



HAL
open science

Parkinson: essai d'une musicothérapie

Émilie Tromeur-Navaresi

► **To cite this version:**

Émilie Tromeur-Navaresi. Parkinson: essai d'une musicothérapie. Revue française de musicothérapie, Association française de musicothérapie, 2018, 37 (1). hal-03430812

HAL Id: hal-03430812

<https://hal-mines-paristech.archives-ouvertes.fr/hal-03430812>

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

Parkinson : essai d'une musicothérapie

Emilie Tromeur-Navaresi

Musicothérapeute clinicienne ; Association L'Ame Uzik, 20 rue d'aval, 21120 TIL-CHÂTEL. E-mail : emilie.tromeur@lame-uzik.com.

Résumé

Cet article est né à la suite d'une conférence qui mettait en lumière les actualités de la musicothérapie. J'ai eu l'honneur de présenter une petite partie de mon travail clinique quotidien. Ici, je vais donc tenter de traduire mes propos par écrit et vous présenter une façon de travailler auprès de personnes atteintes de maladie de Parkinson avec l'outil sonore comme médiateur de la relation. Musicothérapeute clinicienne en gériatrie depuis plus de huit années, j'ai eu très peu d'occasions d'accompagner des patients atteints de cette pathologie neurodégénérative car elle touche principalement des sujets jeunes. En validant la pertinence d'une musicothérapie pour ce patient, une nouvelle porte de ma carrière s'entre-ouvrait et j'allais devoir faire preuve d'adaptation et de créativité afin que les outils musicothérapeutiques lui permettent de mieux vivre la maladie...

Mots clefs

Musicothérapie ; Parkinson ; Détente psychomusicale ; Gériatrie

Abstract

This article stemmed from a conference shedding lights on the latest findings in music therapy. I had the pleasure to introduce part of my daily clinical work. I will now attempt to put this presentation in writing and introduce a way to work alongside patients suffering from Parkinson's disease, using sound as a medium in the relationship. I have been a geriatrics-based clinical music therapist for more than eight years, but had very few occasions to support patients suffering from this neurodegenerative condition, as it mostly affects young subjects. Asserting the relevance of music therapy for such patients opened new possibilities for me. I realized I had to show adaptability and creativity to make sure music therapy tools would indeed allow a better life despite the disease.

Keywords

Music therapy; Parkinson disease; Psychomusical relaxation; Geriatrics

Parkinson : essai d'une musicothérapie

La maladie de Parkinson

Présentation de la maladie

La maladie de Parkinson est une maladie neurodégénérative caractérisée par la destruction des neurones dopaminergiques ; ces neurones sont impliqués dans le contrôle des mouvements et de la motivation. Les patients souffrent donc de difficultés à se mouvoir et à mobiliser leur motivation pour faire ou avoir envie de faire. Les quatre membres principaux sont d'abord touchés par la maladie puis se sont les plus petits muscles (expressions faciales, respiration, ...) qui sont concernés.

La maladie ne réduit pas l'espérance de vie. L'âge moyen de diagnostic de la maladie est de 58 ans. La maladie de Parkinson touche plus de 200 000 personnes en France.

Les symptômes

Pour poser le diagnostic de maladie de Parkinson, il est nécessaire qu'au moins deux des trois symptômes majeurs de la maladie soient validés. Des traitements existent pour améliorer la qualité de vie des malades. Cependant, ils ne permettent pas d'arrêter l'évolution de la maladie ; celle-ci est propre à chacun et dépend de nombreux facteurs (génétiques, environnementaux,...).

L'akinésie : la lenteur à initier les mouvements

Elle est le symptôme de la maladie de Parkinson le plus répandu. Il s'agit d'une difficulté à initier les mouvements. Cette difficulté se repère surtout dans les mouvements complexes : séquences de mouvements différents, mouvements réclamant la coordination de plusieurs membres... Le malade ressent une fatigue, un engourdissement ou encore une sensation d'être bloqué. Cette sensation peut aller jusqu'à une incapacité d'effectuer le mouvement souhaité. Néanmoins, cela concerne

principalement les mouvements réclamant de la précision et les mouvements semi-automatiques, comme la marche ou l'écriture.

