sol, agréable en hiver, mais qui nécessite d'ouvrir les fenêtres aux beaux jours puisqu'il peut vite faire très chaud (ce qui n'est pas agréable dans une atmosphère musicale et rythmée). Le peu de mobiliers de cette salle lui donne une certaine résonance très intéressante pour expérimenter le rythme ; le son peut bien circuler partout et vient faire échos.

En ce qui concerne le **matériel**, j'utilise dans mes séances un poste de musique (lecteur CD), beaucoup de percussions¹ (qui ne seront pas les mêmes à chaque séance, amenant ainsi de la nouveauté). J'utilise des petites percussions : claves, wood-block, cloche, tambourin, tube résonnant à deux tons, egg shaker ; et des plus grosses : doumbek, djembés, cajon, potée. De par leur structure différente, leurs aspects/tailles, couleurs, formes (caractéristiques pour certaines), leurs sonorités (allant de l'aigu sec au grave résonnant), toutes ces percussions constituent un éventail particulièrement intéressant comme support de jeu, aux intégrations, à l'imaginaire, aux sensations, à la créativité.

Quant aux **conditions d'encadrement**, j'ai choisi de proposer cet atelier pour un groupe puisqu'il constitue un tremplin à l'écoute, au partage, à l'entrée en relation. Il m'a paru plus approprié d'utiliser la médiation rythme avec plusieurs personnes plutôt qu'en individuel. En effet, si une difficulté est rencontrée par un membre du groupe, il lui est alors possible de s'appuyer sur les autres pour prendre le temps de rentrer à nouveau dans la proposition. Le groupe permet aussi à un participant de s'arrêter dans le jeu quand il le souhaite sans que cela vienne nécessairement mettre à mal la dynamique (à la différence d'un travail à deux).

¹ Photos des percussions utilisées disponibles en annexe.

En d'autres termes, le travail en groupe, à l'intérieur même de la médiation rythme, va constituer un levier thérapeutique important, la rencontre avec les autres autour d'un même objet d'investissement et de plaisir ne pouvant qu'enrichir les expériences relationnelles. Le groupe n'est pas constitué par la seule réunion d'individus ensemble, il s'agit d'une entité qui porte en lui la présence d'individu qui ont chacun une place reconnue, et cette question de la place est fondamentale. On construit quelque chose ensemble, chacun va vivre une expérience de sa place, qui est irremplaçable.

Ce groupe est donc composé de trois résidents de l'EHPAD (ils ne seront plus que deux ensuite, point que j'explique plus loin), de la psychomotricienne et moi-même. Cette dernière est là pour m'accompagner pendant mes séances sans toutefois les guider. Elle me laisse faire dans mes démarches, mes choix, mais peut intervenir pour proposer une idée d'exercice, pour m'aider à parfois trouver les mots justes (notamment aux cours des premières séances), pour recadrer les propositions si elle sent que je vais trop vite, ou que je m'écarte un peu des objectifs.

En ce qui concerne **l'aménagement et la disposition de la salle**, je décide dans un premier temps de placer cinq chaises formant un cercle pour que chacun des participants puisse voir l'ensemble du groupe, avec suffisamment de place au milieu pour anticiper l'utilisation de grosses percussions (djembés). Le cercle facilite la communication, verbale ou non verbale. Il est plus facile de se regarder, de s'écouter, de partager. De plus, être assis en cercle peut venir bousculer l'habitude de couloirs linéaires de l'EHPAD.

Je place juste derrière ma chaise la petite table de la salle pour poser le poste, me permettant alors d'y accéder facilement s'il faut arrêter une musique, la changer, monter ou baisser le volume...

1.3 Ses objectifs

Je commencerai par dire que l'objectif de cet atelier réside essentiellement dans le **plaisir qu'il peut apporter à entrer en relation, à jouer, créer, inventer, imaginer, exprimer sa personnalité.**

« Les percussions que chacun choisit donnent le volume et soutiennent la dynamique de l'élan par la mise en jeu du mouvement. Le plaisir de faire du bruit se redécouvre dans la joie de l'enfance des frappes sur le tambourin [...] Le retour sonore des percussions donnent une dynamique d'élan qui permet de dépasser les limites physiques du vieillissement »¹.

¹ La personne âgée en art-thérapie – De l'expression au lien social, ed L'Harmattan, 2004, p. 115

Cet atelier peut permettre de remettre à jour chez ses participants une certaine indépendance, indispensable au sentiment de liberté qui peut faire défaut (c'est de cette dernière que le processus de création peut « prendre son envol », et de ce fait apporter de la nouveauté).

En plus de tous les apports du rythme et de la musique vus dans les parties précédentes, je veux offrir à travers cet atelier un **cadre de rencontre** qui établit un lien de continuité dans l'espace et le temps ; un **cadre d'expression** pour favoriser l'autonomie. Je souhaite laisser une certaine liberté dans un lâcher-prise, dans le plaisir d'être et de faire et permettre au sujet de révéler son identité par les échanges et les relations que le groupe aura générés (à travers les observations, imitations, ...). L'idée est de favoriser ces relations entre les différents participants et rétablir la confiance en soi. On peut aller plus loin en recherchant également les échanges entre les résidents et les soignants, et entre les résidents et leurs familles, avec ce qu'ils pourront raconter de leurs expériences.

L'atelier sera là pour éveiller l'attention et l'écoute, le temps de la rencontre. C'est un lieu de partage, de découverte, de surprise et de reconnaissance réciproque.

Toute la difficulté et l'enjeu de cet atelier va résider dans le fait de ne pas chercher à interpréter ni juger ce qui va être dit par les différents membres du groupe, mais bien d'accompagner et d'accueillir ces paroles en instaurant une base relationnelle. Exprimer ses ressentis est un travail difficile, il me faut être le témoin des mots qui sortent.

2. Mr M.

Les yeux bleus, les cheveux gris coupés court, Mr M. est robuste. Je remarque chez lui ses très grandes mains. Il se tient légèrement voûté en avant. Son regard est paisible et il n'est pas beaucoup marqué physiquement (rides, ...).

2.1 Histoire de vie

Né le 01 août 1925 à Laval, Mr M. a 87 ans. Il a passé son enfance en Mayenne, enfance heureuse, affectivement et matériellement, malgré une mère (au foyer) « *un peu dure* ». Il est l'aîné d'une fratrie de 7 enfants (5 garçons, 2 filles) et est resté fils unique pendant 5 ans. Il a été

scolarisé jusqu'à obtenir son certificat d'étude. Il a alors travaillé tôt avec son père en tant que meunier, puis à la biscuiterie *l'Alsacienne* à Paris.

Il s'est marié à 27 ans et a eu 2 enfants (une fille en Corse, un garçon décédé par suicide). Cette union n'a pas été heureuse et a abouti à une séparation. Mr M. a été fâché avec ses parents pendant 20 ans. Il arrive à Bordeaux en 1971 et rencontre sa deuxième épouse de 10 ans plus jeune, en 1973, qui avait déjà 4 enfants.

Lui et sa femme ont acheté une maison relativement tard. Mr M. aimait jardiner et pêcher. Tous deux ont fait des voyages, il a été le premier à être retraité. Des troubles de la mémoire ont débuté 3 ans environ après sa retraite.

2.2 Antécédents médicaux

Parmi ses antécédents médicaux, on retrouve la **maladie d'Alzheimer** diagnostiquée chez Mr M. en 2011, de l'hypertension artérielle (HTA), une broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) post tabagique, une surinfection bronchique, une fibrillation auriculaire paroxystique réduite par choc électrique externe, des troubles du rythme, de l'ostéoporose, une **affection neuro-psychiatrique** (états anxieux, troubles chronique du comportement, syndrome démentiel avec composante persécutrice).

2.3 Entrée à l'EHPAD

Mr M. entre à l'EHPAD le 18 avril 2012 à l'âge de 86 ans pour un placement définitif. Il vient de son domicile mais une hospitalisation a accéléré son placement.

Au moment de son entrée, sa famille lui dira être en maison de retraite le temps d'aller mieux. Avant son entrée, Mr M. dormait tout l'après-midi, il parlait peu et semblait faible physiquement. Son épouse s'est sentie coupable de cette décision.

2.4 Son projet de vie personnalisé

Le 20 avril 2012 a eu lieu le projet de vie personnalisé de Mr M. où étaient présentes la psychomotricienne, la psychologue, l'infirmière référent, deux aides soignantes, l'animatrice.

Il a été observé, du point de vue de ses **fonctions sensorielles** que Mr M. porte des lunettes qu'il gère seul, son audition est correcte même s'il arrive parfois qu'il faille lui répéter les choses (problème d'attention ? de compréhension ?). Au niveau du goût, il aime beaucoup le sucré (une des raisons possibles à sa prise de poids : 5 kg en un mois). Au niveau de l'odorat, il connaît quelques difficultés de reconnaissance (notamment au cours du jeu le loto des odeurs que l'animatrice propose), est-ce dû à des problèmes mnésiques ? Des problèmes d'odorat ? Des problèmes langagiers ? En ce qui concerne sa sensibilité tactile, Mr M. recherche peu le contact, mais rien d'autre n'est à ajouter.

Du point de vue de ses **fonctions mentales**, il a donc été diagnostiqué Alzheimer. La psychologue lui a fait passer l'épreuve du MMS où il a obtenu 18/30. Il a une conscience douloureuse de ses troubles. Il a été observé chez Mr M. des troubles mnésiques mixtes, des troubles langagiers de plus en plus importants (avec paraphasies) au niveau de l'expression et de la compréhension. Il peut être agressif et irritable. Parfois, il a des idées délirantes persécutives. Au départ, Mr M. est très désorienté spatialement et temporellement, mais petit à petit, il trouvera ses repères dans l'établissement. Son humeur triste réactionnelle, ses idées noires, sa fragilité émotionnelle provoquent chez lui une tendance à la dévalorisation. Il connaît des difficultés dans la reconnaissance des visages familiers. Cependant, Mr M. prend des initiatives et est capable de donner son avis.

Du point de vue de sa **mobilité**, Mr M. marche seul avec une canne qu'il peut ne pas utiliser quand il le souhaite. Il semble également moins à l'aise en sortie d'établissement. Les transferts sont bons. Au niveau de la fonctionnalité de sa gestuelle, Mr M. a des troubles pratiques mais il reste relativement autonome. Il est droitier.

Sa **communication** est marquée par des troubles langagiers de plus en plus marqués, mais variables. Il a un manque du mot, un manque de cohérence. A ce titre, il se met souvent en retrait de lui-même. Il est dysgraphique.

Dans ses **actes de la vie quotidienne**, il déambule beaucoup pour chercher le contact et est assez sociable. Très participatif en animation, il souhaite s'occuper et se rendre utile. Toutefois il faut évaluer si ses participations sont adaptées car il se sent vite en échec.

