



**HAL**  
open science

## De la voix du thérapeute à celle du patient

Émilie Tromeur-Navaresi

► **To cite this version:**

Émilie Tromeur-Navaresi. De la voix du thérapeute à celle du patient. Revue française de musicothérapie, 2019, 38 (2). hal-03432424

**HAL Id: hal-03432424**

**<https://hal.science/hal-03432424>**

Submitted on 17 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

## De la voix du thérapeute à celle du patient

**Émilie Tromeur-Navaresi**

Musicothérapeute clinicienne, Neuromusicothérapeute, Musicienne et Formatrice, Association L'Ame Uzik. E-mail : [emilie.tromeur@lame-uzik.com](mailto:emilie.tromeur@lame-uzik.com)

### Résumé

À la lecture de l'argumentaire des journées d'études cliniques de Nantes 2019, j'ai très rapidement fait le lien avec le travail amorcé depuis quelques mois avec une patiente, que j'appellerai madame Mute. Cette dame, nonagénaire, m'a été adressée suite à son entrée en EHPAD. Avant même son arrivée, l'équipe imaginait une institutionnalisation difficile du fait d'un consentement « forcé ». En effet, elle s'est résignée à venir vivre au sein de notre résidence, du fait de l'inquiétude importante de ses enfants face à un maintien à domicile complexe. Effectivement, l'arrivée en EHPAD a engendré un repli sur soi avec un mutisme quasi immédiat. Du fait de sa passivité massive et de son souhait de ne plus communiquer activement, madame Mute m'a été adressée. Le travail en musicothérapie s'est donc dirigé vers un travail autour du lien, naturellement. Au fil de semaines, ma voix chantée a laissé place à la voix parlée de madame Mute....

### Mots clefs

Voix parlée ; Voix chantée ; Musicothérapie neurologique ; Accompagnement ; Apathie ; Mutisme ; Syndrome de glissement ; Lien.

### Abstract

It is after reading the reports stemming from the 2019 Nantes Clinical Studies Seminars that I quickly made a link between those readings and the work I had by then been undertaking for a few months with a patient we shall call Mrs Mute. The lady, in her nineties, was brought under my care after her arrival at the nursing home. Even before she arrived, the staff feared a difficult time as her consent is described as "forced out". Indeed, she has resigned herself to live in our nursing home to answer her children's worries. Staying at home had become intricate. As planned, her arrival at the nursing home triggered a complete and immediate shutdown as well as muteness. Mrs Mute was sent to me because of her great passivity and her wish not to communicate actively. The music therapy work has naturally tended to the link. As weeks went by, my singing voice slowly gave place to Mrs Mute speaking voice..

### Keywords

Geriatrics; Speaking voice; Singing voice; Neurologic Music Therapy; Individual support; Apathy; Muteness; Geriatric cachexia; Link.

## Introduction

J'interviens en gériatrie depuis plus de dix années maintenant, en qualité de musicothérapeute clinicienne. Le travail de la voix parlée et de la voix chantée tient une grande place dans ma pratique quotidienne. La voix change en vieillissant ; elle se modifie en fonction de nos émotions également. Elle peut aussi être le reflet de troubles du développement, du comportement ou encore cognitifs. Quoi qu'il en soit, la voix s'impose comme le reflet d'un message qui ne peut prendre sens qu'au sein d'une relation. Celle-ci peut se réaliser au sein d'un cadre musicothérapeutique.

J'ai pu noter au fil des années et des rencontres avec mes patients, que la voix chantée est davantage utilisée de manière spontanée par les personnes de générations plus anciennes. En effet, il y a quelques décennies, à l'époque de l'enfance de madame Mute, un des rares moyens de se transmettre le savoir et les connaissances musicales était de jouer ou de chanter le morceau concerné. Loin des outils de diffusion que nous possédons aujourd'hui, la voix chantée était donc très investie et permettait cela. Mes patients semblent donc moins hésitants et l'utilisent bien volontiers. Ajoutant à cela quelques troubles démentiels venant favoriser la désinhibition et favorisant ainsi l'expression générale de manière spontanée. La perte du mot venant ainsi être comblée par une expression non-verbale comme par exemple la vocalisation.

