



**HAL**  
open science

## Musicothérapie en Médecine Physique et de Réadaptation (MPR)

Marie Orantin, Iseline Peyre

► **To cite this version:**

Marie Orantin, Iseline Peyre. Musicothérapie en Médecine Physique et de Réadaptation (MPR). Revue française de musicothérapie, Association française de musicothérapie, 2019, 38 (2). hal-03432346

**HAL Id: hal-03432346**

**<https://hal-mines-paristech.archives-ouvertes.fr/hal-03432346>**

Submitted on 24 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 XXXVIII - numéro 02 - décembre 2019

## Musicothérapie en Médecine Physique et de Réadaptation (MPR)

### Marie Orantin

Musicothérapeute, association Thalamusique, 300 Boulevard Gabriel Péri 93130 Noisy-le-Sec. E-mail : thalamusique@yahoo.fr.

### Iseline Peyre

Musicothérapeute, doctorante Sorbonne Université Institut Universitaire d'Ingénierie en Santé, Institut de Recherche et Coordination en Acoustique Musique, Laboratoire d'Imagerie Biomédicale, Hôpital Pitié-Salpêtrière, 47 Boulevard de l'Hôpital 75013 Paris. E-mail : peyre@ircam.fr.

### Résumé

A partir du partage de nos expériences respectives, nous avons tenté d'identifier certains faits marquants dans le processus d'intégration d'un musicothérapeute dans un service hospitalier de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR). Cette spécialité médicale, fondée sur la pluridisciplinarité, a pour objectif la récupération optimale des capacités fonctionnelles des patients, afin d'améliorer leur autonomie et qualité de vie. S'inscrivant historiquement dans une démarche d'échanges interdisciplinaires avec une conception globale du sujet, les services de MPR pourraient être des lieux propices au développement de la musicothérapie. Une rencontre semble possible, initiée par des collaborations au cours de projets de recherche clinique.

### Mots clefs

Musicothérapie, Médecine physique et de Réadaptation, Institutions Hospitalières

**Abstract**

Based on our shared experiences, we tried to identify the landmarks in the integration process of a music therapist in a Physical Rehabilitation Medicine (PRM) department.

The aim of this medical and multidisciplinary specialty is to reach the optimal recovery of patient's functional abilities, then improve their autonomy and quality of life.

In agreement with the objectives of this specialty, characterized by interdisciplinary exchanges with a comprehensive approach of the subject, PRM department could be suitable place for music therapy development. Around shared clinical research projects, future collaboration may be considered..

**Keywords**

Music therapy, Physical Rehabilitation Medicine, Hospital Institutions

## Contexte

La Médecine Physique et de Réadaptation est une spécialité médicale où la musicothérapie est encore peu présente en France, alors qu'elle s'y développe à grands pas outre-Atlantique et dans les pays anglo-saxons (Wirocius, 1999).

Ce constat ne saurait durer, en témoigne le numéro spécial de novembre 2018 des *Annals of Physical & Rehabilitation Medicine*, la revue française de MPR : *Music, Sounds and Rhythm in the Brain - Rehabilitation perspectives*.

Les potentiels effets de la musique sur la récupération motrice, cognitive et psychique après un accident, ou le maintien des capacités en cas de pathologies neurodégénératives, suscitent l'intérêt des acteurs de la MPR en France. Dans ce contexte, favorable à l'émergence d'interactions, il est nécessaire que les musicothérapeutes se saisissent de l'occasion pour investir ce domaine d'application. Notre métier étant encore mal connu des instances médicales, et peu reconnu des instances administratives, il nous revient la responsabilité de proposer, d'expérimenter, de convaincre de l'importance de la prise en compte du sonore – et du musical dans la rééducation.

Toutes deux musicothérapeutes issues du master professionnel et recherche de l'université Paris Descartes, nous avons individuellement cheminé dans le milieu de la MPR en initiant avec les équipes rencontrées un accompagnement sonore et musical des patients hospitalisés.

Souhaitant témoigner de nos expériences respectives dans ce contexte particulier d'exercice professionnel nous avons débuté notre réflexion par la narration de nos situations vécues. A partir de ces récits à deux voix ont émergé de multiples questions, des similitudes et contrastes dans nos parcours, présentés lors d'une communication orale commune lors de la journée scientifique de l'AFM à Saint-Malo en 2018, que nous restituons dans cet article.