La raideur ou la rigidité

La raideur musculaire spécifique est fréquente dans la maladie de Parkinson. Il s'agit d'une tension excessive des muscles, pouvant entraîner des douleurs musculaires (crampes) ou tendineuses et une sensation de raideur. Elle renforce la difficulté à faire les mouvements. Elle est fréquente lorsque le patient est au repos ; on observe alors une posture crispée, voutée en avant, la tête baissée et plus rarement penchée sur le côté (syndrome de la Tour de Pise¹). La rigidité peut concerner l'ensemble des muscles du corps même si elle se concentre davantage le long de la colonne vertébrale et au niveau des articulations.

Le tremblement au repos

Le tremblement est le symptôme le plus connu du grand public. Il se manifeste au repos ; c'est-à-dire lorsque la partie du corps concernée par le tremblement ne participe à aucun mouvement, n'est pas mise en tension. Si le malade initie un mouvement, le tremblement cesse. Il s'agit bien souvent d'un tremblement lent, régulier, peu ample et ne concerne qu'un côté du corps (manifestations asymétriques). Il peut disparaître pendant le sommeil et réapparaître dès le réveil. Ce type de tremblement est efficacement corrigé par les traitements. Le diagnostic de maladie de Parkinson peut être posé en l'absence de ce symptôme puisque seulement 2/3 des malades tremblent ; donc 1/3 des malades ne tremblent pas.

Les autres manifestations

Au cours de la maladie de Parkinson, d'autres manifestations peuvent apparaître comme la fatigue, l'apathie, les troubles de la déglutition, les troubles de la motricité, les troubles du

¹Terme utilisé dans la littérature notamment par Hambÿe, AS et Dethy, S (2010)

comportement ou encore les troubles cognitifs (dans de rares cas).

Tous les symptômes de la maladie de Parkinson sont sensibles et fluctuent en fonction de l'état émotionnel des malades.

L'évolution de la maladie

La maladie de Parkinson est une maladie lentement évolutive dont les premiers symptômes n'apparaissent que tardivement. Avant que le diagnostic ne soit posé, des signes avant-coureurs peuvent exister. Comme expliqué précédemment, c'est une maladie chronique qui évolue différemment d'un malade à un autre ; néanmoins quatre grandes phases d'évolution sont généralement décrites dans la littérature scientifique.

L'apparition des premiers symptômes

Cette première phase de la maladie est très difficile pour les malades puisqu'elle est caractérisée par l'apparition des premiers symptômes. Elle est source d'inquiétude avec de nombreux questionnements. La première consultation n'arrive souvent que tardivement avec des symptômes peu ou pas suffisamment prononcés ou caractéristiques de la maladie de Parkinson ce qui complique la pose du diagnostic. Les malades peuvent avoir le sentiment d'avoir erré avant que l'on puisse mettre un mot, une « étiquette » sur leurs symptômes. De plus, accepter de se prendre en charge et de prendre un traitement revient à accepter que l'on est atteint d'une maladie chronique évolutive.

La phase d'équilibre thérapeutique

Cette seconde phase de la maladie peut être nommée « lune de miel » (Bonnet, AM., 2001) car les malades ressentent un mieux-être important. Néanmoins, ce terme est mal choisi car il banalise l'impact et les répercussions que la maladie peut avoir sur ceux qui en souffrent. La maladie poursuit son évolution. L'efficacité du traitement permet aux malades, durant cette phase, de ressentir un mieux-être mais pour autant, les symptômes perdurent et sont toujours présents. Cette phase d'équilibre nécessite tout de même que

le malade organise sa vie autour de sa maladie avec des prises de traitement à horaire fixe, plusieurs fois par jour.

