

La musique et le sens du temps pour un malade Alzheimer

Une partie des cas cliniques rapportés dans ce chapitre a été utilisée pour illustrer un article sur la musicothérapie réalisée dans le cadre de cette thèse et a été publiée dans une revue médicale (50). Nous reprendrons les cas cliniques préalablement rapportés en insistant sur la sémiotique du temps chez le malade atteint de troubles cognitifs et sur l'influence de la musique sur ceux-ci. Lorsque la maladie a évolué, le patient subit le temps et il n'inscrit plus sa présence dans une temporalité. La présence à soi et au monde est plus difficilement accessible à partir de ses perceptions et d'une construction de la signification qui mobilise mémoire et cognition. Il doit contourner cette difficulté en s'appuyant sur ses affects, ses émotions, sa sensorimotricité, et sur ses pratiques antérieures (mémoire procédurale). Ses efforts sont parfois maladroits et n'atteignent pas toujours leur but. Il cherche à maintenir la continuité de sa vie intérieure que la maladie fragmente.

Malgré les désordres neuronaux provoqués par la démence, une vie psychique perdue chez le malade, différente du sujet non dément, phénomène que Le Gouès appelle la psycholyse (294). Il la définit comme une destruction de l'appareil à « penser », liée à l'organicité de la maladie et à la dynamique psychologique qu'elle implique pour le malade, avec conservation, cependant, d'un objet interne, d'une représentation interne fragmentée, coupée des afférences du réel. Selon cet auteur, la démence a deux conséquences. Elle est à la fois une régression fonctionnelle et une altération structurelle du psychisme de la personne malade. La régression fonctionnelle conduit à une vie régie selon le principe de plaisir. Elle prend racine sur des images mentales, semblables à celles nous les rencontrons dans le rêve, dans l'imagination ou les fantasmes. L'altération de la structure de la pensée est l'écho de celle du langage. Les malades n'ont plus les mots, ni les capacités mnésiques pour

construire une signification à partir de ce qu'ils perçoivent et d'élaborer par divers process une représentation interne intelligible. Les pertes dans la maladie d'Alzheimer portent sur la représentation de mot, plus accessoirement, mais et surtout plus tardivement sur l'imaginaire, sur la représentation de chose. Celle-ci sert de palliatif, de dernier rempart aux pertes langagières et aux troubles cognitifs du malade quand il essaye de trouver du sens à son environnement.

Quelques remarques préliminaires sur le temps et les soins

Le temps du soin est différent selon le point de vue du malade et celui de ceux qui le prennent en charge (376). La temporalité est un temps qualifié (377), un temps associé avec une qualité permettant de le catégoriser et de construire une signification (anasémiose*), d'établir un sens intelligible et de le mettre dans une perspective pour jouir du « maintenant » et anticiper (catasémiose*) (5). Le temps n'a pas les mêmes qualités pour les soignants et le malade, la temporalité est différente.

La maladie d'Alzheimer s'installe lentement, très longtemps avant le diagnostic. Pour un soignant, tant que le diagnostic n'est pas posé, la maladie n'est que virtuelle, même si, rétrospectivement, certains détails auraient pu ou dû attirer l'attention de l'entourage du patient. La mise en place du diagnostic est une rupture : les soignants caractérisent une maladie selon leur grille de lecture. Ils prennent position par rapport au malade et ils mettent en perspective des soins. Pour eux, commencer les soins est une autre rupture. Souvent une autre étape démarre, nécessitant, par exemple, un changement d'unité médicale ou un suivi en consultation. Elle s'ouvre sur des séquences de divers processus, sur de nouvelles interactions avec le malade et sa famille. Le temps de soins est de facto discontinu.

Le temps du soin pour le professionnel de santé relève de deux formes de temps, le temps opératoire et le temps du Kairos*. Dans le temps opératoire, il est important qu'il puisse retrouver le plaisir du travail bien fait, et c'est dans celui du Kairos que réside le plaisir de s'occuper de la personne.

Le temps opératoire est celui qui permet d'atteindre la finalité du soin. Le soignant met ici en œuvre une rationalité instrumentale par des moyens en vue d'une fin. Il est actant de contrôle dans ses démarches auprès du malade et doit respecter une logique et des normes techniques. Le prendre-soin appartient au Kairos, nécessitant le respect et la reconnaissance de la personne, et au-delà, la promesse tacite de sollicitude et de solidarité. Les deux formes du temps se succèdent, ne se

confondent pas mais elles doivent former une dialectique, condition primordiale à la qualité des soins (378).

Le kairos et le temps opératoire sont deux modalités subjectives du temps, indépendantes de kronos, le temps objectif qui s'écoule, mesurable et sur lequel les sujets n'ont aucune prise. Les deux modalités subjectives différentes du monde vécu, sont deux modes de présence du monde et pour soi (377, 379), et sont subjectisantes. Le kairos ne se construit pas activement, il est instantané, il fait irruption dans le champ de présence. La présence est vécue comme un tout, le sujet le subit passivement. Le temps opératoire se construit, il s'anticipe ou il s'élabore progressivement dans le cours d'une pratique. Le champ de présence se développe dans le cours de ce qui est entrepris, le sujet est ici actif, actant dans ce qu'il fait et actant de contrôle dans le cours de sa pratique.