En lisant la thématique des journées cliniques 2019 de l'institut de Nantes « Musicothérapie et langage : du non-verbal au verbal, quels processus ? », je me suis beaucoup questionnée sur la place des mots dans ces échanges vocaux improvisés avec mes patients. Et plus largement, sur la place et le poids des mots en musicothérapie.

Quelle place pour le verbal en musicothérapie ?  
Quelle valeur donner à ces mots ? Quel sens

accorder à des mots isolés verbalisés dans un souffle de voix ? Quel rôle a le musicothérapeute lors des verbalisations de ses patients ?

Des questions qui restent sans(cent) réponse(s) depuis de nombreuses années et qui ne cesseront de m'animer.

S'il semble difficile de répondre à ces questions de manière exhaustive, j'en esquisserai ici l'ébauche d'une à partir de la présentation d'un cas clinique. J'ai très rapidement pensé à l'une de mes patientes, âgée, mutique par choix de ne plus s'exprimer verbalement. En effet, l'orientation vers une musicothérapie avait pour objectif premier : lui « permettre » de parler à nouveau.

Je m'autorise à mettre le mot permettre entre guillemets car cette dame, madame Mute, avait fait le choix de ne plus parler et, paradoxalement, l'attente était qu'elle reparle. Je vais vous retracer le suivi thérapeutique de madame Mute, en mettant l'accent sur la place du langage au sein de cette relation et de cette musicothérapie.

Il est important de noter que j'interviens dans l'établissement dans lequel vit cette dame à hauteur d'un 20% équivalent temps plein, ce qui représente une journée hebdomadaire. Il existe donc souvent un temps de latence important entre les demandes et les premières prises de contact, entre deux rencontres... Après discussion avec l'équipe, nous avons convenu que l'objectif serait, dans un premier temps, de maintenir un lien afin d'éviter une apathie trop importante et, ensuite, éventuellement, de permettre à nouveau la communication verbale de manière plus aisée.

En effet, le choix de madame Mute semblait mettre à mal le bien-fondé des soins. Le personnel soignant était mal à l'aise face au mutisme de cette dame. Il aurait souhaité pouvoir communiquer activement avec elle, ou à défaut, que madame Mute puisse s'exprimer par rapport à sa vie en institution.

La question du silence a été de nombreuses fois abordée avec cette équipe. Le choix de madame Mute de ne plus s'exprimer verbalement était anxiogène pour les soignants. Comment l'aborder ? Comment le vivre ? Comment respecter son choix ? Ces questions revenaient sans cesse en réunion pluriprofessionnelle. Nous avons pu mettre des mots sur ce sentiment de malaise. Il semblerait qu'ainsi les soignants se sentaient entendus et vivaient moins mal la situation.

### **Le bilan psychomusical**

Lors de notre première prise de contact, madame Mute soutient mon regard pendant quelques minutes avant de soupirer et de fermer les yeux, sans prononcer aucun mot, aucun son. M'entend-elle ? Accepte-t-elle ma présence ? Se résigne-t-elle ? Dans le doute, je prends le temps de lui expliquer les raisons de notre rencontre et lui demande si elle accepte que je revienne la voir. Elle acquiesce alors par un mouvement de tête, sans réouvrir les yeux. La passation de la suite du bilan psychomusical est programmée pour le mois suivant.

Un mois s'est passé. Madame Mute adopte toujours la même attitude et garde le silence. La passation du test réceptif a été possible mais sans réponse « parlée », il m'était difficile d'exploiter ses retours comme le demande le modèle de J. Verdeau-Paillès. La passation du test actif ne m'a absolument pas semblé adaptée : madame Mute se mobilisait très peu par souhait et grimaçait très vite lorsque son environnement devenait sonore.

Mes questionnements étaient toujours très présents : m'a-t-elle reconnue ? Se souvient-elle du temps passé ensemble il y a plusieurs semaines ?

À la suite, de ce bilan, j'ai demandé à nouveau à madame Mute si elle souhaitait que je poursuive mes visites. Ce jour-là, elle a acquiescé à nouveau.