Les complications motrices

Cette troisième phase est caractérisée par des complications motrices distinctes des symptômes parkinsoniens, dues au traitement médicamenteux dopaminergique. Des alternances entre des phases ON² et des phases OFF³ (Quinn NP., 1998) ont lieu. A ce stade de la maladie, on peut aussi observer des dyskinésies (encore appelées « mouvements anormaux involontaires »). C'est la phase où tous les détails comptent, la phase où il est nécessaire de tenir un carnet très précis des heures et des symptômes qui apparaissent entre deux rendez-vous avec le neurologue afin que le traitement soit adapté le plus justement possible. Malgré tout, les symptômes resteront bien présents.

La phase avancée de la maladie

C'est la phase de la maladie où tout s'accélère. Les signes axiaux (chutes, perte d'équilibre, troubles de déglutition,...) deviennent très présents, les troubles végétatifs peuvent aussi prendre une part très importante, le comportement peut changer avec des difficultés intellectuelles avec d'éventuels troubles cognitifs, des signes neurologiques très variables peuvent aussi être associés. Cette phase est caractérisée par la mise en place de toutes les stratégies d'adaptation de la vie quotidienne, du logement,...

Un cas clinique : Monsieur Gran

Anamnèse

Monsieur Gran a 64 ans. Natif du département du Nord, il a beaucoup voyagé en France dans le cadre de sa profession. En effet, employé comme ouvrier en milieu pénitencier, il a été amené à être muté de manière régulière. Il est ainsi venu terminer sa carrière en habitant la Côte d'Or. Il est à la retraite depuis quelques années. Le diagnostic

²Moments où les symptômes sont bien pris en charge et le malade se sent plutôt bien.

³Moments où le traitement ne fait plus assez effet et les symptômes refont surface de manière très invalidante.

de la maladie de Parkinson a été posé quelques mois avant celle-ci. Il a deux filles et deux petits fils.

Institutionnalisation

D'abord accueilli en temporaire pendant quelques semaines en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes en 2017, Monsieur Gran a, par la suite, accepté un placement définitif et est revenu dans l'établissement. Le maintien à domicile devenait compliqué du fait de symptômes très prononcés de la maladie. En effet, Monsieur Gran souffre de « blocages » importants qui peuvent durer plusieurs heures et durant lesquels il est impossible de le mobiliser même partiellement.

Monsieur Gran s'exprime de manière spontanée, sans difficulté d'élaboration apparente lors de l'entretien clinique. Néanmoins, il se retrouve régulièrement dans l'impossibilité de verbaliser ; ses « blocages » l'invalident et ne lui permettant même plus de déglutir.

Malgré l'acceptation d'une entrée en établissement, Monsieur Gran refuse la vie en collectivité. Il se dit plutôt « sauvage » et ne souhaite pas être en contact avec les autres résidents. Ainsi, il passe ses journées dans son logement, aménagé comme il le souhaite et dit se satisfaire de cette situation. Il se qualifie également comme une personne déterminée, entêtée, autoritaire et dans le contrôle. Monsieur Gran est un homme très émotif et très sensible au monde sonore l'entourant. Il aménage en toute autonomie son environnement sonore. Il a installé un poste de radio qu'il allume chaque matin pendant son petit déjeuner et qu'il éteint ensuite. Il a une télévision à sa disposition et peut également écouter de la musique sur son ordinateur portable.

L'orientation en musicothérapie

Monsieur Gran a été orienté vers moi dès son entrée en accueil définitif. En effet, lors de ses nombreux rendez-vous chez le neurologue, une orientation de thérapie à médiation a été posée. Selon lui, ce type de travail thérapeutique pourrait permettre à son patient de se détendre et de lâcher prise et ainsi diminuer les sensations de

« blocage ». L'équipe pluridisciplinaire de l'établissement m'a donc demandé d'aller le rencontrer. Une première prise de contact a eu lieu afin de nous présenter avant de prendre rendez-vous dans le cadre du bilan psychomusical.