Dans sa **vie relationnelle** à l'EHPAD, Mr M. est caractérisé comme quelqu'un de gentil, sociable. Il entretient de bonnes relations avec les autres résidents et l'équipe soignante, en restant discret et poli.

Consultation psychiatrique

Le 23 novembre 2012, il est décidé que Mr M. consulte son médecin psychiatre pour une **majoration de son syndrome dépressif** associé à une majoration d'un affaiblissement cognitif (DTA). Pendant la consultation, Mr M. n'aura de cesse de rabâcher : « *je ne veux plus travailler au moulin, je veux mourir, je veux qu'on me tue* », dressant un tableau noir de son état général : tristesse de l'humeur, souffrance mentale, désir de mort intense, vécu persécutif (« *il y en a qui font des bêtises contre moi* »), pleure tout l'entretien, « *on me prend pour un imbécile* », vécu d'abandon (« *ma femme ne s'occupe pas de moi* »), incohérence des propos (déficit cognitif de niveau démentiel), instabilité anxieuse. Il se croit ici depuis deux jours. Le diagnostic s'oriente alors vers une souffrance relative à la conscience partielle de son déficit. Il souffre d'une **décompensation mélancolique d'un tableau démentiel**. Son traitement actuel (pour sa dramatisation de sa condition, ses idées d'indignité et d'incapacité, et donc sa conscience douloureuse de son déclin) : DEPAMIDE (régulateur de l'humeur), SEROPRAM (antidépresseur), RISPERDAL (neuroleptique), XANAX (anxiolytique). Ce traitement ne changera pas. Le projet thérapeutique consiste à une hospitalisation de Mr M. pour une électroconvulsivothérapie (ECT) par risque de passage à l'acte autolytique ou d'agitation anxieuse.

1.5 Notre rencontre

Je rencontre Mr M. pour la première fois à mon arrivée à l'EHPAD le 30 novembre 2012. Alors que la psychomotricienne me fait visiter les locaux, nous le croisons par hasard, alors dans un état de tristesse, désorientation, confusion. Il semble au bord des larmes, le regard perdu. A la question : « *Comment allez-vous ce matin Mr M. ?* », il nous répond : « *Ca ne va pas du tout, je ne sais pas ce qu'il m'arrive, je suis complètement perdu, j'en ai marre* ».

De par la désorientation spatio-temporelle de Mr M., sa fragilité émotionnelle, ses troubles mnésiques et langagiers (expression et compréhension), ses troubles praxiques, et également son souhait de participer aux activités, de s'occuper et se rendre utile, il paraît tout à fait justifié et adapté de lui proposer sa participation à un atelier en groupe, autour du rythme et de la musique pour le stimuler davantage au niveau relationnel, au niveau de sa mémoire, de l'expression de soi, dans l'organisation gestuelle, afin qu'il prenne du plaisir et qu'il puisse exprimer et mettre des mots sur ses ressentis, émotions pour tenter de mieux les gérer, les contrôler.

Dans cette démarche de prise en soin, il faut donc veiller à lui faire verbaliser les émotions qu'il ressentira, respecter ses choix, accueillir ses difficultés et ne surtout pas le mettre dans des situations d'échec.

3. Mr G.

Les cheveux blancs, les yeux bleus, Mr G. a un visage peu expressif. Il s'habille élégamment et prend soin de lui. Très grand, il se tient bien droit, ce qui lui donne un certain charisme et une assurance.

3.1 Histoire de vie

Mr G. est né le 30 décembre 1927, il a 85 ans. Il a passé son enfance dans l'est de la France. Il fait partie d'une fratrie de 4 enfants dont deux sœurs et un frère (décédé à la guerre). Son père était militaire et autoritaire. Il a fait des études supérieures (environ bac+3).

Mr G. a été directeur d'une entreprise de phytosanitaire et était donc très souvent en déplacement pour son travail. Il s'est marié à l'âge de 20 ans, son épouse travaillait au départ. Tous deux ont eu 4 enfants, 3 fils (un a deux enfants, un vit à Périgueux, un à Strasbourg et a deux enfants) et une fille (qui vit à Toulouse et a 4 enfants). Selon les dires de Mr G., sa femme faisait tout : elle s'occupait de leurs quatre enfants, gérait la maison, le budget. C'était une famille unie, plutôt aisée matériellement. Ils ont beaucoup déménagé (de part le travail de Mr G.). Ils avaient beaucoup d'amis (son épouse était très sociable) mais peu de loisirs.

Mr G. ne s'est pas attendu à être en préretraite. Il faisait alors beaucoup de jardinage. Son épouse voulait voyager mais lui ne le souhaitait pas. Il y a 10 ans, son épouse déclare un cancer du sein, qui l'emportera très rapidement. Mr G. entre alors en **dépression**, il se replie sur lui-même et n'a envie de rien. Il vivra seul pendant 10 ans.

3.2 Antécédents médicaux

En 2005, Mr G. fait un AVC sur fibrillation auriculaire (FA) marquant le début de troubles cognitifs qui se développent. Il est allergique à la pénicilline, il a un diabète de type 2. En 2010, il est diagnostiqué **Alzheimer** (stade modéré). Il se fait poser un pace maker en 2011.

En décembre 2012 il développe un carcinome de l'oreille droite qui nécessite alors l'ablation de sa moitié supérieure.

3.3 Entrée à l'EHPAD

Mr G. entre à l'EHPAD le 17 avril 2012 à l'âge de 84 ans pour un placement définitif. Il était en résidence pour personne âgée (RPA) avant son arrivée, pour un placement temporaire.

Les motifs du placement sont une **perte d'autonomie progressive** (c'est la belle-fille, infirmière, qui s'en est rendu compte) dans l'hygiène, la gestion du linge, l'alimentation. Il effectue alors des achats sur un mode compulsif, il connaît plusieurs accidents de la route (le retrait de la voiture qui a suivi ces épisodes sera très mal vécu par Mr G., réagissant alors par des menaces et de l'agressivité). A son entrée, Mr G. n'est pas consentant. Il bénéficiait jusqu'à présent d'une prise en charge sociale.

3.4 Son projet de vie personnalisé

Le 22 avril 2012 a eu lieu le projet de vie personnalisé de Mr G. où étaient présentes la psychomotricienne, la psychologue, une étudiante infirmière diplômée d'état (EIDE), deux aides soignantes.

Il a été observé du point de vue des **fonctions sensorielles**, que Mr G. porte des lunettes et pense à les mettre ; il entend mal, des appareils ont été faits à ce titre mais Mr G. ne les a jamais portés car il ne le souhaite pas.

En ce qui concerne ses **fonctions mentales**, Mr G. a des troubles de la mémoire importants, il est désorienté dans le temps mais semble un peu mieux orienté dans l'EHPAD. La psychologue lui a fait passer l'épreuve du MMS où il a obtenu 20/30. Il comprend les consignes simples. Il fait preuve de peu d'initiative, est très discret mais assez agréable dans la relation, il semble se contenir parfois (agacement ou irritation). Son humeur reste stable en surface. Mr G. ne semble pas reconnaître les soignants.

Du point de vue de sa **mobilité**, il marche seul avec une canne qu'il peut ne pas utiliser quand il le souhaite.

Concernant sa **vie relationnelle**, il entretient d'assez bonnes relations avec les résidents, comme avec les soignants, mais rares. Il peut parfois manquer de tolérance vis-à-vis d'eux sans pour autant le montrer. Mr G. s'exprime peu spontanément mais répond dans la conversation. Il a une tendance au repli sur soi.

Il aime lire son journal, regarder la télé (le matin en se levant), il ne sonne jamais pour appeler les soignants et ne téléphone pas non plus. Ses relations familiales sont complexes. Il lui arrive de sortir de l'EHPAD pour un repas (le week-end parfois). Ses enfants, quand ils lui rendent visite, le trouvent mieux qu'à domicile, moins angoissé (notamment dans son regard).

Dans les actes de sa **vie quotidienne**, Mr G. participe peu aux activités proposées par l'animatrice notamment, même si l'on note une légère amélioration à ce niveau.

Il prend un traitement à base d'antihypertenseur, anti-diabète, antidouleur, antidépresseur.

3.5 Notre rencontre

Je rencontre Mr G. pour la première fois en janvier 2013 dans le cadre d'une passation d'examen géronto-psychomoteur (EGP) décidée par la psychomotricienne, dans un contexte de réévaluation des besoins de prise en soin en psychomotricité.

C'est moi qui ferai passer le bilan à Mr G., dans sa chambre, lieu qu'il a bien investi, plutôt que dans la « salle rose » destinée aux activités. L'EGP se fera sur deux séances, d'une durée de 45 minutes pour chacune.

Je conclus à la fin de cette passation qu'au niveau de son **comportement général**, Mr G. est assez volontaire pour faire les différents exercices proposés malgré ses questions récurrentes sur leur nature, les objectifs, « *ça mène à quoi ?* ». Il est calme, il parle peu spontanément mais ses remarques sont justes. Il semble être sensible à l'humour et dit avoir un bon moral. Son attention est de bonne qualité, tout comme sa concentration et son écoute, ceci dans un souci de bien faire. Mr G. s'exprime bien avec un langage adapté, il comprend bien les consignes. Cependant, il a tendance à détourner le fait qu'il ne sache pas (faire) quelque chose, ou quand il est en difficulté. Il peut parfois trouver certains items enfantins après que la consigne lui ait été dite (notamment sur la connaissance des parties du corps quand il lui est demandé de les montrer sur désignation verbale, sur lui et autrui). **Mr G. semble apprécier la musique, le chant, et est très concentré à l'épreuve de reproduction de structures rythmiques.**

En ce qui concerne son **organisation corporelle**, Mr G. connaît bien les différentes parties du corps et a une bonne capacité d'imitation des gestes sans pouvoir les mémoriser. Droitier, ses coordinations sont de qualité. Il a des difficultés pour tenir l'équilibre unipodal pendant quelques secondes mais adapte bien sa posture aux déséquilibres. Sa marche est de qualité, il peut accélérer et ralentir sur demande. L'orientation spatiale est bonne.

Au niveau de son **tonus** et ses **émotions**, il existe chez Mr G. quelques tremblements des mains lors de gestes fins qui ne viennent pas mettre à mal leur précision. Il exprime assez peu ses émotions. Le contrôle volontaire du tonus musculaire semble possible malgré quelques anticipations en début de mouvement (bonne capacité de relâchement). La souplesse articulaire est de qualité sauf pour les deux chevilles.

Pour ce qui est de **l'organisation temporo-spatiale**, Mr G. est assez désorienté dans le temps actuel, il connaît seulement sa date de naissance et l'heure qu'il lit sur sa montre. La sphère spatiale elle est bien investie. Il a une bonne capacité visuo-constructive et de reproduction.