## Nos lieux d'accueil et nos expériences

Pour Marie Orantin, ce fut le service de MPR du groupe hospitalier parisien St-Louis-Lariboisière-Fernand Widal où durant six mois, à l'occasion du Master Recherche en Création artistique – musicothérapie, une vingtaine de patients hospitalisés après un Accident Vasculaire Cérébral (AVC) ont pu bénéficier de séances bi-hebdomadaires de musicothérapie. Cette expérience, ayant fait l'objet d'une publication, a permis de mettre en évidence la faisabilité de séances de musicothérapie en MPR (Orantin, 2018).

Pour Iseline Peyre l'expérience en MPR est plurielle. Accueillie dans le service de rééducation orthopédique enfant des Hôpitaux de Saint-Maurice pendant 8 mois dans le cadre de son double cursus en master de musicothérapie et de recherche clinique (Master Santé Sorbonne Université), elle avait initié une étude pilote portant sur la réalisation de séances de relaxation en préparation de soins quotidiens douloureux, et assuré des suivis individuels et des ateliers pour petits groupes d'enfants en binôme avec une Educatrice Jeunes Enfants. Elle travaille actuellement au sein du service de MPR de la Pitié-Salpêtrière, en tant que doctorante de Sorbonne Université, sur une étude de recherche clinique portant sur la récupération motrice des membres supérieurs après une lésion cérébrale avec l'aide de retours sonores/musicaux.

## Musicothérapeute en MPR

L'intégration d'une nouvelle figure professionnelle au sein d'une équipe dans une institution soulève de nombreux enjeux.

Au-delà de notre expérience particulière, des questionnements généraux se posent à chaque musicothérapeute, quel que soit le lieu dans lequel il choisit de s'intégrer. Ainsi, il apparaît nécessaire de s'interroger systématiquement sur les paramètres décisionnels impliqués dans ce choix.

Dans le cas de la MPR cette multitude d'interrogations pourraient se décliner comme suit : quelles représentations se fait-on de la musicothérapie dans un service de MPR ? Quelles sont les besoins, les attentes, les demandes implicites ou explicitement formulées, des professionnels de la rééducation ? Quelles sont les spécificités de cette médecine particulière caractérisée par la pluralité des professionnels qui y exercent et des pathologies liées à la perte d'autonomie (handicaps moteur et cognitif) ? Que propose le musicothérapeute comme accompagnement dans un service de MPR ? Comment s'adapte-t-il dans un contexte rééducatif ? Quel langage partager ?

La démarche de formulation de ces questionnements est un prérequis indispensable au processus d'intégration d'une nouvelle figure professionnelle au sein d'une équipe.

En effet, J. M. Wirotius évoque la nécessité d'un socle commun de connaissances et de valeurs au sein des équipes pour permettre à chacun de trouver sa place en respectant son identité professionnelle :

« Ce partage culturel est une nécessité pour les groupes professionnels, afin d'assurer leur cohésion, leur fonctionnement et pour éclairer la représentation des valeurs professionnelles qui les animent » (Wirotius, 1999, p. 1).

## **La rencontre**

La rencontre des acteurs décisifs dans l'intégration au sein d'une équipe hospitalière de MPR (DRH, chefs de service, cadres, professionnels de santé) est un moment clé, acte fondateur, pour approfondir les questionnements précédemment énumérés et établir les bases relationnelles futures.

Dans nos situations respectives nous sommes allées à la rencontre de ces acteurs, dans le cadre de nos études universitaires.

Nous avons donc l'une comme l'autre fait ce premier pas, et proposé de tenter des premières expériences soutenues par le cadre universitaire.

Il s'agissait donc, au-delà de nos personnes, de la rencontre entre cadres institutionnels. Il est certain que ce contexte n'a pas été sans effet sur la prise en considération de notre demande/proposition.

Nous avons sans nul doute eu la possibilité de nous appuyer sur l'aspect sécurisant d'une demande émanant d'un contexte institutionnel pour formuler et faire entendre notre proposition/demande.

Le fait d'être à l'origine de la rencontre implique un double aspect dans l'établissement des relations futures : nous adoptons une posture active dans la prise d'initiative, permettant de se préparer à la rencontre par une démarche d'interrogation et information préalable, mais nous sommes en position de demandeur, soumis à la décision prise par les chefs de service et cadres.