C'est un monsieur plutôt avenant malgré une attitude physique rigide. Il évoque immédiatement sa maladie qu'il n'accepte pas et dont il voudrait "se débarrasser". Il est atteint d'une forme non tremblante de la maladie de Parkinson. Il se dit être dans la période des complications motrices (la phase ON/OFF). Il se montre très émotif et à la recherche d'un contrôle optimal de tout ce qu'il entreprend.

Il accepte l'idée de la mise en place d'une musicothérapie mais se montre impatient et souhaiterait entrevoir des effets à long terme immédiatement. Il souhaiterait que je trouve des solutions qui lui permettent de se détendre dans les situations quotidiennes de blocages. Il s'exprime sans difficulté apparente dès cette première rencontre. Monsieur Grand évoque son institutionnalisation avec beaucoup d'émotions. Monsieur Gran accepte le contrat de 8 séances dans un premier temps. Un point sera fait avec lui ensuite.

La musicothérapie adaptée et proposée

Le bilan psychomusical

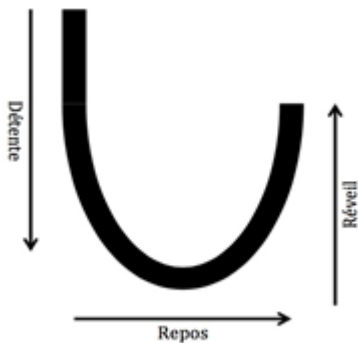
A la suite de l'entretien clinique préalable, la passation d'un test réceptif est indiquée à Monsieur Gran. Celui-ci refuse ce test en se montrant dans une impatience de résultats concrets rapidement. L'option d'une version écourtée du test a été retenue. Cela m'a permis d'ajuster la durée de la bande de détente psychomusicale à proposer à Monsieur Gran et de relever les instruments ou sons à exclure dans le montage de celle-ci. Il a également refusé la passation du test actif.

La technique utilisée : la détente psychomusicale

La détente psychomusicale (Guiraud-Caladou, JM., 1979) est une des techniques de musicothérapie réceptive. La musicothérapie est

dite « réceptive » lorsqu'elle propose, au sein d'une relation thérapeutique, des dispositifs fondés sur l'écoute, faisant appel à une association libre et une élaboration psychique. Elle s'appuie aussi sur les effets psychoaffectifs et psychophysiologiques de la musique.

La détente psychomusicale est une technique est individuelle et personnalisée. Elle part de l'état émotionnel du patient et lui permet, de manière progressive, de se détendre psychiquement et physiquement. Le musicothérapeute utilise une « bande en U ». Il s'agit d'un montage sonore, d'une durée d'environ 30 à 45 minutes, qui est composé de trois phases. Chacune d'elles comporte deux extraits d'une durée trois à quatre minutes chacun. Pour Monsieur Gran, la bande en u dure environ 30 minutes au total.



Maquette de détente psychomusicale

La première phase est qualifiée de descendante : il s'agit d'une réduction progressive du rythme musical, de la formation musicale, des fréquences et du volume sonores. Cette première phase induit la deuxième, que l'on appelle la phase de repos : elle est composée d'extraits sonores très peu fournis instrumentalement, d'un volume sonore très faible et d'un rythme lent. Elle est enchaînée sur la troisième phase que l'on appelle la phase de réveil : les paramètres musicaux sont légèrement amplifiés afin de redynamiser légèrement et lentement le patient en fin de séance.

À la suite de cette écoute, un temps de verbalisation ou d'expression libre est proposé au patient. Certains cliniciens préconisent la mise au casque audio afin de favoriser l'attention et la

concentration pendant toute la phase de diffusion de la bande sonore. Dans ma pratique auprès de personnes âgées, je n'utilise pas de casque audio, je privilégie l'utilisation de ma voix ou d'un montage sonore diffusé par le biais d'une enceinte. J'ai pu remarquer que la non mise au casque favorise l'ouverture vers l'autre et permet des échanges post-écoute plus dynamiques.

