

Déficience intellectuelle profonde et remédiation cognitive

Nelly Madeira

▶ **To cite this version:**

Nelly Madeira. Déficience intellectuelle profonde et remédiation cognitive : Des outils pluridisciplinaires pour co-construire un accompagnement adapté à ce handicap mental en musicothérapie. Revue française de musicothérapie, 2018, 37 (1). hal-03430803

HAL Id: hal-03430803
https://hal.science/hal-03430803

Submitted on 16 Nov 2021

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.

La Revue Française de Musicothérapie

La Revue Française de Musicothérapie

ISSN : 2107-7150 Volume XXXVII - Numéro 01 - juillet 2018

Déficience intellectuelle profonde et remédiation cognitive. Des outils pluridisciplinaires pour co-construire un accompagnement adapté à ce handicap mental en musicothérapie

Nelly Madeira

Infirmière, musicothérapeute, Centre Hospitalier Spécialisé de Sevrey. E-mail : azerty42@hotmail.com

Résumé

La déficience intellectuelle profonde est un handicap mental où la sphère cognitive se retrouve considérablement altérée. Les cognitions sociales sont défaillantes et d'autres atteintes cognitives sont présentes, comme des difficultés au niveau de l'attention et de la mémoire. La musique peut jouer un rôle fondamental dans le lien à construire avec ces personnes. Avec ce public, la musicothérapie apparaît comme un excellent médiateur pour développer et favoriser la relation et la communication à l'autre, maintenir un lien social. Plus qu'un simple objectif de socialisation, c'est tout un changement qui s'opère aux niveaux des capacités cognitives de la personne. Cette amélioration des capacités cognitives est possible grâce la plasticité cérébrale et à l'impact qu'à la musique sur le cerveau. La musicothérapie a un rôle à jouer dans la remédiation cognitive (ou stimulation cognitive) auprès de personnes atteintes d'une déficience intellectuelle profonde afin de leur apporter un quotidien plus riche en relation et en autonomie.

Mots clefs

Déficience intellectuelle profonde, musicothérapie, remédiation cognitive

Abstract

Major intellectual deficiency is a mental handicap where the cognitive sphere is found considerably faded. Social cognitions are failing and other cognitive attacks are present, like difficulties on the level of the attention and memory. The music can play a fundamental role in the link to build with these people. With this public, the music therapy seems an excellent mediator to develop and support the relation and the communication with others, to maintain a social link. More than one simple objective of socialization, it is a whole change which takes place on the levels of the cognitive capacities of the person. This improvement of the cognitive capacities is possible thanks to a cerebral plasticity and an impact of the music on the brain. The music therapy plays a role in the cognitive remediation (or cognitive stimulation) near people reached of a major intellectual deficiency, in order to bring to them some days richer in relation and autonomy.

Keywords

M ajor intellectual deficiency, music therapy, cognitive remediation

Déficience intellectuelle profonde et remédiation cognitive. Des outils pluridisciplinaires pour co-construire un accompagnement adapté à ce handicap mental en musicothérapie

Introduction

Maxime a 27 ans. Il a commencé à être suivi en psychiatrie dès l'âge de deux ans en raison d'une déficience intellectuelle très importante et des troubles du comportement. Des neuroleptiques sont déjà prescrits pendant son enfance. Durant son adolescence, Maxime enchaine les allers-retours entre le domicile de sa mère l'Institut Médico Éducatif (IME) et des hospitalisations en centre hospitalier spécialisé. Où qu'il soit, Maxime présente de l'agressivité envers son entourage et une incapacité à s'adapter à son lieu de vie (insulte, crie et frappe les personnes qui s'occupent de lui et vivent avec lui). Maxime peut également se faire du mal à lui-même.

A l'âge de 18 ans, il est hospitalisé dans un des services de psychiatrie de l'adulte du Centre Hospitalier Spécialisé où il se trouve toujours actuellement. Dans ce service de soins, Maxime se montre très tactile avec les autres personnes. Il va souvent vers les autres pour les taquiner et leur faire mal (les pincer, les pousser). Il n'a aucune distance relationnelle avec les autres et se montre très envahissant. Il ne va jamais vers l'autre pour communiquer. Si Maxime s'adresse à une personne c'est pour le provoquer et rechercher le conflit. Il n'a aucun lien avec ses pairs, il s'isole beaucoup et il reste très souvent dans sa chambre à écouter de la musique. Son langage est très peu élaboré ; ses phrases ne sont pas construites. Il possède un très faible vocabulaire enfantin et il s'exprime très souvent par des mots uniques (oui, non ...).