En amont de cette rencontre, le temps de préparation s'avère un temps d'élaboration fantasmatique au cours duquel il est possible d'accéder à nos représentations, souhaits et espérances vis-à-vis du lieu et des personnes sollicitées.

## **L'absence de la musicothérapie en MPR, en France, est paradoxale**

Au sein même de la définition de la musicothérapie proposée par la Fédération Française Musicothérapie (FFM).<sup>1</sup> est présente la rééducation. Cependant, la musicothérapie en France n'utilise pas nécessairement le même langage que le médecin en MPR.<sup>2</sup>

## **A la recherche du...langage partagé.**

<sup>1</sup>La Musicothérapie est une pratique de soin, d'aide, de soutien ou de *rééducation* qui consiste à prendre en charge des personnes présentant des difficultés de communication et/ou de relation. (FFM)

<sup>2</sup>Le musicothérapeute s'appuie sur les liens étroits entre les éléments constitutifs de la musique et l'histoire du sujet. Il utilise la médiation sonore et/ou musicale afin d'ouvrir ou restaurer la communication et l'expression au sein de la relation dans le registre verbal et/ou non verbal. (FFM)

Réunis par des objectifs semblables pour le patient, un langage commun peut être trouvé.

D'une part il existe désormais une *Neurologic Music Therapy* outre atlantique, dont le langage est plus directement accessible dans son vocabulaire, et auquel il peut être fait référence, ne serait-ce que pour mettre au jour les différences entre ces deux approches du soin par le détour de la musique.

D'autre part, la musicothérapie a de réels atouts pour parvenir à dialoguer avec d'autres disciplines, puisqu'elle éclaire sa pratique de références épistémologiques multiples : psychologie, psychanalyse, phénoménologie, neurologie, neuropsychologie de la musique, musicologie, philosophie... – qu'elle rassemble autour d'une conception globale du sujet, selon son histoire et son environnement. Cela la rend capable de dialoguer dans un contexte interdisciplinaire où s'expriment plusieurs points de vue sur un même sujet. Elle entre ainsi en résonance avec les spécialités médicales et paramédicales présentes en MPR dans une prise en compte commune de l'individualité du sujet dans son contexte culturel et familial.<sup>3</sup>

## La Médecine Physique et de Réadaptation

La MPR est une « jeune » spécialité médicale orientée vers la récupération des capacités fonctionnelles<sup>4</sup> du patient atteint d'un handicap congénital ou acquis, dans le but d'instaurer ou restaurer une qualité de vie, dépendante de l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne.

Cette spécialité, initialement intégrée au panorama du monde médical par l'OMS sous la terminologie de rééducation et réadaptation fonctionnelle en 1968, s'est organisée progressivement avant d'être intitulée *Médecine Physique et de Réadaptation* en 1995. La

<sup>3</sup>([www.sofmer.org](http://www.sofmer.org). *Argumentaire des recommandations pour la pratique clinique*)

<sup>4</sup>Les *capacités fonctionnelles* s'entendent comme la récupération des fonctions motrices (marche, motricité fine) et cognitives (parole et langage, attention, mémoire et fonctions exécutives).

structuration de cette spécialité médicale s'est déroulée conjointement à l'essor des professions paramédicales qu'elle coordonne (kinésithérapie, orthophonie, ergothérapie, et psychomotricité notamment).

Par ailleurs, le développement de la MPR coïncide avec l'évolution de la conception du handicap et de son institutionnalisation dans le cadre de politiques publiques de médicalisation et de réadaptation.

JM Wirotius caractérise la MPR à partir de sa « *construction en patchwork* » :

« ...avec la multiplicité des intervenants et la diversité des modes de formation des professionnels, [la MPR va constituer] un champ à la fois unitaire (centré sur la personne handicapée) mais instable, avec des forces de cohésion et de distension » (Wirotius, 1999, p. 1).

Dès ses origines, la MPR s'est appuyée sur la mise en commun de connaissances issues de domaines divers, de manière identique à la musicothérapie :

« Les sciences humaines ont apporté deux registres fondamentaux ayant contribué à faire très nettement avancer le monde de la rééducation. D'une part, ce sont les outils et les pratiques scientifiques dans l'analyse des comportements humains. D'autre part, ces disciplines [...] offrent une base de savoirs fondamentaux : la linguistique pour l'aphasie, la psychologie cognitive pour la mémoire, l'attention, la sociologie pour l'analyse des situations institutionnelles et familiales. [...] Ces savoirs vont s'imposer comme des compléments nécessaires à la seule base anatomique et physiologique des premiers supports théoriques de la rééducation » (Wirotius, 1999, p. 16).