Le protocole thérapeutique

Une séance individuelle hebdomadaire, d'une durée de 45 à 60 minutes, est proposée à Monsieur Gran. Les séances se déroulent dans son logement. Elles se découpent en trois temps forts : temps d'échanges et d'installation ; écoute de la bande sonore ; temps d'échanges.

Les objectifs

À la lecture de l'indication du neurologue et en concertation avec l'équipe pluridisciplinaire, plusieurs objectifs thérapeutiques à court et moyen termes ont été dégagés :

- Instaurer un climat de confiance
- Favoriser la baisse de l'anxiété
- Offrir un espace de libre expression permettant l'expression des affects dans « l'ici et maintenant »
- Favoriser la compréhension et l'acceptation de sa pathologie
- Accompagner dans l'acceptation de l'institutionnalisation

Les cinq séances

À l'heure de la 23ème journée scientifique de l'Association Française de Musicothérapie, la musicothérapie de Monsieur Gran venait d'être mise en place et seulement quelques séances avaient eu lieu. Afin d'être fidèle à ma présentation orale, je vous décrirai les cinq premières séances de ce suivi thérapeutique.

Séance 1

À mon arrivée dans son logement, Monsieur Gran se dit bloqué. Effectivement, il est installé dans son fauteuil de salon et adopte une attitude raide et peu mobile. De plus, son élocution

apparaît saccadée et le volume de sa voix est limité. Les échanges sont possibles malgré une articulation hachée et un temps de latence important.

Il reste dans cette position semi-allongée pour la séance. Ses yeux sont fermés, sa bouche est semi-ouverte et ses bras sont posés sur les accoudoirs. Sa respiration s'amplifie et ralentie progressivement au cours de la séance. Elle reste silencieuse mais est très ample en milieu de séance. Sa bouche s'entrouvre un peu plus également à ce moment-là ; la mâchoire inférieure semble complètement relâchée. Peu de mouvements corporels ont lieu pendant toute la diffusion de la bande sonore. Monsieur Gran soupire à la fin de la diffusion, des mouvements oculaires ont lieu et sa mâchoire tremble.

Réactions post-écoute : Monsieur Gran n'a pas la sensation de s'être assoupi, malgré une observation allant dans ce sens pour ma part : ralentissement et amplification de la respiration : « Ça ne me fait rien ! ». Son élocution n'est plus saccadée mais ralentie (sensation d'endormissement).

Séance 2

À mon arrivée, Monsieur Gran se dit contrarié car il avait oublié l'heure de la séance. Il est désormais convenu que je lui note le prochain rendez-vous sur son calendrier à chaque fin de séance. Un rituel se met en place.

Il s'installe dans la même position que lors de la séance précédente, dans le même fauteuil. Sa respiration est rapide et bruyante en début de bande sonore. Elle ralentie et devient plus ample sur cette séance ; elle reste tout de même bruyante. Davantage de mouvements corporels ont lieu, Monsieur Gran change de position des membres supérieurs à plusieurs reprises avant de les laisser pendre de part et d'autre du fauteuil. Un relâchement des muscles du visage et de la mâchoire est à noter.

Réactions post-écoute : Monsieur Gran garde les yeux fermés un moment après la fin de la diffusion de la bande sonore. Il verbalise ses

émotions et ses ressentis ainsi avant d'ouvrir les yeux et de redresser le fauteuil. Il rapporte une détente qu'il qualifie « d'optimale » : « Ça ne m'a pas fait de mal ; c'est toujours bien de se relaxer ». Bonne réceptivité ce jour. Monsieur Gran s'est effectivement montré en capacité de se détendre, de s'assoupir et de s'endormir (observation du thérapeute et verbalisation du patient) lors de cette séance. La bande sonore de ce matin était efficace pour lui physiquement (me remercie plusieurs fois). Néanmoins, elle n'était pas agréable à écouter pour lui : « Elle est forte votre musique. Il faudrait une musique plus douce comme des violons... »