Il y a dans la déficience mentale (appelée aussi déficience intellectuelle) un défaut de production des représentations dans l'ensemble du fonctionnement psychique. Les aptitudes cognitives telles que la perception, l'attention, la mémoire et la pensée sont très peu développées. La communication et la prise de décision sont également très perturbées chez ces personnes, nécessitant un accompagnement permanent dans les actes de la vie quotidienne (les soins d'hygiène, les repas, les activités etc.). La déficience mentale limite fortement la socialisation de la personne. Leurs modalités adaptives sont étroites et leurs intérêts se portent uniquement sur les choses concrètent et immédiates.

En société, ces patients se présentent à l'autre avec des stéréotypies, des comportements répétitifs, des écholalies ou des répétitions dans le discours. Le langage est considérablement altéré, parfois même totalement absent. Nous retrouvons une pauvreté du contenu du discours, un appauvrissement du lexique et ils ne prennent pas en compte le contexte dans lequel survient le discours. Nous retrouvons également dans la déficience intellectuelle des difficultés à l'apprentissage, une incapacité à acquérir des connaissances, en raison d'une altération très importante des processus cognitifs. C'est tout le rapport aux autres et à l'environnement qui s'en retrouve perturbé. Les cognitions sociales sont altérées dans la déficience intellectuelle profonde et engendrent des difficultés dans la reconnaissance des émotions et dans la capacité à distinguer soi et autrui.

Lors du début de la prise en charge de Maxime en musicothérapie (atelier en groupe de trois patients, avec une co-thérapeute), nous avons mis en place des objectifs globaux autour de la socialisation, de la relation à l'autre, de la communication verbale et non verbale, de l'expression des émotions et ressentis et apporter aussi tout simplement un moment de plaisir en favorisant la créativité et l'intérêt pour la musique ; des objectifs lui permettant de mieux gérer son rapport aux autres et à son environnement.

Au fil de sa prise en charge (qui a duré plus de deux ans), nous avons remarqué que Maxime a fait beaucoup de progrès par rapport à l'attention qu'il porte aux autres patients. Il est capable maintenant de percevoir lorsqu'il y a un absent, de le nommer et de nous questionner sur les raisons

de cette absence. Malgré leurs difficultés à verbaliser, nous insistons après chaque écoute, après chaque improvisation, après chaque instant où l'échange est propice, à les faire discuter entre eux et avec nous. Même si cette « toile de fond » semble décousue, incohérente, pauvre en contenu, il y a toujours des moments où un membre du groupe peut rebondir sur les propos d'un autre. C'est à ce moment là que nous voyons par exemple apparaître chez Maxime des énoncés de souvenirs, d'anecdotes, de plus en plus fournis au fil de sa prise en soins. C'est à force d'encourager la parole, quelle qu'elle soit, que celle-ci se développe et s'étoffe. La simple parole ne suffit pas et peut même le bloquer, voire le rendre totalement muet. C'est pendant des échanges médiatisés avec les instruments de musique et avec l'ensemble du groupe, que Maxime s'ouvre à la discussion et va même parfois jusqu'à une décharge d'émotions spontanée.

Nous avons également remarqué que son expression verbale s'est développée, peaufinée et il ne se limite plus à « oui » et « non » dans ses réponses. Il fait de plus en plus d'efforts pour faire des phrases mieux construites (et ne plus simplement répondre par des mots uniques). Il montre clairement une envie de parler, d'échanger et cela se ressent dans le contenu de son discours plus fourni : il évoque ses autres activités en donnant davantage de détails. Pour pouvoir raconter ces anecdotes, Maxime fait beaucoup plus appel à sa mémoire. Il est en capacité de faire des efforts de mémoration afin de pouvoir nous résumer sa semaine. En insistant sur l'expression orale et en favorisant l'émergence des ressentis personnels, Maxime nous exprime davantage les émotions qu'il ressent au cours d'une séance : peur de l'échec face à un jeu, peur de perdre, jalousie par rapport à une autre personne partie en sortie au moment de la séance, inquiétude et tristesse par rapport à un patient du groupe hospitalisé etc. Ces ressentis sont clairement exprimés avec des mots et avec un faciès en cohérence avec ce qu'il dit. Maxime a d'ailleurs un visage plus expressif qu'il accorde avec ses émotions ressenties.