La MPR s'attache à restaurer les ressources psychologiques et les aptitudes sociales : régulation de l'humeur, de l'anxiété, de la dépression (Wirocius & Pétrissans, 2005) ; interactions sociales et adaptation.

Les équipes pluridisciplinaires en MPR regroupent pour cela des médecins spécialisés, appelés *médecins rééducateurs*, et des rééducateurs spécialisés dans les techniques de récupération optimale d'une fonction : kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, psychomotricien. En hospitalisation *intra* ou *de jour*, le service de MPR est aussi doté d'infirmiers, d'aides-soignants, de prothésistes ou appareilleurs, de psychologues et neuropsychologues, d'assistantes sociales, ainsi que de coordinateurs de réseaux et parcours de soins.

La cohésion groupale de l'équipe, fondamentale pour le patient, est donc à construire et entretenir en permanence. Les réunions de synthèses concernent tous les membres de l'équipe, et les questions liées à l'hospitalisation dans le service mais également celles liées aux conditions matérielles et environnementales du retour à domicile sont abordées.

### **La MPR, lieu du *pourquoi pas* ?**

Les patients pour lesquels la récupération motrice et/ou cognitive semble pouvoir être améliorée par la prise en charge rééducative sont orientés en service de MPR. Cette double reconnaissance (Piéron, 2014) – de la pathologie et de la personne soignée – est essentielle puisque le rôle du patient dans l'appropriation de sa rééducation est fondamental.

Ainsi le service de MPR est un lieu thérapeutique par excellence, confiant et bienveillant, lieu du *prendre soin* (Gori, 2005), lieu chargé d'espoirs partagés tant par les soignants que par les patients et fonctionne comme un mythe unificateur (Enriquez, 2012) qui donne sens aux pratiques dans le service. L'adhésion du patient aux propositions de rééducation est essentielle et sans cesse mise en question. Cette nécessaire alliance ouvre à

l'expérimentation de nouvelles approches. A ce titre, la MPR peut être un lieu propice à l'intégration de la musicothérapie.

### **La MPR, temps du *pourquoi pas* ?**

Le temps d'une hospitalisation *en intra* dans un service de MPR est fonction des progrès constatés chez le patient. Elle peut donc être d'une durée variable. Pour le patient, c'est le temps qui convoque le courage, l'engagement dans la rééducation active. C'est aussi le temps long qui démoralise, les progrès si ténus et l'anxiété d'un retour à la maison ou d'un placement dans un établissement. Temps d'oscillation entre l'espoir et le désespoir, temps de transition entre le traumatisme subi et la vie d'après, temps compté car la récupération neuronale spontanée ne dure pas.

Toute orientée vers la récupération active des capacités fonctionnelles, physiques ou cognitives, la MPR fait résolument le choix de *la vie après*. Elle peine à se confronter frontalement aux angoisses liées au trauma et à la sidération, peu compatible avec la remise en mouvement, au risque parfois d'une forme de déni.

Or, le passé traumatique n'est pas toujours dépassé, et parfois peu d'espace semble disponible pour le travail d'élaboration du deuil du corps et des capacités intellectuelles.

Là encore, la musicothérapie peut amorcer, le temps de l'hospitalisation, l'aménagement identitaire nécessaire au patient pour vivre le plus pleinement possible sa rééducation : par le détour de l'échange sonore, musical, et verbal, bien des choses peuvent se dire, s'entendre, se rejouer, s'élaborer.

### **La musicothérapie répond aux préoccupations implicites de la MPR...**

Chez certains patients, une forme de mal-être peut se traduire par un comportement que les soignants formulent ainsi lors des synthèses : *le patient s'ennuie* ou *le patient manque de motivation, il est peu proactif, il s'isole ...*

Ces paroles manifestent les limites de la prise en charge habituelle en MPR. Or, si le patient *ne*

*progresses plus, a atteint sa limite, ne pourra faire plus, il est alors temps d'envisager de programmer une date de sortie.*

Ainsi, un sentiment d'impuissance semble parfois être vécu par les soignants, au vu de certains patients qui ne récupèrent pas des capacités à hauteur de ce qu'ils avaient escompté.