Je me retrouvais donc dans une impasse, tiraillée entre l'acceptation de madame Mute que

je revienne la rencontrer, la demande émanant du médecin et une non-réponse technique claire suite à la passation du bilan... Qu'allais-je proposer à madame Mute ? Qu'allais-je mettre en place comme dispositif ?

Après quelques jours de réflexion et plusieurs discussions avec l'équipe soignante, un suivi thérapeutique en musicothérapie semblait opportun, adapté et surtout attendu. « Vous êtes le seul levier qui puisse donner des résultats ! » semblait être le leitmotiv...

### **Présentation de la musicothérapie réceptive**

#### **La technique utilisée**

La musicothérapie réceptive consiste à introduire des écoutes musicales dans la relation thérapeutique. Les extraits peuvent être produits en direct ou enregistrés. Théoriquement, cette technique a pour objectif de permettre au patient de communiquer une succession d'idées, de pensées, ou de sensations qu'il a ressenties pendant l'écoute des extraits proposés. Elle peut aussi être une approche passive du patient pour travailler sur l'attention et la concentration des personnes très dépendantes et/ou atteintes sur le plan cognitif (et toutes ses fonctions).

Dans le contexte du suivi thérapeutique de madame Mute, au regard de ses désirs, de ses capacités conservées et des objectifs adaptés avec l'équipe soignante, j'ai choisi la technique centrée autour d'une œuvre.

#### **Objectifs thérapeutiques**

- créer un climat de confiance
- maintenir le lien
- soutenir les capacités cognitives conservées
- permettre, soutenir et développer une communication non-verbale
- favoriser l'expression des émotions et des ressentis dans « l'ici et maintenant »

## Protocole thérapeutique

Musicothérapie réceptive individuelle, bimensuelle puis hebdomadaire – durée de séance : 30 minutes

Étape 1 : temps de prise de contact, de « bonjour », prise en compte des paramètres physiques (pouls, respiration, attitudes physiques, ...)

Étape 2 : temps d'écoute de la production vocale, 'live' et improvisée du musicothérapeute accompagnée d'une kalimba<sup>1</sup>

Étape 3 : temps d'expression libre

Étape 4 : temps d'aurevoir/fin de séance

## Les séances

Vingt-cinq séances ont eu lieu au total, ainsi que deux entretiens avec sa famille.

Il est important de préciser que les premiers mois, madame Mute ne pouvait bénéficier que d'une séance toutes les deux semaines. En effet, l'organisation de mon temps de travail ne pouvait être différent, face aux demandes s'accumulant et au fonctionnement institutionnel. Il m'a ensuite été possible d'aménager différemment mon temps de travail afin de permettre de proposer à madame Mute une séance par semaine.

L'entretien clinique du bilan psychomusical a dû être complété par sa famille. En effet, seule une

---

<sup>1</sup>Plusieurs études ont montré que les vibrations pouvaient améliorer l'audition ; par le mécanisme « d'écoute par les os ». Dans ma pratique, il m'arrive donc régulièrement d'utiliser des instruments en bois qui favorisent la conduction vibratoire. Ainsi, les patients, mêmes malentendants, semblent mieux percevoir les sons. Pour favoriser davantage ce phénomène, j'ajoute un contact physique si le patient l'accepte. Cette dame avait elle-même déposé ma main sur son thorax lors de la seconde séance. Ma main droite était donc posée retournée sur son thorax de façon à pouvoir manipuler la kalimba en même temps. En effet, le socle en bois de ma kalimba permet et favorise cette conduction osseuse. L'improvisation avec cet instrument peut être très simple et la vibration des notes peut se moduler dans l'intensité et la durée, en live, en fonction des réactions de madame Mute.

prise de contact avait eu lieu avec madame Mute. Les deux entretiens avec ses proches m'ont permis de mieux connaître l'histoire personnelle et l'histoire sonore de madame Mute. Aussi et surtout de mieux comprendre la place que la musique ne tenait pas dans sa vie. En effet, lors du premier entretien, ses filles m'ont expliqué que leur maman n'écoutait pas de musique et ne chantait jamais. D'après elles, madame Mute aurait toujours « subi »<sup>2</sup> les envies et les choix musicaux de ses enfants sans vraiment avoir le désir d'écouter réellement de la musique. Puis, un souvenir leur est revenu. L'une s'est rappelée avoir entendu fredonner sa maman en cuisinant. Elle ne pouvait néanmoins pas me dire de quelle chanson il s'agissait mais me laissant l'espoir de trouver moi-même en me précisant qu'il s'agissait « d'une chanson très connue de sa génération ».