Quant à sa **mémoire**, elle est peu fiable, caractérisée verbalement par des « *je crois* », « *peut-être* »... Le rappel différé est quasiment impossible à réaliser malgré les aides. Mr G. n'exprime pas ses troubles mnésiques et aurait même tendance à les nier, parfois dans un discours spontané.

Ce sont donc les troubles de la mémoire de Mr G. qui sont les plus caractéristiques de son état actuel au vue de cet EGP, ainsi que son manque d'implication dans les relations aux autres (repli sur soi, faible participation aux activités, peu de discours spontané,...). Il conserve néanmoins une bonne autonomie avec des compétences notables au niveau moteur.

C'est pourquoi **la participation de Mr G. à un atelier en groupe, utilisant le rythme et la musique envers lesquels ses réactions sont les plus marquées (enthousiasme, plaisir, facilité), améliorerait très certainement l'aspect relationnel et l'expression de soi. Dans cette démarche de prise en soin, il faut veiller à ne pas infantiliser les propositions, à lui faire verbaliser les émotions qu'il semble ressentir afin qu'il se sente reconnu. Il faut respecter ses choix et ses limites et l'aider à s'organiser dans le temps (prévenir, rappeler les rendez-vous,...).**

4. Mr L.

Après avoir fait passer l'EGP à Mr L., et au vue des observations qui en sont ressorties, sa participation à l'atelier était justifiée, notamment pour des désorientations temporelles et des pertes de la mémoire, en lien avec la **maladie d'Alzheimer**.

5. Les séances de l'atelier « rythm'n vie »

Veille de la première séance

Je décide d'aller voir chacun des résidents choisis pour leur proposer de participer à cet atelier. Je pars voir Mr G. dans sa chambre, et comme la fois où je suis venu pour la passation de l'EGP, il me demande en quoi consiste l'atelier, d'un air un peu brusque, comme si je venais de le couper dans ses activités. Je lui explique qu'il s'agit d'un atelier que j'ai mis en place pour « *leur faire découvrir les percussions, la musique, pour apprendre à s'écouter, à faire ensemble, et aussi qu'ils me rendraient service pour mon travail qui est important pour moi* ». J'insiste sur le fait que sa présence peut apporter à chacun d'entre nous, afin de le **valoriser**. Après un temps de réflexion, il finit par accepter en me demandant l'heure à laquelle commence l'atelier. Je lui explique que je viendrai le chercher dans sa chambre pour qu'on aille, ensemble, jusqu'à la salle.

En montant à l'étage de l'EHPAD voir Mr L., je croise dans les couloirs Mr M. à qui je propose de participer à l'atelier le lendemain. Sans me poser de questions sur sa nature, ses objectifs, il accepte en me disant « *si ça peut vous aider* » et en me demandant l'heure. Je lui explique comme pour Mr G. que je viendrai le chercher et il me répond alors : « *oh de toute façon, je serai quelque part par là, je ne bougerai pas, vous me trouverez facilement* ». **J'entends par là l'expression de sa solitude** marquée par le fait qu'il s'assied à un endroit et y reste assez longtemps, sans rien faire de plus qu'attendre.

Arrivée à la chambre de Mr L., j'entre après y avoir été invité et lui explique la raison de ma venue. En entendant les mots « *participer à un atelier* », j'ai tout de suite remarqué son visage se transformer : d'un regard attentif et vif, il est passé à une expression de fatigue, les yeux plissés. Il me dit à ce moment « *oh, vous savez, je suis vraiment fatigué en ce moment, et puis j'ai beaucoup de choses à faire...* ». Je comprends par là qu'**envisager l'idée d'une sortie hors de sa chambre en dehors du repas lui est difficile**. J'essaie alors de la valoriser lui aussi tout comme j'ai pu le faire avec Mr G. Après un moment à nous renvoyer la balle, il finit par accepter.

Ainsi, tout de suite après ces trois visites, je constate ma **première difficulté à trouver les mots justes pour motiver les trois résidents à participer à l'atelier**, et le temps que cela peut prendre.

NB : les conclusions des séances constituent des liens entre elles. Tout ce qui a été observé du point de vue de l'évolution de chacun des membres au sein du groupe fait l'objet d'un « bilan d'évolution » décrit après toutes les séances.

Séance 1

« Ecoute passive et ressentis »

Le 15 février 2013

Sur un plan personnel, j'ai vécu cette première séance avec pas mal d'appréhension. Allais-je être à la hauteur des objectifs que je m'étais donné ? Les relations à l'intérieur du groupe se passeraient-elles bien ? La musique et le rythme vont-ils avoir cette « accroche » pour pouvoir apprécier le plus possible l'atelier ? Les différents participants vont-ils finalement accepter de venir ? Et si oui, cette première séance suffira-t-elle à (re)donner envie à chacun de revenir la semaine suivante ?

Structure de la séance et objectifs

- Début : pour instaurer un rituel de séance, je décide de la commencer (comme pour toutes les autres qui suivront) par une musique d'installation (la même à chaque fois), musique relaxante mais suffisamment rythmée. Ce rituel permet de **faciliter le repérage temporel** : « c'est cette chanson que j'entends, c'est donc le début de la séance ». Elle crée également une atmosphère apaisante et permet de s'installer tranquillement. Elle **favorise également la concentration et la disponibilité**.

- Présentation de l'atelier : une fois tout le monde installé, je présente à nouveau l'atelier, sa situation temporelle et spatiale, ses objectifs, la séance qui va avoir lieu, et je demande à chacun de se présenter, dire comment il se sent aujourd'hui, en cette matinée, qu'est-ce qu'il attend de cette séance (je prends bien évidemment part à cette discussion), le rapport de chacun à la musique, au rythme (s'ils ont joué d'un instrument étant jeunes, s'ils avaient l'habitude d'écouter de la musique, où ça...etc.). Ce temps permet de **créer du sens, des repères spatio-temporels, diminuer l'appréhension** qui peut exister, **créer un sentiment de reconnaissance**. Il **valorise également l'expression de soi, la conscience identitaire et crée un sentiment de groupe**.

- Installation : après avoir observé les différentes postures de chacun sur leur chaise, je prends un temps dédié à une installation confortable sur les chaises pour l'écoute qui va suivre, ceci par des indications verbales ou tactiles (« *positionnez-vous bien au fond du fauteuil, essayez de garder le dos droit, les pieds à plat sur le sol...* »).

Modifier sa posture assise permet un **meilleur confort** donc, et une **plus grande disponibilité**. Cela **crée aussi une conscience corporelle pour une meilleure attention**.

- Ecoute passive : l'objectif consiste à écouter un extrait de musique et verbaliser directement après, chacun son tour, les (possibles) ressentis, émotions, affects. Il s'agit de décrire ce qui a été perçu. Ceci améliore là aussi l'expression de soi et la valorise.

- Fin de séance : une fois plusieurs extraits écoutés, un dernier temps est consacré à verbaliser ce qui a été pensé de la séance en général, toujours chacun son tour. Je clôture alors celle-ci en mettant une musique de fin (différente de celle du début, plus relaxante) pour également **instaurer un rituel de fin**. Tous ensemble, nous reprenons rendez-vous pour la semaine suivante, j'annonce le thème de la prochaine séance. Ce dernier temps **facilite le repérage temporel** et permet de **diminuer l'anxiété liée au manque de repères**.

Les enjeux de l' « avant-séance »

9h30, il est temps pour moi d'aller prévenir les participants après être passé les voir la veille. Je décide de partir voir Mr G. en premier. Assis sur son fauteuil en pyjama en train de lire son journal, il ne se rappelle pas de ma visite la veille au moment de me (re) présenter. Après l'avoir invité à l'atelier, il me demande à nouveau « *oui d'accord mais qu'est-ce qu'on y fait ?* ». Je lui explique à nouveau et il consent à venir et m'attend pour 10h30 environ pour venir le chercher.

Je monte voir Mr L. dans sa chambre et comme pour Mr G., il ne se rappelle pas de ma visite. Il essaie à nouveau de négocier pour ne pas venir, mais après avoir insisté, il finit par accepter de venir.

Je croise à nouveau Mr M. dans les couloirs qui lui se rappelle m'avoir vu et de quoi il était question. Après m'avoir spontanément demandé comment j'allais, il me dit de « *venir me chercher au moment de commencer, je serai assis quelque part par là* ». Il semble plus enthousiaste que la veille, peut-être est-ce le fait de me revoir, créant une sorte de continuité entre « hier » et « aujourd'hui », étant également sollicité de ma part pour qu'il participe à une activité qui va très certainement le sortir de son quotidien morose.

A 10h30, je décide d'aller chercher les résidents pour les amener à l'atelier. Quand je rentre dans la chambre de Mr G., alors encore en pyjama, il semble à nouveau surpris de me voir sans me reconnaître. Je comprends alors qu'il ne se rappelle pas de ma visite. Je lui pose à nouveau le contexte de l'atelier au vue de ses interrogations. Un peu agacé, il finit par se lever pour aller se préparer.

En sortant de sa chambre, je comprends qu'il va être difficile de commencer les séances à l'heure et il me faut trouver une solution avec Mr G. pour faire en sorte qu'il soit prêt au bon moment.

A 10h50, je retourne voir Mr G. : « *J'en ai marre qu'on vienne me déranger, qu'est-ce que vous voulez ?!* ». En essayant tant bien que mal de trouver les mots justes, apaisants, il finit par me suivre, enfilant sa veste de costume et me demandant à nouveau sur le chemin où se passe la séance. Nous arrivons à l'entrée de la « salle rose » et j'aperçois Mr M. assis. En me voyant il comprend que l'atelier va commencer et nous rejoint. La psychomotricienne et Mr L. sont déjà installés sur les chaises, la musique du début est lancée, j'invite Mr G. et Mr M. à s'asseoir à leur tour. Des bonjours polis sont échangés (poignet de main), sans aller plus loin.

J'ai fait le choix de décrire ici avec précision tous ces événements de l'avant-séance qui me paraissent intéressants et importants pour comprendre tous les enjeux qui existent dans l'organisation de son temps. Face à des sujets atteints de troubles de la mémoire, il va falloir souvent répéter les mêmes choses pour que les informations puissent être intégrées. Cela met également en lumière toutes mes **difficultés au départ à organiser ce temps**, à trouver des solutions pour essayer de commencer à l'heure, à **légitimer l'intérêt de l'atelier** pour pousser les participants à venir. Je comprends qu'il va me falloir **adapter mon vocabulaire** devant la singularité de chacun.

C'est un scénario qui se répètera dans quelques avant-séances qui suivront.