De plus, il se peut parfois que, « Le désir de guérison exprimé profondément et moteur exclusif de l'action peut entraîner une réaction thérapeutique négative et enfermer encore plus le [patient] dans les difficultés » (Enriquez, 2012, p. 81).

Très explicitement, la MPR tente d'améliorer la *motivation* et *l'engagement* du sujet dans sa rééducation. Elle peut voir dans la musicothérapie une occasion de répondre à cette problématique, notamment du fait des recherches contemporaines portant sur la musique et ses effets tant moteurs que psychologiques. Les travaux mettant en évidence la potentialisation de la plasticité cérébrale par l'écoute et la pratique musicale sont l'objet d'un grand intérêt dans ce contexte. Le remodelage des réseaux neuronaux lié à l'activité musicale présente un « *effet de transfert* vers les compétences non musicales [...] à la fois chez le musicien et le non musicien, dans des activités mentales perceptives, motrices ou cognitives » (Moussard, Rochette & Bigand, 2012, p. 509).

Pour la musicothérapie, cet intérêt est l'occasion d'affirmer l'importance de la prise en compte du sonore dans la rééducation et la reconstruction du sujet. A l'heure actuelle, si les troubles de la perception visuelle font l'objet d'une attention accrue, les troubles auditifs et de perception de la musique sont rarement évalués en MPR.

Pour convaincre, le musicothérapeute doit tout à la fois s'adapter au vocabulaire médical et paramédical usité en MPR tout en conservant le sien. Dire que la musicothérapie offre un cadre qui invite à l'éveil d'une écoute sensible et à l'émergence d'une pensée, réaffirmer la nécessaire créativité que requiert le réaménagement de toute une vie après le traumatisme, cela peut se dire en termes de réaménagement psychique, de réduction

des troubles de l'humeur et de l'anxiété, d'engagement moteur et d'équilibre postural, de meilleure qualité de vie et d'autonomie. L'on peut aussi trouver bien des correspondances entre les conditions nécessaires à la créativité (Lubart, 2012) et le système attentionnel superviseur<sup>5</sup>. De même, la définition de la créativité proposée par D.W. Winnicott prend tout son sens au regard des difficultés de motivation évoquées :

*« Il s'agit avant tout d'un mode créatif de perception qui donne à l'individu le sentiment que la vie vaut la peine d'être vécue. »* (Winnicott, 2002, p. 91)

### **...Dans le méta cadre de la recherche**

*« Il y a des vérités qui ne peuvent être révélées qu'à la condition d'être découvertes »* (Mouawad, 2003, p. 90)

A partir de cette représentation des bienfaits potentiels de la musique, il semble qu'il n'y ait qu'un pas à faire pour l'intégration de la musicothérapie en MPR.

Reste à définir le cadre, la temporalité et les modalités particulières où seront explorées, mises à l'étude, cette nouvelle hypothèse de travail et de pensée.

Ce cadre peut être celui de la recherche.

Lors de la mise en commun de nos expériences, il est apparu que l'élaboration et la mise en place de projet de recherche s'avérait être à la fois un besoin commun à la Musicothérapie et à la MPR et le moyen pertinent pour parvenir à intégrer notre profession dans ce contexte.

Les projets de recherche autour de la musicothérapie ouvrent la MPR à d'autres pratiques : faisabilité des séances de musicothérapie auprès de patients hospitalisés après leur AVC dans le service de MPR (étude publiée) ; récupération des habiletés musicales

<sup>5</sup>Dans ses composantes cognitives : mémoire, mise à jour, inhibition, flexibilité, planification



après un AVC / qualité de vie lors de l'hospitalisation (recherche à venir) ; complémentarité du soin en musicothérapie auprès d'enfants hospitalisés ; prise en compte de l'histoire musicale du patient dans l'adjonction de musiques dans la rééducation motrice, les pistes à explorer sont nombreuses.

La recherche est un lieu d'expérimentation libre et règlementée, où la remise en question des pratiques et des discours est possible. La recherche apparaît ainsi comme un *métacadre*, espace interstitiel formel et informel de questionnement et d'invention, caractérisé en tout premier lieu par sa temporalité : se déroulant sur un temps imparti, précisé dans le projet de recherche. Le rythme même de l'activité de recherche laisse du temps pour le questionnement.