Ces temps d'échanges avec ses filles m'ont permis de me questionner à nouveau mais aussi d'entrevoir une porte ouverte dans la relation avec madame Mute. En effet, un petit levier sonore pouvait exister et faire sens...

Les séances se déroulaient toutes dans la chambre de madame Mute, avant les soins d'hygiène. En effet, nous avons fait le constat que du fait de sa grande fatigabilité, cette dame n'était plus en capacité de participer aux séances après les soins ; ceux-ci semblaient lui demander une énergie importante. Cependant, si les séances avaient lieu avant, deux constats étaient faits : les réactions en séance étaient plus nombreuses et l'apaisement de madame Mute pendant les soins semblait plus important.

Au fil de séances, madame Mute est passée d'un état d'écoute à un état de présence active où elle avait conscience de la séance. En effet, en début de séance, madame Mute ne répondait pas forcément à mes sollicitations alors qu'en fin de séance, elle était en capacité de me répondre, par une réponse non-verbale. Il semblait alors

---

<sup>2</sup>Terme choisi et utilisé par ses enfants.

envisageable d'atteindre un état où le maintien de l'attention et de la vigilance était possible.

Au cours des séances, quelques mots ont été prononcés spontanément par madame Mute. Ils étaient accompagnés d'un sourire mais semblaient lui demander beaucoup d'efforts. Sa fatigabilité était très importante.

Ses émotions et ses ressentis étaient exprimés. En effet, madame Mute utilisait de nombreuses expressions de visage qui semblaient en cohérence avec l'état émotionnel que je pouvais percevoir. Elle s'est également permise de rire et de pleurer lors de deux séances.

Les objectifs thérapeutiques fixés en équipe semblaient être atteignables, petit à petit, en allant au rythme de madame Mute. À mon sens, comme pour certains soignants également, la communication était tout de même possible avec cette dame. Nous pouvions recueillir quelques ressentis, même si pour cela, il était nécessaire d'orienter nos questions et de ne permettre qu'une réponse simple ; une réponse par « oui » ou « non ». Cela semble être en adéquation avec ses capacités/souhais. Cela semblait être un bon « compromis » entre son souhait et l'attente médecin/famille.

Néanmoins, la demande initiale du médecin restait la même et elle était régulièrement discutée en réunion d'équipe. De nombreux questionnements éthiques y étaient rattachés. Comment pouvions-nous permettre à madame Mute d'être écoutée, entendue et respectée dans ses choix ? Comment pouvions-nous soutenir ceux-ci ? Comment trouver l'équilibre entre les souhaits de madame Mute et les demandes de ses proches ?...

Cette réflexion pluriprofessionnelle était nécessaire et essentielle pour le maintien et la poursuite du travail thérapeutique engagé.

Les séances ont été suspendues pendant une semaine par mon départ en formation. Lors de la séance avant mon absence, j'avais entonné

spontanément, sans réfléchir, « La vie en rose ». À cet instant, madame Mute avait dirigé son regard vers le mien, ses yeux se remplissant de larmes. Je lui avais demandé si elle souhaitait que je m'arrête. Elle m'avait répondu « Oh non... ». Nous avons passé la fin de séance autour de cette chanson. Les émotions exprimées remplaçant tous les mots.

Jeune certifiée en musicothérapie neurologique à mon retour, j'ai fait le choix d'orienter le suivi de madame Mute vers une des techniques de neuromusicothérapie. En effet, une des techniques apprises me semblait adaptée et saurait permettre d'atteindre d'autres objectifs.