Séance 3

Juste avant la séance, Monsieur Gran est descendu au rez-de-chaussée déposer un document à l'accueil de l'établissement et est remonté aussi vite. Il avait également pris sa douche. Il se montre dynamique mais se dit fatigué. Il s'installe dans la même position que lors des deux premières séances ; il prend place sans aucune hésitation. Monsieur Gran me relate quelques blocages sur la semaine passée, notamment la veille au soir. Il montre à nouveau de très bonnes capacités de détente sur cette séance.

Sa respiration est rapide en début de séance. Elle s'amplifie au bout de quelques minutes et devient rapidement lente et profonde. Au milieu de la bande en u, elle devient bruyante (dort-il ?). Elle réaccélère sur la fin de la diffusion de la bande sonore et redevient silencieuse également. La détente faciale s'observe aussi lors de cette séance ; il entrouvre légèrement la bouche. Il n'existe aucun changement de position sur cette séance ; il reste immobile.

Réactions post-écoute : Monsieur Gran dit souhaiter adopter une attitude plus « souple ». (« C'est le piano qui est trop fort. Il me gêne. Là, je ne l'aime pas ! »). Il se montre très émotif sur cette séance. Post-écoute, les verbalisations reprennent les images et les émotions ressenties pendant la diffusion de la bande sonore. N'ayant pas pu aller aux obsèques d'aucun de ses parents, il revient sur ces événements avec beaucoup

d'émotions... Il rapporte que les souvenirs qui émergent sont des souvenirs joyeux de moments partagés avec ses parents. Seulement, l'émotion ressentie en séance est très forte et difficile à contenir. « C'est trop fort. », « Je me sens tout bizarre ».

Séance 4

Très bonnes capacités de détente à nouveau sur cette séance. Monsieur Gran s'installe en toute autonomie sans impulsion du thérapeute. Il connaît maintenant les différentes étapes de la séance et dit que cela l'apaise.

Il dit aller bien et ne rapporte aucun blocage sur la semaine écoulée. Sur cette séance, je peux observer l'approfondissement de la respiration très rapidement et qui devient très légèrement bruyante. Un relâchement est très nettement observable au niveau de deux membres supérieurs. Monsieur Gran adopte une position corporelle plutôt détendue.

Ressentis post-écoute : Monsieur Gran verbalise un sentiment de « plénitude » : « Bon, je n'ai pas aimé le piano mais les violons au début et à la fin m'ont permis de me mettre dedans », « Je me sens bien ! Ouais... je me sens bien !! », (à propos des violons) « Plaisir à l'oreille, plutôt rassurants. Largement ! », (à propos du piano) « Ca m'énerve ».

Il conclue la séance en se disant « très bien ». Il ne verbalise pas davantage à la suite de la diffusion de la bande sonore.

Séance 5

Monsieur Gran est bloqué lorsque j'arrive dans sa chambre. Dit que cela dure depuis environ 30 minutes ; s'excuse puis pleure. Il semblerait qu'il soit difficile pour lui d'accepter de ne pas être en capacité de faire les choses seul. Il est satisfait de l'aide qu'on lui apporte mais souhaiterait ne pas en avoir besoin. Il me rapporte avoir eu un rendez-vous chez le neurologue la veille : le médecin lui explique que ses blocages ne sont pas d'ordre parkinsonien et émet l'hypothèse qu'ils seraient d'ordre psychologique. Monsieur Gran semble valider cette hypothèse.

Il est bloqué mais est déjà installé dans son gros fauteuil à mon arrivée. Je l'installe donc dans la position semi-assise pour retrouver la même position qu'habituellement. Monsieur Gran garde les yeux fermés. Il est à noter que ses sourcils sont froncés et que lorsqu'il s'exprime, son élocution est molle. Les échanges sont tout de même possibles.