Le groupe pendant dans la séance

- Présentation de l'atelier

Dès l'arrivée des résidents, et après que chacun se soit assis, Mr G. demande, sur un ton sarcastique « *d'où vient ce bruit ?* » en montrant du regard le poste qui faisait se dérouler la musique de début de séance, « *on peut faire quelque chose ?* » pour me faire comprendre qu'il me fallait l'éteindre. Face à ces paroles, je décide de lui expliquer la nature de cette musique, avec ses sonorités tropicales, qu'elle est intéressante car rythmée, il me répondra « *ah c'est de la musique ça ?* » en souriant. J'observe à ce moment que Mr G. impose son charisme dès les premiers temps, qu'il cherche à se faire entendre, peut être pour **exprimer l'état dans lequel il se trouve**, et quand bien même il n'en a plus vraiment conscience. Mr M. semble assez impressionné par la prestance et l'allure de Mr G.

La psychomotricienne, qui avant notre arrivée, discutait avec Mr L., me dira qu'il avait ri à écouter cette chanson et qu'il avait tenté, avec la psychomotricienne, d'imiter les bruits d'animaux

qu'il est possible d'entendre. Il est entré dans le jeu ce qui lui a permis de se détendre et de certainement réduire l'anxiété qu'il pouvait ressentir en arrivant.

J'explique le déroulement de la séance et je me rends alors compte en parlant que **je regarde beaucoup plus Mr G. que les autres**, comme pour essayer de plus le convaincre lui. C'est un point sur lequel il faut que je fasse attention, il s'agit ne pas oublier la présence des autres.

Avant de continuer, je leur demande de dire, chacun à leur tour, comment ils se sentent en cette matinée. Mr G. répond alors : « *qu'est-ce que vous voulez que je vous dise, ça va oui* » sur un ton légèrement hautain, levant les yeux au ciel. Mr M. décrira plus longtemps son état du moment, comment s'est passée sa matinée (levé, repas,...). J'observe à ce moment qu'il **s'exprime assez spontanément malgré parfois un manque du mot**. Mr L. lui, dira qu'il va bien, qu'il a bien dormi, ceci venant en contraste de ce qu'il a pu me présenter de son état au moment de venir lui rappeler l'atelier le matin même. A mon tour, je leur dis que je suis très content qu'ils soient venus, qu'« *ensemble, nous allons pouvoir expérimenter des choses intéressantes autour du rythme et de la musique, apprendre à nous écouter, que cela vous sera bénéfique et que vous allez en même temps beaucoup m'aider dans mon travail* ». Mr L. en riant, me répond « *on espère être à la hauteur !* », faisant esquisser un sourire à chacun des membres du groupe. Ceci montre les **premières interactions** qui se jouent à ce moment, autour de **l'humour, qui s'avère être un allié pour les relations qui vont se tisser**.

Les réactions face à cette présentation sont sensiblement les mêmes, Mr G.: « *Là maintenant ça ne me fait pas grand-chose, nous verrons bien* », Mr M. : « *Je ne sais pas trop vous savez, c'est vous qui faites* », Mr L. : « *J'attends moi aussi de voir* » arborant un sourire franc. A ce moment, je comprends la **difficulté pour eux d'exprimer des ressentis, de mettre des mots dessus**, en lien avec leurs pathologies.

- Ecoute passive

Je choisis de faire écouter des extraits de musique, avec des genres très différents : variété française, rap, reggae, opéra, classique, rock'n roll, pop, rythmes africains,... Je ne souhaite pas leur faire écouter des chansons qu'ils auraient entendues uniquement dans leur jeunesse. Il me semble intéressant de les mettre devant l'inconnu et voir leurs réactions.

Je leur propose, s'ils le souhaitent, de fermer les yeux pendant l'écoute, mais c'est une consigne qui ne sera pas intégrée, même après l'avoir répété. J'insiste aussi sur le fait qu'il ne s'agit

pas à ce moment d'essayer de reconnaître la chanson coûte que coûte, mais plutôt de **se laisser imprégner** par elle, d'observer ce qu'elle peut faire en soi.

Je ne vais pas développer ici tous les extraits passés et les réactions associées, cependant certains retiennent mon attention.

A l'écoute de La Bohème de Charles Aznavour, tous la reconnaissent et commencent à fredonner l'air, sans se rappeler des paroles (quand les paroles viennent à manquer, la mélodie elle revient sans peine). **Les premières notes ont suffi à éveiller le souvenir de la chanson.** Mr L. prend même de l'avance sur l'interprète, précipitation qui peut expliquer son **plaisir à découvrir la fidélité de sa mémoire.**

Des sourires apparaissent, des regards s'échangent, on tape légèrement du pied, **les corps entrent en mouvement**, Mr L. se met à mimer un chef d'orchestre, des souvenirs remontent à son esprit, il sait qu'il écoutait ça quand il était plus jeune, mais ne se rappelle plus le contexte exact. A ce moment là, **le passé refait surface à travers les souvenirs.** C'est sa mémoire musicale qui est mobilisée, en lien avec sa mémoire affective (*« la charge affective joue un rôle fondamental dans la persistance des souvenirs »*¹, plus cette dernière est vigoureuse, plus elle conserve le souvenir). Mr G. se redresse sur son fauteuil, bouge légèrement sa tête pour accompagner la mélodie, il mime de claquer des doigts. Mr M. bouge ses jambes en rythme, il apprécie ce moment et c'est tout son visage qui s'ouvre. Tous se regardent à certains moments, ils échangent quelques mots *« je la connais », « ça me rappelle des choses »*, ce sont là les **prémises d'une relation qui naît entre eux, autour d'un même médiateur : la musique.** Ils viennent enrichir une discussion sur un passé culturellement commun. Il y a une sorte de plaisir à penser ensemble. Au moment d'exprimer leurs ressentis, tous me diront simplement qu'ils la connaissent, sans aller plus loin.

Dans la suite de la séance, pendant les différentes écoutes, c'est la capacité ou non à reconnaître l'extrait qui vient faire l'objet des attentions de chacun, et non l'expression des ressentis. Je conclus à ce moment là qu'ils se sont appropriés une consigne et ont **beaucoup de difficulté à passer à une autre.** Je remarque aussi qu'ils ont moins de **difficulté à exprimer un éprouvé** quand un extrait ne leur a pas plu : *« c'était plus du bruit que de la musique », « je n'ai pas réussi à accrocher »*... et ce malgré que je leur propose des adjectifs pour qualifier les extraits écoutés. Ont-ils déjà oublié ce qu'ils viennent d'écouter, expliquant alors l'impossibilité pour eux d'exprimer quoi que ce soit ?

¹ N. LAENG, La personne âgée en art-thérapie – De l'expression au lien social, ed L'Harmattan, 2004, p. 146

Ceci renvoie à la **difficulté de mémoriser une information nouvelle** du fait de leur pathologie. Je finis par un extrait de percussion africaine qui laissera chez eux une impression de bruit plus que de rythme.

Les derniers échanges sur la séance en elle-même confirment la difficulté rencontrée à trouver des mots pour s'exprimer. Mr G. me répond que c'était ni bien, ni mauvais, qu'il ne sait pas trop quoi dire. Mr M. me dit de son côté qu'il a fait ce que je lui ai demandé de faire et que ça va, Mr L. reprend les mots de Mr G. en arborant un sourire. Tous trois acceptent de revenir la semaine suivante, et des poignées de main sont échangées en guise de au revoir.

Conclusion

Il me faut pour les séances suivantes mettre en place un jeu de confiance entre les trois. Je dois plus insister sur le côté « amusement » de la séance, pour expulser les émotions, verbalement ou par des gestes, mais aussi plus les aider à trouver des mots, à les orienter pour qu'ils puissent s'accrocher à cela. Chez les sujets déments, les sources de satisfaction sont à créer et à renforcer.

Séance 2

« Tempo et adaptation corporelle aux variations de tempo »

J'ai construit cette séance autour du **tempo spontané**, propre à chaque être, déterminant la cadence de vivre son corps dans l'espace et qui influence l'allure des actes de la vie quotidienne. Le vieillissement entraîne indéniablement un ralentissement du tempo personnel, il va me falloir réguler mon propre tempo, en écho sur celui des participants pour créer une harmonie. Je vais tenter de leur faire connaître et apprécier leur propre tempo spontané, ainsi que celui des autres.

Structure de la séance

- Début : musique, installation, présentation de chacun, des états d'être, présentation de la séance.

- Exercices de tempo individuel : il s'agit de frapper dans ses mains le plus régulièrement possible, de frapper des pieds (les deux ensemble, puis en alternant).

Une fois cela bien en place chez une personne, tous les autres membres du groupe viennent imiter ce qu'elle fait et tentent alors de s'accorder avec elle.

- Expérimenter des variations de vitesse du tempo : accélération/ralentissement, individuellement puis en groupe.

- Marcher sur un tempo spontané : d'abord sur place, puis en se déplaçant dans l'espace (en conservant les notions d'accélération et de ralentissement).

Objectifs

Expérimenter le tempo spontané ; observer ses possibles variations ; dissocier le haut et le bas du corps ; expérimenter différentes sensations et sensibilités ; exercer ses coordinations bi-manuelles et pédestres ; s'adapter à des niveaux postural et tonique ; avoir la capacité d'écouter et d'être attentif ; tenir compte du groupe (donc des autres membres). Capacité à modifier un tempo par accélération ou ralentissement, à retrouver le tempo d'origine. Mobiliser les coordinations motrices, créer des repères spatio-temporels et ouvrir ses capacités de déplacement dans l'espace. Capacité à guider une proposition.

L'avant-séance

Aujourd'hui, Mr L. refuse de venir à l'atelier en prétextant se sentir très fatigué et préférant rester dans sa chambre. Malgré mon insistance et celle de la psychomotricienne, rien n'y fait, Mr L. ne participera pas à la séance. Lui demandant s'il pense venir la semaine prochaine, il me répond favorablement en m'expliquant qu'il ira sûrement mieux.

J'ai toujours autant de difficulté à ce que Mr G. soit prêt à l'heure, et c'est la même scène que celle de la semaine passée qui se répète. Cependant, il fera preuve de moins d'agressivité mais ne cessera de me questionner quant aux objectifs de l'atelier.

Mr M. est assis juste à côté de l'entrée de la salle rose quand j'arrive avec Mr G.. Ceci me fait dire qu'**il se repère bien dans le temps et l'espace, il anticipe** ma venue en s'installant à cet endroit pour être sûr qu'on le voit.

Le groupe pendant la séance

Nous nous retrouvons donc aujourd'hui à 4 de par l'absence de Mr L.. J'explique au groupe ce fait sans que cela ne le questionne ou perturbe.