## **Présentation de la musicothérapie neurologique**

### **La technique utilisée**

« La Stimulation du Langage par la Musique (Musical Speech Stimulation – MUSTIM) est l'utilisation d'éléments musicaux tels que chansons, comptines, chants et phrases musicales qui imitent des réalisations prosodiques du discours pour stimuler les séries automatiques du langage. Cette technique utilise le fait de commencer ou de terminer les paroles de chansons familières très connues par la personne, l'association de mots avec des airs familiers ou des phrases musicales pour obtenir des réponses dans le langage fonctionnel (Baso et al. 1979). Par exemple, le fait de terminer de manière spontanée des phrases familières est stimulé grâce à des airs familiers ou des phrases mélodiques évidentes (par exemple, « You are my... », ou « How are you... ? ») », (Thaut 2005)

### **Objectifs thérapeutiques**

- réadapter le langage en provoquant le langage automatique (et éventuellement le langage complexe)
- permettre des échanges verbaux actifs spontanés
- maintenir le lien

## Protocole thérapeutique

Toutes les techniques de musicothérapie neurologique s'appuient sur le modèle de conception transformationnel qui se découpe en 6 étapes<sup>3</sup>. Les 6 étapes du protocole sont adaptées pour chaque patient et sont présentes à chacune des séances.

Pour madame Mute, le protocole thérapeutique était celui-ci : Musicothérapie neurologique individuelle hebdomadaire – durée de séance : 30 minutes

Étape 1 : je rentre dans la chambre et constate si madame Mute s'exprime ou non spontanément, sans aucune stimulation de ma part.

Étape 2 : reprise des objectifs cités.

Étape 3 : je lui pose plusieurs questions fermées auxquelles madame Mute doit répondre par « oui » ou « non »

Étape 4 : je chante le refrain complet de la chanson « La vie en rose », puis avec madame Mute qui doit venir ponctuer chaque phrase en chantant le dernier mot

Étape 5 : je lui repose les mêmes questions que lors de l'étape 3.

Étape 6 : temps d'expression libre afin de voir si madame Mute s'exprime spontanément, sinon échange dynamisé par une soignante

## Les séances

Quatre séances de musicothérapie neurologique ont eu lieu au total. Comme lors du précédent protocole, elles avaient lieu juste avant le temps de soins d'hygiène.

Un extrait audio a été diffusé lors de mon intervention à Nantes. Il s'agissait d'une captation de la deuxième moitié de l'étape 4, enregistrée lors de la première séance avec la technique MUSTIM : je chantais les phrases du refrain de « La vie en rose » et laissait le soin avec madame Mute de venir ou non les ponctuer avec le dernier mot.

Il va m'être difficile de le faire ici, néanmoins, je vais tenter de vous restituer les échanges le plus fidèlement possible à l'écrit... Ainsi, nous pouvons faire un focus sur la première séance.

(Musicothérapeute)	(Madame Mute)
Quand il me prend dans ses	bras
Il me parle tout	bas
Je vois la vie en	rose
Il me dit des mots... d'amour	
Des mots de tous les	jours
Et ça m'a fait quelque	chose
Il est entré dans mon	cœur... Cœur
Une part de... bonheur	
Dont je connais la	cause
C'est lui pour moi, moi pour lui dans la	vie
Il me l'a dit, l'a juré pour la	la vie
Et dès que je l'aperçois, alors je sens en	moi
Mon cœur qui	bat

On note bien ici que les mots de deux syllabes lui sont plus difficiles à prononcer. De plus, le temps de latence entre les phrases impulsées en chantant par le musicothérapeute et les réponses données en parlant par madame Mute, est important.

Lors des trois séances qui ont suivi, madame Mute s'est montrée en capacité de prononcer toutes les fins de phrases, allant même jusqu'à prononcer les deux derniers mots pour certaines, en rythme et en entonnant la mélodie.

Ce qui est important à savoir et à relever c'est l'effet que les séances ont eu sur la vie quotidienne, l'impact que ces exercices musicaux ont eu sur les capacités d'expression de madame Mute. Là était bien l'objectif fixé depuis le début du suivi thérapeutique.