Aucun mouvement n'a lieu lors de cette séance (reste-t-il bloqué ?) Il semble s'être détendu malgré tout puisque sa respiration s'est amplifiée et s'est ralentie au cours de la diffusion de la bande sonore. Il est à noter également que ses sourcils sont moins froncés en fin de séance.

Réactions post-écoute : Monsieur Gran garde les yeux fermés même après la diffusion de la bande sonore. Il ne verbalise pas spontanément. J'initie alors les échanges. Il bouge la tête lorsque je lui parle mais ne répond qu'aux questions fermées avec un temps de latence important : il exprime que la séance lui a fait du bien mais ne l'a pas débloqué... Monsieur Gran est dans l'incapacité de s'exprimer davantage verbalement mais quelques larmes coulent sur ses joues.

Des hypothèses...

Des conclusions

Le rituel mis en place semble rassurant pour Monsieur Gran. Il rapporte que la régularité des séances ainsi que leur cadre lui permettent de pouvoir anticiper les rencontres et gérer son temps sur le reste de la journée.

Les « blocages » sont moins nombreux et de moindre ampleur au fil des séances (sauf lors de la dernière séance). Monsieur Gran rapporte, à ce moment dans l'avancée du suivi thérapeutique, moins de blocages dans les heures qui suivent la séance. L'hypothèse de blocages d'ordre psychologique émise par le neurologue semblerait résonner chez Monsieur Gran. Il revient sur ce point très régulièrement ; l'hypothèse du neurologue est au centre de nos échanges.

Les troubles associés à la maladie apparaissent stabilisés comme par exemple, les difficultés d'élocution (sauf lors de la séance 5) :

malgré l'absence de troubles cognitifs, les échanges se limitent à des phrases très courtes en début de séance ou des mots isolés énoncés avec une élocution plutôt lente et peu dynamique. En fin de séance, les verbalisations libres et spontanées avec un discours riche et aucune difficulté d'expression apparente. Il exprime ses émotions et ses ressentis dans « l'ici et maintenant » sans difficulté apparente. Il partage les images vues, les odeurs liées à ces images et les émotions ressenties pendant l'écoute du montage sonore.

Il reste un juste équilibre à trouver dans le montage de la bande sonore afin que l'écart entre les verbalisations du patient et les observations du thérapeute soit moins important : Monsieur Gran verbalise à plusieurs reprises un sentiment de musique « trop forte » et un agacement figé autour du même instrument (piano) alors que la détente physique, observable a été optimale sur ces séances. Monsieur Gran explique que certains sons sont agréables pour son corps mais désagréables pour ses oreilles. Ce point reste entre autres à éclaircir.

Et après ?

À la suite des huit premières séances, un bilan a été fait lors d'un entretien clinique avec Monsieur Gran. En effet, avant de poursuivre ou de suspendre la musicothérapie mise en place, il était nécessaire d'évaluer le suivi thérapeutique et ses effets. À ce jour, Monsieur Gran dit être dans l'attente de pouvoir mettre des mots sur ses ressentis et ses émotions afin de pouvoir identifier les éventuelles sources d'émotions qui généreraient ses « blocages ». Il investit de plus en plus les temps d'échanges de manière dynamique.

Le travail thérapeutique en musicothérapie pourra également évoluer vers un travail plus « actif » en lui proposant de travailler la marche en rythme ; technique de musicothérapie plus habituelle dans l'accompagnement de cette pathologie.