Je fais un rappel de ce qui a été fait la semaine précédente pour poser à nouveau le contexte, le cadre. J'observe par ses mimiques que Mr G. ne se souvient pas de cette séance et laisse entendre qu'il attend la suite.

Frapper dans ses mains/pieds. Mr G. n'a de cesse de remettre en question à chaque fois les objectifs des différentes propositions : « *oui, et donc, ça nous mène où tout ça ?* ». Il me regarde de haut, me faisant comprendre que c'est un peu enfantin, et peut être trop facile. J'essaie d'expliquer à nouveau qu'il s'agit ici de **s'écouter soi, les autres, de découvrir ses potentialités**, et qu'il faut passer par là pour envisager la suite. Pendant cet exercice, l'imitation est de qualité, tout le monde s'accorde pour être dans un unisson, plus moteur cependant qu'émotionnel. Les coordinations de chacun sont bonnes, je remarque néanmoins qu'ils tapent très doucement dans leurs mains, je vois là un **manque de confiance en soi**, une **réserve** face à l'inconnu et aux autres membres du groupe.

Variations de tempo. J'observe une bonne capacité de leur part à accélérer ou ralentir, en ayant une belle qualité d'écoute. Ils se regardent, Mr G. est concentré ; dans l'accélération, son visage se tend légèrement mais ses gestes sont précis. Mr M. semble se positionner du côté du défi, celui de réussir ce qui est demandé, comme gage de reconnaissance, de réassurance, pour se valoriser en quelque sorte.

Je remarque également que demander à chaque membre la façon dont il a vécu la proposition, **juste après** celle-ci, ouvre davantage la discussion. Le souvenir est là, encore inscrit un temps dans la mémoire, et avec les mots de vocabulaire que je leur donne pour les orienter, chacun exprime son ressenti, et ce même si l'explication est courte.

Marcher sur un tempo spontané (donné par un membre). *Sur place* : Mr G. et Mr M. ont tous deux des cannes mais ils choisissent à ce moment de les laisser sur le côté. Je donne en premier le tempo, la pulsation, en frappant dans mes mains, et tous s'exécutent à taper un pied sur le sol à chaque temps. Je remarque que Mr G. s'accorde avec précision sur mes frappes. Comme un militaire, il gonfle la poitrine, les bras restent le long du corps, sans les bouger, il regarde au loin. Mr M. connaît un peu plus de difficultés à coordonner ses mouvements au départ, mais par l'observation des autres membres, il réussit. *En mouvement* : la tendance est à tourner en cercle, ce qui est plus rassurant, tout le monde allant dans le même sens, on ne se risque pas à bousculer quelqu'un, à s'affronter du regard. Quand je leur dis d'en sortir et de marcher partout dans la pièce, sans forcément tourner, les regards se croisent, Mr M. se met même à sourire en voyant l'allure de Mr G., très fier, haut sur ses jambes. C'est ce dernier qui mettra fin à la proposition par un « *bon et ensuite ?* » en s'arrêtant sur place. *Changement de rôle* : « *vous allez faire à votre tour les chefs d'orchestre* », leur donnant la possibilité d'avoir une part plus grande de responsabilité, d'importance. A leur tour, Mr G. et Mr M. se lanceront à taper dans leurs mains, avec des vitesses différentes.

Fin de séance : tout deux sont satisfaits et acceptent de revenir la semaine suivante, ils échangent même quelques sourires en partant avant de se séparer.

Observations : **bonne capacité de chacun à s'orienter temporellement et spatialement**, à **ajuster son tonus** pour contrôler ses mouvements. Ils ont eu également la capacité à guider une proposition, endossant le rôle de « chef » de séance, un nouveau statut au sein du groupe. C'est un exercice intéressant puisqu'ils n'ont pas l'habitude de s'exprimer, ils se contiennent.

Conclusion

Il faut pour les prochaines séances **favoriser l'expression de soi**, se laisser plus aller dans les propositions. Il y a encore trop de réserve ce qui vient freiner le processus de créativité, le jeu. Je pense alors proposer des **expériences corporelles** qui pourront peut être faire émerger, vivre, extérioriser et partager les émotions des participants pour qu'ils puissent les reconnaître et les accepter, au lieu de les subir.

Séance 3 *« l'instrument corps »*

Je propose à travers cette séance d'expérimenter différents sons possibles avec l'« instrument corps », en lien la notion de **schéma corporel** et la **connaissance des différentes parties du corps**.

Structure de la séance

- Début : « *Manipuler – produire le son* », réveil corporel, à travers des petites frappes, frottements sur l'ensemble du corps, en faisant varier la vitesse, l'intensité ; nommer chaque partie du corps ; monter les bras vers le haut (inspiration), puis les redescendre (expiration), bien prendre conscience de leur position et parcours dans l'espace.

Trouver un son réalisé avec une partie de son corps, obligatoirement différent de celui proposé par l'autre.

- « *Mémoriser le son* » : chacun produit un son avec son corps, les autres, qui auront les yeux fermés (si cela est possible) doivent essayer de reconnaître d'où provient ce son (quelle partie du corps est frappée).

- Chef d'orchestre : une personne effectue deux sons avec deux parties de son corps, les autres l'écoutent les yeux fermés et doivent ensuite reproduire ce qu'ils ont entendu. Un troisième son peut être ajouté.

- Jeu à quatre : deux personnes vont proposer un tempo à deux, puis une troisième personne va venir se greffer sur elles en proposant quelque chose de différent, et enfin la quatrième. Ce travail en groupe est là pour **faire du lien entre les différentes propositions** qui ont été faites jusqu'alors, et **vivre une expérience commune**, dans un même but. Ce temps à quatre est posé comme un rituel de fin de séance.

Objectifs

Expérimenter toutes les possibilités qu'offre le corps en tant qu'instrument pour produire des sons. **S'écouter soi, et les autres. Capacité de mémorisation et d'attention. Investissement personnel dans une production en groupe. Mobilisation des coordinations.**

L'avant-séance

Aujourd'hui, Mr G. est prêt à l'heure, et ce même si je suis venu le voir deux fois pour m'assurer qu'il se prépare à temps. Il n'est pas de mauvaise humeur et semble passif, le regard un peu perdu.

Mr L. ne veut toujours pas participer à l'atelier, il dit se sentir très fatigué, « *pas en forme* », il préfère rester dans sa chambre pour se reposer. La psychomotricienne est allée le voir pour discuter avec lui, sans résultat. Nous décidons ensemble qu'il serait peut être plus adapté pour Mr L. d'aller le voir individuellement en chambre un autre moment dans la semaine, quand il sera plus disponible à entrer en relation. J'essaierai d'adapter les objectifs de l'atelier avec lui en séance individuel, sans laisser de côté le rythme et la musique, qu'il a semblé apprécié lors de la première séance.

Mr M. est triste ce matin mais motivé pour venir à l'atelier dont il se rappelle les dernières séances « *ça m'avait fait un peu de bien la semaine dernière* ».

Le groupe pendant la séance

Eveil corporel « Manipuler – produire le son » : Mr G. trouve la proposition d'éveil corporel enfantine et me regarde, un peu consterné, tout en imitant les mouvements que j'effectue. Malgré tout, j'observe qu'il s'exécute et prend le temps de bien faire. Ses gestes m'indiquent comme lors de la passation de l'EGP qu'il conserve une **bonne souplesse articulaire**, il lève bien haut les épaules, arrive à toucher ses chevilles avec les mains en se penchant en avant (j'ai pu le voir enfile ses chaussures dans sa chambre assis sur son fauteuil sans difficulté). Mr M. semble soucieux au moment de frotter son corps avec ses mains, voire perdu (voir vignette clinique de la partie « 2.4. Une médiation comme ouverture à la créativité », p. 46).

Mr G. fait preuve d'imagination, il expérimente un nouveau son en grattant son pantalon avec ses ongles, ce qui ne laisse pas Mr M. indifférent : « *ça vous démange tant que ça ?* » lui dit-il en souriant, faisant alors rire Mr G. Mr M. tape sur son torse en indiquant que « *c'est plutôt un son grave* », attestant qu'il fait preuve d'une **belle qualité d'écoute**. La psychomotricienne propose ensuite un claquement de doigt, et Mr M. comme Mr G. posent alors des qualificatifs sur le son entendu « *c'est sec* », « *c'est plus discret* » (cette phrase montre en quelque sorte les problèmes d'audition dont souffre Mr G. qui ne lui permettent pas de bien entendre les sons de faible intensité). A mon tour, je propose un nouveau son un peu plus original en utilisant ma joue (et ma bouche comme caisse de résonance), ils me regardent alors avec intérêt et surprise. Mr M. s'essaie même à m'imiter : « *c'est pas facile ça !* », Mr G. s'essaie aussi à l'exercice sans commenter. Je remarque que **l'ambiance est plus détendue qu'au début**, les commentaires se font **plus spontanés**, marque de **l'investissement de chacun dans un travail en groupe, donc de relation**.

« Mémoriser le son » : Mr M. et Mr G. ne reconnaissent pas toujours la même partie du corps. Ils ont réussi à conserver les yeux fermés tout au long de la proposition. Une fois le son terminé, ils se regardent tous les deux comme pour chercher une réponse chez l'autre, ou une approbation. Ils s'aident mutuellement même si Mr G. semble légèrement en retrait dans ces échanges.

Chef d'orchestre : Mr M. est **désorganisé**, il est perdu dans ses gestes. Il fixe mes mains sans regarder les siennes : « *je n'y arrive pas* » d'un air désolé, presque abattu. Il me montre ses tremblements de mains en m'expliquant « *vous voyez, qu'est-ce que vous voulez que je fasse avec ça ?* ». Je prends conscience qu'il me faut ralentir dans mes gestes, et prendre le temps de répéter.

Cette répétition, quand elle est maîtrisée par Mr G., a tendance à l'ennuyer (« *oui et donc ?* »), mais elle est nécessaire pour intégrer une phrase, une information, un rythme. **Il faut laisser plus de temps à l'expérimentation pour une intégration.** Dans leurs rôles de chef d'orchestre, tous deux se positionnent dans l'imitation et font preuve de peu de créativité. L'imitation amène de la réassurance, un certain confort...

Jeu à quatre : Mr M. et Mr G. me font indirectement comprendre qu'il est tout à fait possible d'envisager avec eux des futures propositions à plusieurs dans cette idée. Ils s'investissent bien dans l'exercice et tentent d'apporter chacun leur pierre à cet édifice « commun ». Même s'ils reviennent assez souvent à l'imitation, ils sont capables d'écouter et produire assez longtemps pour que cela sonne bien. C'est la psychomotricienne et moi-même qui donnons le tempo à deux, Mr G. et Mr M. viennent ensuite se rajouter.