Madame Mute s'est montrée en capacité de répondre de plus en plus aux questions fermées

<sup>3</sup>Étapes du Transformational Design Model

1. Évaluation initiale

2. Buts/Objectifs : rééducation ? développementale ? adaptative ?

3. Exercice/Stimulus non-musical

4. Exercice de musique thérapeutique : logiques thérapeutique, scientifique et musicale

5. Réévaluation

6. Transformation/Transfert dans la vie quotidienne

des soignants dans l'heure qui suivait la séance de musicothérapie allant même jusqu'à faire une demande spontanée à la suite de la dernière séance. En effet, lorsque je m'apprêtais à quitter sa chambre, madame Mute m'a demandé en présence de la soignante « Merci de ne pas fermer ma porte de couloir s'il vous plait. ».

À la suite de cette quatrième séance, se sont enchaînées mes vacances pour moi et une période d'hospitalisation pour infection pulmonaire pour madame Mute. Une nouvelle réorientation du suivi thérapeutique a donc dû se mettre en place afin de s'inscrire dans un accompagnement de soins de confort.

## **Présentation de la musicothérapie en fin de vie**

### **La technique utilisée**

Dans ma pratique clinique, la technique privilégiée dans ce type d'accompagnement est la détente psychomusicale. Elle est individuelle et personnalisée. Elle part de l'état émotionnel du patient et lui permet, de manière progressive, de se détendre psychiquement et musculairement. 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 : la première phase est qualifiée de descendance, la deuxième est une phase de repos et la troisième phase appelée phase de réveil. À la suite de cette écoute, un temps de verbalisation et/ou d'expression libre est proposé au patient.

### **L'adaptation de la technique**

Comme le musicothérapeute se doit de rencontrer le malade là où il en est dans « l'ici et maintenant », j'utilise peu cette technique ainsi dans le cadre d'un accompagnement en fin de vie. En effet, je l'adapte de façon à respecter la grande fatigabilité des patients et d'être au plus près de leurs capacités conservées.

Je propose aux patients une improvisation vocale avec ou sans objet sonore accompagnant

ma voix chantée. Je conserve le schéma « en U » de cette technique de musicothérapie réceptive ; ainsi mon improvisation va ralentir puis réaccélérer légèrement sur la fin, passant d'un volume sonore important à un volume moyen en étant passé par un volume très faible. L'improvisation va également reprendre des mélodies familières au patient. Et, de façon à être au plus près de l'état dans lequel il se trouve en début de séance, mon tempo de départ prendra comme référence le pouls du patient ou, à défaut, son rythme respiratoire.

### **Objectifs thérapeutiques**

- diminuer douleur et anxiété
- maintenir le lien

### **Protocole thérapeutique**

Musicothérapie réceptive individuelle hebdomadaire – durée de séance : 30 minutes

Étape 1 : temps de prise de contact, de « bonjour », prise en compte des paramètres physiques (pouls, respiration, attitudes physiques, ...)

Étape 2 : temps d'écoute de l'improvisation vocale « live » du musicothérapeute

Étape 3 : temps d'aurevoir/fin de séance/transition avec les soins

### **Les séances**

Madame Mute a montré des signes de grande fatigue sur ces deux séances ; la respiration était bruyante, lente, peu profonde et de nombreuses pauses respiratoires étaient à noter. Néanmoins, elle ne semblait pas douloureuse. L'attitude physique adoptée était plutôt détendue et ne montrait pas de crispations. Madame Mute ne gémissait pas non plus.

Au cours des temps d'improvisation vocale, madame Mute semblait réceptive puisqu'elle réagissait à ma voix et à ma présence. Sa respiration s'est amplifiée lors des séances et une détente musculaire faciale a été notée sur ces deux séances. Lors de la première séance, madame Mute a esquissé un sourire lorsque j'ai posé ma



main sur la sienne. De façon à être fidèle à ses choix dans mes possibilités d'action, j'ai réutilisé le toucher comme lors des séances de musicothérapie réceptive de début de suivi. Ainsi, une de mes mains était posée sur son thorax, me laissant la possibilité de déposer la seconde sur sa main. En effet, l'équipe avait noté que le maintien du toucher lors des temps de soin permettait d'éviter des réactions de sursaut de la part de madame Mute.

Les deux séances se sont donc déroulées dans le calme de madame Mute, lui permettant ainsi de conserver une attitude plutôt détendue et apaisée.