Au cours des dernières séances, Maxime se met de plus en plus à parler de sa famille, à relater de bons et mauvais souvenirs, sans discordance affective. Il nous a dernièrement livré des souvenirs douloureux suite à une agitation motrice (caractérisée par des cris, des coups de poing sur la table), arrivant à mettre des mots sur cette colère. De plus, lors de ces moments où il se confie, il fait beaucoup d'efforts pour articuler et se faire comprendre, même si le volume de sa voix reste très bas. Maxime arrive de mieux en mieux à expliquer un état d'agitation, à mettre des mots lorsqu'il exprime physiquement de la colère. La musique est un excellent médiateur pour Maxime qui lui a permis d'établir une passerelle entre une expression non verbale et une expression verbale. Pour que l'émergence de problématiques soit verbalement exprimée, tel le décès de son père, il a fallu que certaines capacités cognitives et d'élaboration se mettent en place.

Lors des écoutes musicales, son attention est également plus soutenue et il perçoit mieux ce qu'il entend. De ce fait, il arrive par moment à tenir une pulsation régulière, en rythme avec nous, même si cela reste quelque chose de difficile à faire pour lui. Ses avis sur la musique écoutée sont plus réfléchis et Maxime ne se cantonne plus à dire « oui » ou « c'est bien ». Il émet des avis plus construits et explique en quoi la musique lui a plu : « ça bouge », « ça donne envie de danser ». De plus il peut désormais dire quand la musique ne lui plaît pas et exprime un avis alors négatif.

Depuis plusieurs séances, lors des improvisations libres avec les petits instruments placés au centre du groupe, Maxime prend cela comme un jeu. Il éprouve un réel plaisir à jouer, à échanger, à nous imiter, nous répondre avec les instruments. Ce plaisir est exprimé par des rires et des mots « c'est bien, ça me plaît ». Son attitude lors des improvisations a changé. Il est beaucoup plus ouvert aux autres, il les regarde davantage et il recherche des interactions par le biais des sons. Le maintien d'une pulsation régulière est en cours d'acquisition. En revanche, Maxime est incapable de retenir des rythmes même très simples.

Outre une amélioration notoire de la relation à l'autre au fil de deux années de travail, nous

observons également chez lui une amélioration de certaines compétences cognitives, en particulier au niveau de l'attention sélective et soutenue, de l'expression orale et de la fluence verbale, des fonctions exécutives et des cognitions sociales. Les capacités intellectuelles de Maxime ne sont pas figées et il est capable d'un certain apprentissage. Afin d'en savoir davantage sur Maxime à ce stade de prise en charge et afin de faire évoluer nos outils et objectifs de soins en musicothérapie, mes recherches se poursuivent avec une neuropsychologue et une psychomotricienne. Ces professionnelles proposent au patient un bilan neurocognitif et un profit sensoriel, qui vont d'une part préciser plus finement les divers troubles liés à sa déficience intellectuelle profonde, mais surtout mettre en évidence ses capacités afin de proposer un accompagnement plus spécifique : une prise en charge en musicothérapie dont les objectifs thérapeutiques tendent vers une remédiation cognitive, en plus de l'objectif de départ autour de la socialisation, de la relation à l'autre.

Premier outil pluridisciplinaire utilisé : le bilan neurocognitif

La neuropsychologie étudie les liens entre les facultés intellectuelles, comportementales et émotionnelles avec le fonctionnement du cerveau d'une personne. Cette étude se fait à partir d'une observation clinique et de différents tests. Le bilan neuropsychologique, ou neurocognitif, effectué par un neuropsychologue, permet d'affiner les troubles cognitifs du patient et d'en ressortir également ses capacités intellectuelles et affectives. Il permet également de comprendre avec précision le fonctionnement cognitif de la personne. Le neuropsychologue propose au patient un entretien, un questionnaire, des jeux et des problèmes (exercices de mathématiques, de raisonnement et de logique, en fonction du niveau intellectuel de la personne).

L'examen neuropsychologique de Maxime, effectué par la neuropsychologue du service dans lequel il est hospitalisé, a fait ressortir diverses informations. Maxime a un retard de développement très important, son âge développemental est équivalent à celui d'un enfant âgé de 28 mois. L'examen indique un potentiel de progression qui porterait son âge de développement de 28 à 36 mois. Ses fonctions cognitives sont sévèrement déficitaires, en particuliers au niveau de l'attention, de la représentation et de la symbolisation. Maxime a effectué les trois séances d'évaluation assis par terre, se montrant plus à l'aise dans cette position. L'intégration du schéma corporel est questionnée. Il présente un équilibre faible et une gêne à l'apprentissage de certains gestes et postures ; il limite de ce fait les mouvements de son corps. Au niveau du langage, il ne peut pas répéter une phrase de plus de deux mots ; ses compétences syntaxiques sont rudimentaires. Il peut en revanche dénommer des objets connus Les imitations motrices sont mieux acquises mais seulement avec un geste unique simple. Maxime rencontre beaucoup de difficultés pour apprendre à partir de ce qu'il voit faire. Le test a également montré qu'il ne sait pas s'orienter dans la direction d'une source sonore. Les compétences de traitement et d'intégration de l'information sensorielle ne favorisent pas ses capacités d'adaptation.