Observations : quand l'un d'entre eux remarque qu'il fait la même chose que nous (par imitation), il s'arrête et essaie alors de trouver quelque chose de différent. Nous voyons par là leur **capacité à observer, comprendre et intégrer une structure rythmique proposée pour essayer de s'en dégager.**

Conclusion

J'ai remarqué que mon regard est important, il permet un certain retour sur chacun des membres du groupe, ce qui est constructif. Ils ont un besoin de reconnaissance car ils perdent leurs facultés, ils vivent des moments difficiles, leur estime de soi diminue tout comme leurs capacités. Il me faut trouver les choses dans ce que l'on fait qui vont les rassurer et leur permettre de profiter pleinement des expériences qu'ils vivront.

Séance 4 et 5

« A la découverte des percussions »

Les ressentis, tensions, émotions, impressions, etc., des personnes âgées, c'est-à-dire ce qui vient chez eux de l'intérieur, vont venir prendre appui sur l'extérieur, sur ce qui est disponible pour pouvoir s'exprimer. Dans le cadre de cette séance, il s'agit des percussions et leurs sons.

Je décide donc d'amener les petites percussions afin que Mr G. et Mr M. les (re)découvrent.

Structure

- Début : rapide description de chaque percussion (origine, quel genre musical les utilise, etc...). Faire un historique des percussions permet de **donner du sens** sur ce qu'elles sont.

- Découverte : les percussions posées au milieu du groupe, je demande à chacun d'en choisir une et de l'essayer, la manipuler, écouter les sons, expérimenter, mais aussi de décrire ce qu'il ressent, perçoit, ce que la percussion et le son produisent en lui.

- Jeu à quatre : avec les percussions, dans le même esprit que la séance précédente.

Objectifs

Découvrir, prendre du plaisir. Capacité à adapter sa posture pour jouer la percussion, précision des gestes, tonus (mis en jeu de manière adaptée ou non, hypertension/hypotension).

L'avant-séance

Mr G. n'est pas prêt à l'heure, et quand je viens le chercher une nouvelle fois, il est en colère, pressé, voire oppressé, il exprime même de vive voix un « *fait chier !* » qui ne m'est pas destiné personnellement mais plus envers la situation actuelle qui l'oblige à faire les choses vite. Il ne reste pas longtemps dans cet état mais peut en garder quelques traces.

Le groupe pendant la séance

Début : je décide pour la première fois, au moment de rappeler le cadre de la séance et de l'atelier, d'ajouter un objectif que je n'ai jusqu'alors pas expliqué : celui de **prendre du plaisir**, tout simplement, en découvrant des choses nouvelles. Quel plaisir déjà de voir Mr G. réagir à cette phrase en l'entendant répondre : « *ah et bien si c'est pour prendre du plaisir, tant mieux !* ». C'est peut être là une solution trouvée face à son comportement de toujours remettre en cause le pourquoi de la séance, de l'atelier, de la proposition. La simple question du plaisir à prendre pose certainement là un **cadre différent**, et donc une façon d'appréhender l'atelier différente elle aussi. A ce moment, je sais que c'est un objectif que je rappellerai à chaque fois en début de séance. Mr M. et Mr G. sont très attentifs aux explications que je donne sur les percussions amenées, ils sont intéressés et observateurs, ils n'interviennent pas mais me regardent.

Découverte : Mr M. décide de prendre le wood-block et semble perplexe au moment de jouer avec. Il ne sait pas comment le tenir, ses mains sont tremblantes, « *non là vraiment je ne comprends pas* », « *j'ai l'air idiot* », il est angoissé, notamment de l'image qu'il a de lui.

Même avec une démonstration de ma part, il ne trouve pas de solution pour faire sonner cette percussion. Mr G. décide lui de prendre le tube résonnant à deux tons, et expérimente les différents sons possibles. Mr M. intervient alors en disant : « *ah là ce n'est pas le même son* », ce que confirme Mr G. Sur toutes les percussions qu'ils vont utiliser, ils s'amuseront eux même à chercher les différences d'hauteurs de sons, si un est plus aigu/grave, plus sec/résonnant, plus fort/faible, plus agréable/désagréable.

Jeu à quatre : temps apprécié et investi de la part de chacun, la concentration est là, l'écoute également. Par rapport aux séances précédentes, Mr M. et Mr G. entrent plus vite dans la proposition à quatre, ils trouvent des structures rythmiques simples qu'ils peuvent jouer sur un temps assez long. Pour cela, **ils adaptent bien leur tonus, leur posture**. Ils sont également **moins dans l'imitation** de ce que peut faire l'autre. Ils **intègrent la pulsation corporellement** (mouvement du haut du corps en rythme), leurs **gestes sont plus précis**, ils réussissent à moduler l'intensité de leurs frappes sans toutefois prendre l'initiative de le faire.

Conclusion

Il pourrait être intéressant d'introduire dans les séances qui suivront les notions de « lent » et « rapide » en lien avec la temporalité, mais aussi les silences.

Séance 6

« jeux de « percuvoix » »

L'expression par la voix (chantée) constitue dans cet atelier une nouvelle forme d'ouverture aux autres par encore expérimentée jusque là. La voix provient de notre corps et agit, par son timbre notamment, comme **marqueur de notre identité**. Elle est **intimement liée à nos émotions** et est marqueur de vie. Une voix tremblante est porteuse de souffrance, monocorde qui souligne comme une coupure d'avec le monde intérieur. La voix permet d'agir sur la posture, les appuis, **elle est l'expression et la réaffirmation de soi**, et elle ne peut exister sans le corps qui la fait naître, la soutient et la projette au dehors. Une voix se retrouve d'autant plus libérée que la régulation tonico-émotionnelle, la respiration et le souffle sont de qualité. **La pratique du chant stimule les sentiments, l'imagination, le sens de l'humour, la créativité et le sens de l'identité.**

Structure

- Début : éveil corporel + éveil de la voix, en partant du plus grave pour monter jusqu'au plus aigu, et inversement. Poser la main sur le ventre pour sentir le mouvement de ce dernier en lien avec l'inspiration/expiration.

- Transposition percussion/voix : reproduction avec la voix des sons joués avec les petites percussions. J'amène pour la première fois la potée à ce moment là.

- Questions/réponses – percussions/voix : une personne joue une phrase rythmique avec sa percussion et l'autre personne doit reproduire celle-ci avec sa voix.

- Jeu à quatre : percussion + voix

Objectifs

Expérimenter différentes voix : douce, forte, discontinue, continue,...etc. **Expression de soi, adaptation et régulation de la respiration et du souffle**. Les objectifs de cette séance sont les mêmes que pour les précédentes.

L'avant-séance

Mr G. est prêt à l'heure et attend que je vienne le chercher pour l'amener à la salle. Mr M. semble affecté, en retrait, triste.

Le groupe pendant la séance

Eveil de la voix : tous les deux prennent du plaisir à moduler leur voix, chercher à aller au plus aigu, au plus grave, avec des mimiques de satisfaction, de surprise (notamment à l'aigu). C'est un temps de détente où l'on s'amuse avec nos voix. Ils font même preuve d'**initiative** et d'**improvisation** en montrant aux autres des sons originaux qu'ils ont sûrement eus l'habitude de faire.

Transposition percussion/voix : ils se prêtent au jeu de reproduire le mieux possible le son de la percussion avec leur voix, ils cherchent ensemble, approuvent ce que fait l'autre. Quand ils sont en difficulté (par exemple avec le egg shaker), ils s'en amusent et insistent pour être le plus fidèle possible. Je vois là qu'ils prennent part à la proposition, et ayant l'envie de bien faire. Je leur montre la potée (son d'eau, très caractéristique) et tous deux m'écoutent en jouer avec intérêt et étonnement. D'eux-mêmes, ils imiteront de suite après le son avec leur voix.

Questions/réponses – percussions/voix : Mr M. persévère dans un rythme sans pouvoir passer à un autre. Lui et Mr G. n'ont pas de difficulté à répondre avec leur voix la structure rythmique jouée, si cette dernière n'est pas trop longue.

Conclusion

Pour Mr M., il faut que je trouve un moyen de l'aider à structurer ses frappes, qu'il arrive à les maîtriser, donc travailler les mouvements (peut être même faire avec lui). Plusieurs pistes sont possibles : une piste plus motrice qui conviendra mieux à Mr M., une plus expressive pour les deux.

Séance 7

« djembés : quand les sons résonnent »

Pour cette séance, j'amène pour la première fois les grosses percussions (djembés, dombek, cajon). Pour des raisons pratiques, Mr M. et Mr G. joueront sur les djembés.

Structure

- Début : rappel séance précédente avec les voix, nouveauté à venir avec les grosses percussions.

- Exercice petites percussions/voix : comme la séance précédente.

- Découverte grosses percussions : description des nouvelles percussions (origine,...), démonstration de jeu ; chacun essaie les différentes percussions, expérimente les sons possibles, on s'écoute jouer les uns les autres.

- Question/réponse : une personne propose une structure rythmique simple (avec des gestes simples), les autres la reproduisent sur leur percussion.

- Jeu à quatre

Objectifs

Même objectifs que la séance précédente, découverte des nouveaux instruments, **adaptation posturale et tonique** (différence entre les petites et les grosses percussions), **mobilisation des coordinations et de la gestuelle, se faire plaisir** (les grosses percussions autorisent davantage de jouer et frapper fort), donc **décharge des tensions** (s'il y en a).

L'avant-séance

Mr G. est sous antibiotiques pour une blessure contractée à la jambe, ceci peut expliquer qu'il soit fatigué, plus effacé, plus vite irritable (au moment de venir le chercher, il ne trouve pas ses affaires et devient injurieux ; état qui ne perdurera pas pendant l'atelier). Mr M. va mieux, il est moins mélancolique ou triste comme il a pu l'être et est motivé quant à participer à l'atelier.

Le groupe pendant la séance

Début : Mr M. part dans un long discours sur son état de fatigue. Mr G. semble moins enthousiaste, plus distant (sûrement à cause de son traitement). Cependant, il fait preuve d'attention et d'écoute envers Mr M. qui parle, il sourit en réponse à ce qu'il peut dire (mais il ne s'agit plus de ce sourire qui pouvait paraître moqueur, hautain, des premières séances). Une réflexion se lie sur son visage.

Exercice petites percussions/voix : Mr M. reconnaît les petites percussions et voit qu'il en manque par rapport à la semaine dernière (notamment le wood block qui lui pose tant de problème), ou que certaines sont nouvelles. **Il construit un lien entre les séances et se repère bien dans le temps.** Il remarque aussi que Mr G. prend toujours la même en premier.