La recherche médicale est aussi une institution structurée qui se déroule dans des lieux qui lui sont dédiés, tout particulièrement les Centres Hospitaliers Universitaires. Ce cadre est légitime et sécurisant. Le chercheur n'est pas isolé pour mener sa recherche, idéalement il mène ses travaux en équipe en impliquant des personnels aux profils variés, en privilégiant les collaborations avec les cliniciens.

Par ailleurs, l'activité de recherche est étroitement liée à la communication. Ainsi, les questions concernant le langage à partager évoquées précédemment peuvent à nouveau se poser et trouver en partie leur issue via l'adoption du langage formel des publications. La communication informelle est tout aussi importante : les échanges interindividuels ouvrent au partage du langage polysémique de la musicothérapie, et au questionnement.

Au cours de nos expériences respectives, proposer la réalisation d'une étude pilote a été le tremplin de l'initiation d'une collaboration de confiance. Or, historiquement la structuration progressive de la MPR s'est appuyée sur l'inscription dans une démarche scientifique :

« Dans un contexte d'évaluation des pratiques médicales [...] la démarche scientifique reprend tous ses droits [...] depuis les années 1970-1980, avec le développement de la recherche clinique en rééducation » (Wirocius, 1999, p.16).

Après ce témoignage à *quatre mains*, nous avons dans cette perspective, décidé de nous associer sur un prochain projet commun en préparant une étude autour du double thème de la qualité de vie lors de l'hospitalisation en MPR et la récupération des habiletés musicales après un AVC.

## Conclusion

Aujourd'hui, la présence de la musicothérapie dans un service de MPR dépend de projets et de mise en œuvre de recherches, dont la temporalité et les modalités d'intervention sont particulières et semblent adaptées aux besoins de ces lieux d'intervention.

A l'avenir elle devrait apporter la preuve de sa spécificité au regard des autres soins, en tant que pratique thérapeutique. En particulier, il est de la responsabilité du musicothérapeute, au-delà des recherches menées, de mettre en lumière, à l'ère de l'Evidence Based Medicine, sa valeur d'accompagnement du patient dans sa rééducation.

Pour le moins avons-nous su montrer que la visée de la musicothérapie – remettre le patient sur le chemin de sa propre créativité- est compatible avec la MPR, même si un tel contexte est limité par le temps de l'hospitalisation et par le temps du projet de recherche : la musicothérapie offre un espace de (re)découverte de soi, autrement, qu'il appartient au patient de poursuivre dans l'avenir, librement.

## Bibliographie

Enriquez, E. (1987), Le travail de la mort dans les institutions. *In L'institution et les institutions*

- Etudes psychanalytiques* (pp. 62-94). Paris : Dunod.
- Gori, R. (2005). *La santé totalitaire : essai sur la médicalisation de l'existence*. Paris : Denoël.
- Lubart, T. (2012). *Psychologie de la créativité*. Paris : Armand Colin.
- Orantin, M. et al. (2018). Give music therapy a chance in post-stroke rehabilitation. In *Music, Sounds and Rhythm in the Brain - Rehabilitation perspectives. Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 61(6), 419420.
- Pierron, J.-P. (2014). Les institutions hospitalières : des institutions de la reconnaissance ? *Revue d'éthique et de théologie morale*, 281(HS), 149. (<https://doi.org/10.3917/retm.281.0149>)
- Mouawad, W. (2003), *Incendies*, Actes Sud, p.90.
- Moussard, A., Rochette, F., & Bigand, E. (2012). La musique comme outil de stimulation cognitive. *L'Année Psychologique*, 112(03), 499542. (<https://doi.org/10.4074/S0003503312003077>)
- Winnicott, D. W. (2002). *Jeu et réalité : l'espace potentiel*. [Paris] : Gallimard, p. 91.
- Wirocius JM (1999) Histoire de la rééducation. *Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation*, 26-005-A-10, 1999, 25 p.
- Wirocius, J.-M., & Pétrissans, J.-L. (2005). Dépression en rééducation. *EMC (Elsevier SAS, Paris), Kinésithérapie-Médecine physique-réadaptation*, 26-550-A-10. (<https://doi.org/10.1016/j.emckns.2005.07.001>)