Les différents résultats de l'évaluation neuropsychologique de Maxime sont en cohérence avec les différentes observations relevées lors des séances en musicothérapie. Les mêmes difficultés sont pointées en bilan neuropsychologique et en séances de musicothérapie. Ces nouvelles informations peuvent nous donner de nouvelles pistes de travail. De manière très globale, le bilan neuropsychologique nous permet d'avoir un aperçu objectif des difficultés et des capacités de Maxime.

Deuxième outil pluridisciplinaire utilisé : le profil sensoriel

Le profil sensoriel permet de savoir comment un individu perçoit les différents stimuli provenant de l'extérieur et comment il réagit face à cela. Le profil sensoriel tient compte de nos sens : la vue, l'audition, le goût, l'odorat, le toucher et le cénesthésique. Dans certaines atteintes cognitives, la personne peut avoir des difficultés à

hiérarchiser les stimuli, à les prioriser. Cette difficulté sensorielle amène à des hypo/hyper sensibilités, à une difficulté à décrypter une sensation, une perception incomplète ou une réponse différée aux stimuli. Le profil sensoriel permet donc d'évaluer l'impact des différents troubles sensoriels de la personne dans sa vie au quotidien. Le profil sensoriel s'établit à partir d'un auto- questionnaire (questionnaire de Winnie DUNN), auquel le patient répond s'il en a la capacité, ou bien ses proches ou des soignants. Ce questionnaire permet d'avoir des informations sur le traitement des informations auditives, visuelles, tactiles, mais également des informations sur l'équilibre, les positions du corps, les mouvements, les réponses émotionnelles et sociales.

Le profil sensoriel de Maxime a été effectué par une psychomotricienne du service dans lequel il est hospitalisé. Il fait ressortir chez Maxime un profil hypotonique, un manque d'endurance au niveau du tonus musculaire ; ce qui pourrait expliquer pourquoi en séance Maxime peine à tenir les jeux sonores et les improvisations proposées. Maxime a un trouble de la perception de la position de son corps. Il ne se rend pas compte de sa grande taille, de son corps et de ce qu'il représente par rapport à l'environnement et aux autres (tout comme le bilan neurocognitif, Maxime a passé le test du profil sensoriel assis par terre). Maxime a également une hypersensibilité aux mouvements. Si son corps bouge trop, cela peut l'angoisser et entrainer beaucoup d'agitation. Par exemple, si nous proposons une ronde sur de la musique, même d'un pas très lent, celle-ci peut être perçue très rapide et tournoyante par Maxime. Le test montre une grande réceptivité aux informations auditives et visuelles ; il est réceptif aux stimuli sonores.

Avant de développer davantage la remédiation cognitive, rappelons que les fonctions cognitives correspondent à l'ensemble des processus intellectuels et des processus qui contribuent à la connaissance, aux savoirs, à l'apprentissage. Les fonctions cognitives régissent notre rapport au monde et aux autres. Lorsque ces fonctions sont défaillantes, voire absentes, la remédiation cognitive permet à la personne à mieux comprendre et mieux gérer la sphère relationnelle et à s'adapter plus facilement aux difficultés de la vie.

En institution de soins, la remédiation cognitive se fait actuellement à l'aide de différents outils spécifiques : des jeux et des entretiens, conduits par des soignants. La remédiation cognitive permet « le traitement du déficit cognitif, à travers l'amélioration des fonctions déficitaires ou le développement de nouvelles stratégies cognitives destinées à pallier ce déficit. Elle regroupe différentes procédures thérapeutiques reposant sur la pratique d'exercices ludiques permettant un entraînement et/ou un apprentissage ». (Franck, 2013, p.1)

Quelle serait alors la place de la musicothérapie pour contribuer à la remédiation cognitive auprès de patients atteints de déficience intellectuelle profonde ? Quels outils peut mettre en place le musicothérapeute pour encourager le développement des capacités cognitives chez les personnes profondément déficitaires ?