Découverte grosses percussions : Mr G. qui est effacé en ce début de séance s'ouvre davantage à la vue et l'écoute des nouveaux instruments. Face à la démonstration que je leur propose, ils ne manqueront pas de faire de l'humour, « oui *bon on ne jouera pas comme ça hein !* » (Mr M., en souriant). Mr G. a été ingénieur dans sa vie, c'est certainement ce qui explique son grand intérêt pour la physique des sons, des objets, et donc aux explications que je donne quant à la résonance, les tensions des peaux, tout ceci ne lui est pas étranger. A ce moment, il me regarde beaucoup et acquiesce ce que je peux dire. Mr M. et Mr G. tapent du bout des doigts sur leurs djembés, n'osent-ils pas taper fort ? Le contact avec le plat de la main leur est-il difficile ?

Questions/réponses : Mr M. n'arrive pas à proposer une structure simple à reproduire. Il tape sans s'arrêter malgré que je lui redise la consigne. Ceci trouve un parallèle dans ses prises de parole où il ne sait pas faire succinct, c'est difficile pour lui de limiter les choses, de les résumer.

Je vois là l'**angoisse qu'il peut éprouver face au vide**, au silence, qui tient dans son **incapacité à structurer les choses**. Utilisant le cajon, percussion différente des djembés, je m'aperçois qu'ils réussissent à transposer les rythmes que je propose, et donc ma façon de jouer (position des mains) sur leurs instruments.

Jeu à quatre : face aux difficultés que rencontre Mr M. à reproduire une structure rythmique sur sa percussion (**désorganisation des mouvements, problèmes de coordination**), la psychomotricienne l'accompagne et le guide en lui tenant ses mains, pour qu'il puisse se représenter la façon de jouer et de reproduire. A la fin de cette proposition, je propose à chacun de venir taper aussi fort qu'il le souhaite, sur sa percussion, pour se faire plaisir et se défouler après cette séance. Ceci est apprécié et chacun s'engage un peu plus corporellement dans ce « jeu libre ».

Séance 8

« mémoire de rythme »

Structure

- Début : rappel séance précédente avec les grosses percussions.
- Re-découverte grosses percussions
- Jeux coordinations : exemple droite/gauche/droite, droite/gauche/clap (main), etc.
- Jeu à quatre : chacun a une phrase rythmique simple à apprendre, et à la fin nous essayons de tous les jouer ensemble.

Objectifs

Coordinations bi-manuelles, capacité de mémorisation + objectifs séances précédentes.

Le groupe pendant la séance

Mr M., au moment de parler de son état, dit qu'il est comme le temps (un temps gris, nuageux). Mr G. et Mr M. sont toujours dans une forme de pianotage quand ils jouent sur leurs djembés.

Je décide alors un temps pour ce pianotage où tout le monde joue de cette façon, et un autre avec les mains à plat. Ils sont toujours en difficulté avec cette dernière consigne, malgré mes encouragements. Mr G. décrit son jeu en disant : « *c'est la dextérité des doigts* ».

Jeu coordinations : Mr M. est en **difficulté pour alterner sa droite et sa gauche**, et quand je propose une structure simple (ex : D/G/G), il ne lâche pas du regard mes mains et ne s'occupe pas des siennes. J'intègre la consigne de dire « chut » sur des temps de pause, pour faire respirer un peu le jeu. J'observe qu'il est compliqué pour eux de ne pas taper en même temps d'utiliser la voix (**dissociation**), et c'est un exercice qui leur demande beaucoup de concentration. Il faut que je m'adapte en utilisant un tempo très lent (que je frappe avec le pied). Mr G. a une **bonne capacité à coordonner ses mouvements**, et s'il se trompe, il se corrige rapidement.

Jeu à quatre : Il est très difficile pour Mr M. d'apprendre une structure rythmique. La psychomotricienne se met alors en binôme avec lui pour l'accompagner dans ses gestes par des mobilisations. Je me mets de mon côté avec Mr G. pour lui faire apprendre la sienne.

A ma question : « *face à des difficultés, comment êtes-vous ?* », Mr M. me répond : « *j'ai peur* », Mr G. : « *je suis agacé* ». Ces réponses sont en lien avec leurs états. Cette peur est liée au sentiment d'incapacité totale de Mr M.. C'est essentiellement sa gestion des émotions qui le met en difficulté. C'est quasiment impossible pour lui de vivre une difficulté, il est dans une situation de grande fragilité (aucune capacité à se défendre, à se protéger).

NB : jusqu'à la dépression, on se défend : déni, évitement,... et d'un coup, ces mécanismes de défense ne sont plus là, l'esprit n'est alors plus capable de rationaliser, d'analyser, d'ordonner, de se maîtriser. Les émotions débordent, les pensées se déroulent mais très négativement « *il vaudrait mieux que je meure* ». La personne ne peut plus se défendre contre les problèmes qui l'assaillent.

Cependant, Mr M. arrive à exprimer ses difficultés : « *c'est ma faute, je n'arrive à rien* », il se victimise. Mr G. fait preuve de **bienveillance** à son égard : « *mais non pas du tout* ».

Bilan d'évolution

Ce bilan est là pour retracer l'évolution de Mr M. et Mr G. tout au long des séances de l'atelier « rythm'n vie », comme une conclusion de celles-ci.

Evolution dans l'investissement des relations

Dans les premières séances, j'observe une retenue générale de chacun. Chacun canalise son énergie, ils n'expriment pas beaucoup leurs émotions. L'expression de soi n'est pas évidente. Néanmoins, ils s'observent et peuvent rebondir sur ce qui se dit. **Ceci marque les premiers échanges interactionnels. Un premier sentiment de groupe se crée.** Il faut qu'un jeu de confiance se construise entre les participants. Je dois plus insister sur le côté « amusement » de la séance, pour expulser les émotions, verbalement ou par des gestes. Il faut les aider à trouver des mots. Chez les sujets déments, les sources de satisfaction sont à créer et à renforcer.

Au fur et à mesure des séances, Mr M. et Mr G. s'entendent de mieux en mieux, ils se regardent davantage, rient ensemble. Mr M. est plus à l'aise spontanément et prend plus facilement la parole. Mais il faut lui demander d'arrêter de jouer quand la proposition est terminée car il a tendance à continuer seul, frénétiquement, ce qui est certainement lié à son angoisse (la persévération constitue un symptôme chez les personnes démentes, notamment atteinte de la maladie d'Alzheimer) et à sa difficulté à changer de consignes. Mr G. Fait preuve de **respect** envers Mr M., il ne le rabaisse plus comme il pouvait le faire (non directement), respect qui s'inscrit dans la relation entre eux.

Mr M., par la reconnaissance des percussions d'une séance à l'autre, réussit à **construire un lien dans le temps**, dans lequel il se repère bien. Il garde en mémoire ce qui a pu être fait.

Je remarque que **l'évolution de Mr G. au fil des séances est très bonne.** Même s'il part avec un état d'esprit négatif (au moment d'aller le chercher dans sa chambre), il ne se met plus en défense, il ne s'offusque plus et reste ouvert (il ne demande plus notamment à chaque fois les objectifs de la séance). **Il est plus franc dans son regard, il sourit davantage, se concentre plus malgré quelques baisses d'attention parfois** (et quand bien même il décroche parfois, il revient de lui-même dans la proposition, signe d'une meilleure capacité à se concentrer). **Il fait preuve de finesse dans son écoute et ses analyses. Il est moins stressé, plus serein, ouvert, et ce même dans la vie quotidienne. Plus disponible, il fait preuve d'une meilleure qualité d'expression.** En difficulté, il ne s'énerve pas, alors qu'avant, il aurait dénigré la chose (comme une sorte de mécanisme de défense). Comme il ne fait pas grand-chose à l'EHPAD, bénéficiaire de cet atelier ouvre Mr G. à la relation et la prise en compte de l'autre.

Je constate aussi que le valoriser (« *on sait que vous êtes quelqu'un d'intelligent et que vous réfléchissez beaucoup* », sans vouloir exagérer outre mesure) lui permet de **prendre confiance en lui** et avoir un certain recul sur l'appréhension de certaines situations.

De son côté, l'évolution de Mr M. est moins marquée, il manque un peu d'écoute et persévère dans l'imitation, dans un rythme. **Il joue de façon presque stéréotypée** ce qui a tendance à **l'enfermer du groupe**. Il ne porte plus trop attention aux autres. Ceci est à mettre en lien avec une légère rechute sur un mode dépressif dont il fait l'objet. Mr M. ne s'en sort plus dès qu'il se retrouve en difficulté. Son regard est absent, il est trop parasité et se fait une catastrophe de la difficulté (marque de son côté dépressif). Il remet beaucoup en cause le fait d'être vieux pour expliquer ses problèmes. Néanmoins, il **reste très cohérent dans ses remarques**. Il faut quelque chose de très cadré et structuré pour Mr M., pour répondre à ses difficultés (une fois qu'il commence à taper sur son instrument, il ne se contrôle plus, il ne sait plus). Il faut faire du très simple pour gagner en confiance et partir ensuite sur quelque chose de plus élaboré. Il est important de parler avec Mr M. sur ses émotions, les accueillir, en dire quelque chose pour lui montrer que nous ne l'abandonnons pas là-dedans. C'est important qu'il puisse gérer ses émotions face à ses difficultés. Quand Mr M. justifie ses problèmes par le fait qu'il est vieux, il faut lui faire comprendre que ce n'est pas parce-qu'il est vieux ou malade que c'est difficile, mais bien parce-que c'est nouveau, qu'il se trouve dans une phase compliquée. Il faut se permettre dans ces situations de prendre le temps de discuter de ses ressentis car nous sommes dans un petit groupe (ce qui n'est pas possible, de manière aussi attentionnée, avec un effectif trop important, cela mettrait un peu à nu l'intimité du sujet).

Quand il ne retombe pas dans ces états dépressifs, **Mr M. investit beaucoup l'atelier, il entretient de très bonnes relations avec le groupe et sent lui-même les bénéfices apportés.**

Dans le jeu à quatre, je trouve que nous arrivons maintenant à bien jouer ensemble en faisant des sons différents (ce qui était plus compliqué au départ). Il y a la **capacité à repérer les différentes propositions pour réunir le tout en une seule.**

Mr G. et Mr M., en plus d'entretenir de bonnes relations, sont complémentaires et s'aident l'un l'autre. En effet, Mr M. est mieux au niveau de sa mémoire que Mr G., mais ce dernier est plus à l'aise dans sa gestuelle, dans son vocabulaire, mais moins dans la capacité de s'exprimer, à l'inverse de Mr M.

Ainsi, au vu de l'évolution positive de Mr M. et Mr G. tout au long des séances de l'atelier, je peux affirmer que les objectifs du suivi en psychomotricité qui avaient été établis ont été atteints. Les défenses psychiques ayant été peu à peu abaissées (repli sur soi,...), ils ont pu investir la relation en s'acceptant chacun dans leur singularité, par la revalorisation de leur estime d'eux même (qui était alors affaiblie). Ils ont retrouvé suffisamment de confiance pour s'ouvrir, s'exprimer, partager, et ceci, grâce à l'appui de la musique et du rythme avec les différentes percussions proposées.