Bibliographie

- Baudy, M. (2009). Réflexion éthique sur la prise en charge du patient atteint de la maladie d'Alzheimer. *Soins gérontologie*, n°80, 35-36.
- Billé, M., Gallopin, C., Jean, A., Martz, D. et Polard, J. (2017). *Dictionnaire impertinent de la vieillesse*. Toulouse : Eres.
- Bonnet, AM. (2001). Symptômes de la maladie de Parkinson. *Gérontologie et Société*, 24, 97, 129-138.
- Cataix-Nègre, E. (2011). *Communiquer autrement : accompagner les personnes avec des troubles de la parole ou du langage, les communications alternatives*. Marseille : Solal.
- Chabrol, H. (2005). Les mécanismes de défense. *Recherche en soins infirmiers*, 82, 3, 31-42.
- Ducourneau, G. (2002). *Éléments de musicothérapie*. Paris : Dunod.
- Foureur, N. (2016). Plus de place au principe d'autonomie pour plus de respect des personnes âgées. *Gérontologie et Société*, 38, 2, 141-154.
- Goutte, V. et Ergis, AM. (2011). Traitement des émotions dans les pathologies neurodégénératives : une revue de littérature. *Neuropsychologie*, 3, 3, 161-175.
- Guelfi, J. et Crocq, M. (2003). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4ème édition, texte révisé. Paris : Masson.
- Guiraud-Caladou JM. (1979). *Un chant d'action*. Paris : J.M. Fuzeau.
- Guiraud-Caladou, JM. (1983). *Musicothérapie, paroles des maux*. Paris : Van de Velde.
- Hambÿe, AS et Dethy, S (2010). *Traiter le Parkinson – Prise en charge globale et multidisciplinaire du patient parkinsonien* (pp.85-108). Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.
- Lecourt, E. (2005). *Découvrir la musicothérapie*. Paris : Eyrolles
- Lecourt, E. (2011). Le son et la musique : intrusion ou médiation ? In A. Brun (Ed.), *Les médiations thérapeutiques* (pp. 117-134). Toulouse : Erès
- Manning, L. (2005). *La neuropsychologie clinique - Approche cognitive*. Paris : Armand Collin Editeur.
- Monfort, JC. (1998). *La psychogériatrie*. Paris : PUF.

- Platel, H. et Eustache, F. (2000). La mémoire musicale : approches neuropsychologiques. *Revue de neuropsychologie*, 10, 4, 623-643.
- Quinn, NP. (1998). Classification of fluctuations in patients with Parkinson's disease. *Neurolog*, 5, 2, 25-29.
- Raglio, A., Bellelli, G., Traficante, D., Gianotti, M., Ubezion, MC., Villani, D. et Trabucchi, M. (2008). Efficacy of music therapy in the treatment of behavioral and psychiatric symptoms of dementia. *Alzheimer dis assoc disord*, 22, 2, 158-162.
- Ridder, HM., Wigram, T. et Ottesen, AM. (2009). Efficacy of music therapy in the Treatment of behavioral and psychiatric symptoms of dementia. *Nordic journal of music therapy*, 18, 2, 103-132.
- Sacks, O. (2009). *Musicophilia : la musique, le cerveau et nous*. Paris : Du seuil.
- Sudres, JL., Roux, G., Laharie, M. et de la Fourrière, F. (2004). *La personne âgée en art-thérapie. De l'expression au lien social*. Paris : L'Harmattan.
- Syrota, A. et Benedetti, A. (2010). Cerveau : le pouvoir de la musique. *Science et santé*, 0, 22-33
- Tromeur, E. (2013). *De la vie jusqu'au dernier souffle - La place du musicothérapeute dans l'accompagnement en soins palliatifs de la personne âgée atteinte de démence de type Alzheimer*. Parempuyre : Éditions du Non-Verbal.
- Vanderheyden, JE. et Bouilliez, D. (2010). *Traiter le Parkinson – Prise en charge globale et multidisciplinaire du patient parkinsonien*. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.
- Vanderheyden, JE. et Kennes, B. (2009). *La prise en charge des démences – Approche transdisciplinaire du patient et de sa famille – Alzheimer, Parkinson et autres démences*. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.
- Verdeau-Paillès, J. (2004). *Le bilan psychomusical et la personnalité*. Courlay : Fuzeau.
- Watzlawick, P. (1967). *Une logique de communication*. Paris : Seuil.
- Widlocher, D. (1994). *Traité de psychopathologie*. Paris : PUF.