Aucun aménagement sonore de son environnement n'a été nécessaire car madame Mute ne montrait aucun signe particulier d'inconfort dans la journée et il nous semblait que les temps de soins lui demandaient déjà beaucoup d'énergie et lui procuraient une grande fatigabilité. L'environnement sonore « nu » semblait adapté ainsi.

Madame Mute s'en est allée paisiblement dans son sommeil la nuit qui a suivi sa dernière séance.

## Des conclusions

Revenons à la thématique de l'argumentaire de ces journées cliniques qui était : « Musicothérapie et langage : du non-verbal au verbal, quels processus ? ».

Le non-verbal est né du désir de madame Mute de ne plus s'exprimer, ce qui donnait une dimension très pesante, peut être mortifère, au relationnel pour ses proches (familiaux et soignants). Au cours de ce suivi, le verbal s'est installé progressivement et est venu prendre une place permettant des échanges spontanés avec madame Mute. Ce verbal si riche de sens et très demandé par son entourage.

Néanmoins, aujourd'hui je me questionne encore beaucoup autour des attentes déposées par le médecin et la famille. Le non-verbal si riche de sens n'avait-il pas plus de poids et de raisons

d'être que les mots ? Ne suffisait-il pas à lui seul dans le lien avec cette dame ?

Une évidence m'apparaît à la relecture du récit de ce suivi thérapeutique : on voit bien à quel point il est essentiel de s'adapter à nos patients, d'adapter notre technicité au service de la relation. À quel point la relation est centrale et c'est elle qui porte le reste. Et surtout, à quel point, à mon sens, il est important de ne jamais oublier que nos patients sont au commencement, à l'origine de nos actions.

## Bibliographie

Boudot, M. (2011). La force de la musique. *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie*, XVIII, 178, 404-406

Chabrol, H. (2005). Les mécanismes de défense. *Recherche en soins infirmiers*, 82, 3, 31-42

Dakovanou, X. (2012). Quand l'âme chante, la voix mélodique et son pouvoir affectif. *Topique*, 3, 120, 21-37

Diet, E. et Kessar, Z. (2018). Les voies du silence : penser les sens et valeurs du silence, *Connexions*, 1, 109, 7-8

Foureur, N. (2016). Plus de place au principe d'autonomie pour plus de respect des personnes âgées. *Gérontologie et Société*, 38, 2, 141-154

Guétin, S., Touchon, M. et Touchon, J. (2010). Expérience d'évaluation d'une technique de musicothérapie innovante (Music care©) en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) : Résidence « Les Violettes » (Groupe Languedoc Mutualité), *La revue de gériatrie*, 35, 10, 737-738

Guiraud-Caladou, JM. (1983). *Musicothérapie, paroles des maux*. Paris : Van de Velde

Jacquemin, D. et de Broucker, D. (2014). *Manuel de soins palliatifs*. Paris : Dunod

Lani-Bayle, M. (2018). Le dire du taire, *Connexions*, 1, 109, 9-21

- Lecourt, E. (2011). Le son et la musique : intrusion ou médiation ? In A. Brun (Ed.), *Les médiations thérapeutiques* (117-134). Toulouse : Erès
- Lheureux-Davidse, C. (2007). Jouer avec les mouvements, les vibrations et les rythmes dans l'émergence de la voix, *Champ psychosomatique*, 4, 48, 185-203
- Moreno, S. (2009). Can music influence language and cognition? *Contemporary Music Review*, 28, 3, 329-345
- Platel, H et Eustache, F. (2000). La mémoire musicale : approches neuropsychologiques. *Revue de neuropsychologie*, 10, 4, 623-643
- Thaut, MH. (2016). *Handbook of Neurologic Music Therapy*. Oxford
- 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
- Tromeur-Navaresi, E., Ledeuil, E. (2019). « Musicothérapie et soins palliatifs : le recueil des maux », *Médecine Palliative*, 18, 1, 16-20
- Verdeau-Paillès, J. (2004). *Le bilan psychomusical et la personnalité*. Courlay : Fuzeau
- Vrait, FX. (2018). *La musicothérapie*. Paris : Presses Universitaires de France
- Watzlawick, P. (1967). *Une logique de communication*. Paris : Seuil
- Wolff, F. (2015). *Pourquoi la musique*. Paris : Fayard