Cependant, il paraît nécessaire et justifié que cet atelier continue d'exister, au vu de l'état fluctuant de Mr M. dans le temps, et pour ne pas venir mettre à mal la bonne dynamique dans laquelle chacun des participants s'est inscrit. Quittant l'EHPAD dans quelques semaines, c'est aussi la question de la séparation qu'il va falloir envisager pour ne pas contrarier tout ce qui s'est construit jusqu'à présent au sein du groupe.

Evolution personnelle

Mon évolution s'est faite en quelque sorte en parallèle de celles de Mr G. et Mr M. au niveau de leur relation.

Au départ, il est difficile pour moi de bien trouver mes mots, qu'ils soient justes pour donner envie et motiver chacun des participants, pour attiser leur curiosité. Je **répète souvent les mêmes consignes**, nécessaire cependant pour qu'elles soient intégrées. Il faut qu'elles soient simples, claires. Je me précipite encore trop entre les différentes propositions sans laisser le temps à la séance de « respirer », c'est dans les moments de silence, de pause, que résonne ce qui vient d'être fait, laissant une trace à plus ou moins long terme chez les participants. C'est peut être à ce moment l'angoisse du « vide » qui me fait enchaîner trop rapidement. Il me faut encore laisser plus de temps à l'expérimentation et ne pas donner trop de consignes d'un coup (je dois tenir compte des troubles mnésiques des participants). Les rythmes sont différents entre moi et les membres du groupe, nécessitant que j'**ajuste mon débit de parole**. La psychomotricienne est là pour me le rappeler pendant la séance : « *peut-être peut-on refaire cette proposition ?* ».

Dans les premières séances, je regarde trop Mr G. (par rapport à Mr M.), sûrement dû au fait qu'il a tendance à s'ennuyer, et qu'à travers mon regard, je l'encourage à continuer. Peut être est-ce dû aussi au fait qu'il remet en doute assez souvent les objectifs de l'atelier. Je comprends aussi qu'il s'agit d'un problème que l'on peut rencontrer très souvent en proposant ce genre de médiation qui n'est pas culturellement partagée ou non demandée. En effet, nous sommes dans le

jeu, et ce jeu, les personnes âgées de l'institution l'ont quitté depuis longtemps, c'est donc normal de rencontrer ce genre de difficultés, de réticences...

Au fur et à mesure des séances, en lien avec la bonne évolution générale du groupe, je me sens plus à l'aise et confiant dans la conduite des séances. Je m'éparpille moins et suis plus clair dans mes consignes et les mots que j'emploie, je suis plus en capacité de rebondir sur ce qui peut être fait ou dit, ceci ouvre une porte sur l'improvisation à quoi je laisse une place plus grande désormais.

CONCLUSION

Chaque personne, chaque patient, est riche de ses expériences, mais aussi fragilisé par celles-ci. La personne âgée dépendante est vulnérable, et c'est dans cette vulnérabilité que réside toute la difficulté de la psychomotricité.

A côté de tous les traitements qui existent et qui permettent de maintenir la personne âgée dépendante dans un état relativement stabilisé, l'intervention de la psychomotricité a toute sa place. Il faut pouvoir aider ces sujets à accepter leurs corps vieilli, malade, et à remettre en lumière toutes les capacités et potentialités qui sont encore là, présentes, et qui ne demandent parfois qu'à être stimulées pour apporter un bien-être et un mieux-être qui peuvent manquer cruellement.

La psychomotricité, comme thérapie de relation, légitime son intervention auprès de cette population dont l'isolement et la perte de reconnaissance grandit chaque jour un peu plus. Parmi tous les outils dont cette profession dispose, la musique et le rythme, de par leur dimension sociale, vont permettre de médiatiser le lien à soi afin de rétablir le lien à l'autre. Ils sont à l'origine du mouvement et offrent une porte d'entrée vers les sphères expressives et créatives. Entre psychomotricien et patient, il y a réunion de deux personnalités et deux façons de vivre le rythme et le temps de la rencontre, créant ainsi la spécificité et le caractère unique de la relation.

Confronté pour la première fois dans le cadre de mon stage à ces personnes âgées dépendantes, j'ai pris conscience petit à petit des spécificités et moyens pour faire face à certains de leurs troubles mettant à mal leur estime de soi, leur identité, leur vécu corporel.

Ainsi, dans une approche théorico-clinique, où j'ai tissé un lien entre les recherches théoriques que j'ai menées tout au long de ce mémoire et ma pratique, à savoir l'atelier « rythm'n vie », je peux maintenant certifier que le médiateur musique/rythme a ouvert ces portes fermées (évoquées dans l'introduction) sur le monde de l'intersubjectivité, de la communication, de la relation, et qu'il constitue un facteur d'éveil moteur et émotionnel, de plaisir, renforçant l'estime de soi et le sentiment d'identité. Ils sont un support précieux à la construction psychique et à l'analyse relationnelle.

Au vu du nombre toujours plus grandissant de personnes âgées à venir dans nos sociétés, de par l'allongement de l'espérance de vie et l'évolution de la médecine, nous pouvons nous questionner sur la plus grande place qui pourrait être laissée à la psychomotricité et sa musique,

son rythme et ses instruments, au sein des EHPAD, dans la mesure où nous pensons avoir amené à travers ce mémoire les arguments qui plaident en faveur de son utilisation.

Nous pourrions aller plus loin puisque, en s'appuyant essentiellement sur le support du non verbal, cette musique et ce rythme peuvent s'adresser à toutes les populations, du bébé à la personne âgée, constituant alors un support de la thérapie en psychomotricité qui permettrait d'élargir le champ d'investigation clinique au-delà du simple symptôme...

Bibliographie

1. ALBARET J.-M., MICHEL S., SOPPELSA R., EGP, Hogrefe, 2011.
2. BALLOUARD C., L'aide mémoire de psychomotricité, Dunod, 2011.
3. BIDEAUD J., HOUDE O., PEDINIELLI J.-L., L'homme en développement, puf, Paris, 1993, chap. VII.
4. BLOSSIER P., Groupe et psychomotricité, le corps en jeu, Solal, Marseille, 2002.
5. BOURREAU M., mémoire Une mélodie pour orchestrer la relation à autrui – la musique comme médiateur entre soi et l'autre chez les sujets phobiques sociaux, 2008.
6. CENTURY H., La musicothérapie, Le Coq-héron, 2010/3 n° 202, p. 94-114. DOI : 10.3917/cohe.202.0094.
7. CHABY L., DUBOIS B., *et al.*, L'essentiel Cerveau et Psycho, Alzheimer : vivre avec la maladie et la comprendre, 2013.
8. DE COSTER L. *et al.*, Le monde temporel du bébé : une mosaïque de compétences temporelles précoces, Devenir, 2007/1 Vol. 19, p. 47-65. DOI : 10.3917/dev.071.0047.
9. DONNIO Isabelle, L'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, Gérontologie et société, 2005/1 n° 112, p. 73-92. DOI : 10.3917/gs.112.0073.
10. DONALD M., Les origines de l'esprit moderne : trois étapes dans l'évolution de la culture et la cognition, De Boeck, 1999.
11. Evolution Psychomotrice – Schéma corporel et image du corps, 2001, n°51, vol. 13.
12. FAUVEL M.-T., Le bilan de Marthe Vyl, un examen de psychomotricité, ed Masson, 1995.
13. FEIL N., Validation – Pour une vieillesse pleine de sagesse, Lamarre, 2005.
14. FRAISSE P., Psychologie du rythme, Presses universitaires de France, Paris, 1974.
15. GASSION A., GAY M., *et al.*, Thérapie psychomotrice, Libres propos sur le rythme, S.N.R.T.P, 1976.
16. JOLY F., Le développement psychomoteur : un paradigme pour la psychopathologie du xxi^e siècle
17. LAPEYRE M., Musicothérapie : relation à soi, communications avec autrui, non verbal/A.M.Bx, Parempuyre, 2007.
18. LECOURT E., Le son et la musique : intrusion ou médiation ?, Le Carnet PSY, 2010/2 n° 142, p. 36-41. DOI : 10.3917/lcp.142.0036.
19. LEJEUNE A., *et al.*, Musique, mouvement et maladie d'Alzheimer, Solal, 2011.

- 20.**LEMARQUIS P.**, Sérénade pour un cerveau musicien, Odile Jacob, 2009.
- 21.**MARCELLI D.**, Hommage à Julian de Ajuriaguerra : le cérémonial d'accueil, Persée, tome 46 n°4, 1993, pp. 407-413.
- 22.**MERCE M.**, mémoire Des résonances pour s'éveiller de la dépression – Rencontre entre le médiateur musique et le sujet âgé déprimé, 2010.
- 23.**PERRON M.**, Communiquer avec des personnes âgées – « la Clé des sens », Chronique sociale, Lyon, 2008.
- 24.**PERSONNE M.** (sous la direction de), Protéger et construire l'identité de la personne âgée : Psychologie et psychomotricité des accompagnements, Erès, Toulouse, 2011.
- 25.**PIJULET A.**, Le psychomotricien et la musicothérapie, Evolutions psychomotrices, Vol. 22, n°87, 2010.
- 26.**POTEL C.**, Etre psychomotricien – un métier du présent, un métier d'avenir, Erès, Toulouse, 2010.
- 27.**POTEL C.**, Introduction aux médiations psychomotrices, cours Salpêtrière.
- 28.**POTEL C.**, Psychomotricité, entre théorie et pratique, In Press, 2000.
- 29.**ROBERT C.**, mémoire «Je ne comprends pas ce qu'il m'arrive...» - Contribuer à l'autonomie des sujets vulnérables hospitalisés en psychogériatrie, 2004.
- 30.**ROBICHAUD V.**, Accueillir les besoins psychiques de l'adulte vieillissant – Etre en harmonie avec soi-même et les autres, Chronique sociale, Lyon, 2009.
- 31.**SACKS O.**, Musicophilia – La musique, le cerveau et nous, du Seuil, 2007.
- 32.**SAMI-ALI M. et al.**, La psychomotricité relationnelle, EDK, 2012.
- 33.**SUDRES J-L., et al.** (sous la direction de), La personne âgée en art-thérapie – De l'expression au lien social, l'Harmattan, 2004
- 34.**WINNICOTT D.**, Jeux et réalité, Gallimard, 1971.

ANNEXES

Petites percussions

Claves



Wood-block



Cloche



Tambourin



Tube résonnant à deux tons



Egg shaker



Grosses percussions

Doumbek



Djembés



Cajon



Potée