La remédiation cognitive est possible grâce à la plasticité du cerveau présente tout au long de la vie. Emmanuel Bigand s'est beaucoup intéressé à ce qu'il appelle la stimulation cognitive, notamment grâce à la musique. La stimulation cognitive est pour lui un moyen non médicamenteux de récupérer des fonctions cognitives lésées voire absentes suite à un retard du développement. En un paragraphe, Emmanuel Bigand (2014, p.53) résume parfaitement le rôle de la musique dans la remédiation cognitive (ou stimulation cognitive) :

« L'écoute de la musique est un processus complexe qui active de nombreuses régions cérébrales associées à des composantes cognitives et émotionnelles diverses. L'activation de ces réseaux par la stimulation musicale a, de ce fait, des effets positifs potentiels sur l'ensemble des compétences cognitives, émotionnelles et motrices du sujet. Ce résultat a des implications essentielles pour l'éducation et la thérapie : la stimulation cognitive par la musique peut potentiellement augmenter les ressources neurales des sujets

normaux, les protéger contre les effets du vieillissement et contribuer à restaurer des compétences dans le cas d'atteintes cérébrales. La musique présente donc plusieurs avantages pour la stimulation cognitive. C'est une activité plaisante qui peut être facilement mise en œuvre avec une large variété de sujets. ».

La musique permet de lier émotions, perceptions, mouvements et apparaît donc comme un précieux outil pour avoir un impact sur le développement de certaines cognitions et la plasticité cérébrale. La musique, qu'elle soit entendue ou jouée, sollicite l'ensemble de la sphère cognitive. Elle montre également des effets bénéfiques dans la dextérité des mouvements, les capacités visuelles et spatiales, ainsi que l'attention. L'écoute d'une musique se déroule en général sur plusieurs minutes, ce qui sollicite chez le patient une grande capacité d'attention et de concentration, surtout quand un échange autour de cette musique est demandé après l'écoute. De plus, la musique stimule les capacités conversationnelles en activant dans le cerveau des régions qui sont également impliquées dans le langage.

Lors d'improvisations ou de communications sonores non verbales, les personnes doivent être en mesure de lâcher prise et de laisser place à la créativité. « La créativité est l'acte de créer. La créativité est la capacité à créer, elle associe la capacité à imaginer et à produire » (Thomas-Anthérion, 2014, p.16). Comme l'explique Catherine Thomas-Anthérion (2014), la créativité stimule de vastes réseaux neuronaux corticaux, notamment pour trouver des idées créatives, comprendre les métaphores et gérer les émotions. La créativité fait appel aussi à la connaissance et à l'intelligence.

Afin de peaufiner notre évaluation en séance, nous allons également observer chez Maxime (et les autres patients) : la façon dont il perçoit la musique, les changements de hauteur, de tempos, de rythmes, de mélodies, la façon dont il intègre implicitement le langage musical et la structuration d'une chanson écoutée plusieurs fois, la qualité de la mémoire de travail et de la mémoire sémantique, les émotions ressenties à l'écoute d'une musique, la façon dont elles sont exprimées de manières verbales et/ou non verbales, la motivation aux mouvements, à se mobiliser à l'écoute d'une musique, la présence d'une pulsation sur une musique ou lors d'une improvisation avec les percussions, la gestion de ses mouvements dans l'espace et par rapport aux autres, le développement de compétences pour être en lien avec les autres, le niveau d'attention et de concentration le temps d'une écoute musicale ou lors d'un jeu sonore, la dextérité au niveau de la gestuelle lors de la manipulation d'instruments de musique, l'attitude face à la créativité, la capacité à créer, à imaginer, à produire quelque chose qui vient de lui, l'amélioration de la compréhension des consignes et des informations données.

En termes de remédiation et stimulation cognitive, nous détenons avec la musique et le sonore des outils des plus adaptés pour les personnes atteintes de déficience intellectuelle profonde, surtout lorsque l'on sait que les outils classiques de remédiation cognitive ne sont accessibles que pour les personnes ayant accès à la lecture, à la parole et ayant déjà certaines capacités intellectuelles bien acquises.

Bibliographie

Bigand, E. (2014). Stimulation cognitive et musique. In H. Platel, C. Thomas-Anthérion (Eds.), Neuropsychologie et art (pp. 47-62). Louvain-la-Neuve : De Boeck Solal

Franck, N. (2013), Remédiation cognitive, Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson

Madeira, N. (2017) Du lien sonore au lien social : socialisation et remédiation cognitive en musicothérapie chez un patient atteint d'une déficience intellectuelle profonde (Mémoire D.U. Musicothérapie).Université de Nantes

Morelle, C. (2014), Déficience intellectuelle et vie institutionnelle, Louvain-la-Neuve : Académia

Thomas-Antérion, C. (2014). En quoi la création artistique peut-elle être considérée comme la résolution d'un problème ? In H. Platel, C. Thomas-Anthérion (Eds.), Neuropsychologie et

art (pp. 15-25). Louvain-la-Neuve : De Boeck Solal