La temporalité du malade est quelque peu différente de celle des soignants, ce qui n'est pas sans poser quelques difficultés entre eux. Le patient n'a, le plus souvent, qu'une vague conscience de l'installation de la maladie. Peut-être ne rend-il pas compte, ou peut-être aussi, dénie-t-il des troubles et craint-il leurs conséquences. Il ne cherche pas à la caractériser. Des manques répétés de mots, des incidents ou des accidents de la vie inquiètent et donnent l'alerte à l'entourage, mais pas nécessairement au malade qui trouve volontiers de fausses bonnes raisons pour les expliquer. La maladie reste ainsi longtemps latente pour le malade comme pour sa famille (328). Le malade a une certaine inertie pour se ranger aux arguments de ses proches lorsqu'ils pointent ses difficultés. Plus que d'un manque de conscience, il s'accroche à une continuité de sa vie tant intérieure qu'extérieure dont les arrimages, pourtant, s'effilochent. L'annonce du diagnostic et surtout la rupture du domicile lorsqu'un établissement d'hébergement devient nécessaire remettent en cause cette continuité et ruinent les efforts qu'il a déployés jusque-là pour la maintenir (159). Sa motivation pour continuer à vivre pourra alors être altérée.

II. Affects, mémoire et musique

Les affects interviennent dans le fonctionnement de la mémoire (380, 381) et la musique les touche davantage que les mots (382, 383). La musique facilite l'accès aux émotions et aux sentiments mémorisés auxquels elle est associée. Elle permet donc la réminiscence d'anciens souvenirs (384), en particulier pour les chants appris ou la musique pratiquée ou fréquemment écoutée, aimés autrefois (50). À l'occasion d'un atelier musicothérapie ou lors d'un événement avec de la musique et des chants, l'environnement et les circonstances qui ont accompagné cet apprentissage sont revisités par le malade.

La déixis de l'apprentissage associée au souvenir des scènes intérieures permet de parler d'une mémoire épisodique musicale (385). La musique autorise ainsi l'accès à un calepin mnésique propre, indépendant de celui de la mémoire sémantique, permettant d'atteindre des souvenirs qui semblaient jusque-là inaccessibles, notamment en raison de l'altération des fonctions langagières. La musique mémorisée éveille lors d'une nouvelle rencontre des sentiments de familiarité. La personne pouvant dire qu'elle connaît un air ou un chant. Elle peut être capable de le fredonner. Les registres linguistiques ne sont pas ici concernés et sont spécifiques de la mémoire musicale. Pour que l'air ou le chant soient dénommés, les registres linguistiques sont indispensables. Une double indexation est alors nécessaire, à la fois vers les calepins mnésiques purement musicaux et vers ceux qui supportent la mémoire linguistique.

II-2. Musique et affects

La musique est source de bien-être et d'apaisement, gommant au moins momentanément l'anxiété et l'angoisse des personnes malades (386, 387). L'anxiété, et pas seulement dans la maladie d'Alzheimer, perturbe la mémorisation, l'encodage, le stockage et l'évocation des souvenirs. La musique limite le risque ou les conséquences de la dépression souvent associée à la maladie d'Alzheimer (388, 389). Elle améliore les performances cognitives (390, 391), l'expression des malades et leur créativité. A distance des moments d'écoute dans un atelier de musicothérapie, la communication du patient avec son entourage s'en trouve un temps changé pour une durée variable (392). Sur le plan comportemental, la musique diminue l'agitation et l'agressivité des malades (393, 394). Ainsi, globalement, elle améliore leur qualité de vie et celle de leur entourage (395-398).

III. Musique et cerveau

III-1. De la perception du son à l'image interne

La formation d'une image mentale (399) après perception d'une séquence de sons est indépendante de la volonté et est automatique (tableau 1). Une cascade d'événements transforme les sons résultants d'une interaction matière/énergie, en vibrations répercutées au niveau du tympan. Les mouvements du tympan sont transmis au niveau de l'oreille moyenne (Transduction)¹⁵⁹. Les sons sont

¹⁵⁹ La transduction sensorielle est une modification des cellules réceptrices sous l'effet d'une stimulation. Francis Edeline et Jean-Marie Klinkenberg. Principia Semiotica. Page 162 : « ... la

transformés dans l'oreille interne en message digitalisé (5), transportés au cerveau par le nerf auditif. Le message se projettera sans perte d'informations sur le cortex auditif primaire. Un traitement secondaire permet l'internalisation, la construction de l'image sonore, au niveau du cortex auditif secondaire. À ce niveau, se fait la synthèse des différentes perceptions sonores, successives, ou mélangées et harmonieuses comme la perception des divers instruments d'un orchestre, ou dissonantes, comme un fond d'aspirateur brouillant un fond musical dans un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées dépendantes (EHPAD).

Tableau 1 : Du son à la conscience imageante

Process	Substrat
Son : interactions matière/énergie	Substance sonore
Transduction	Oreille externe, tympan, oreille moyenne
Digitalisation	Oreille interne
Projection cérébrale. Traitement primaire	Cortex auditif primaire (Lobe temporal ; aire 41 de Brodmann).
Élaboration cérébrale. Traitement secondaire : processus de regroupements auditifs : forme et structure	Cortex auditif secondaire (Lobe temporal ; aires 42 et 22 de Brodmann).
Construction d'un objet interne à partir de l'environnement sonore. Conscience imageante	Cortex auditif et aires associatives

Les aires associatives auditives reçoivent des afférences sensorielles issues de différents noyaux du thalamus et de l'aire de Wernicke (l'une des aires du langage), du lobe temporal de l'hémisphère dominant (lieu de la mémoire sémantique, compréhension des mots du langage, et la catégorisation* des mots concrets ou abstraits...) et du lobe temporal. Ces aires sont en lien avec le thalamus et l'hypothalamus (aires régulant, entre autres, les manifestations somatiques des émotions). La musique mobilise des aires associatives au-delà des aires auditives. Elles sont encore reliées au système émotionnel, système limbique (centre des émotions et des affects) et aux centres du plaisir : noyaux de l'accumbens, aires préfrontales, notamment orbito-frontales. Une musique

première transduction de la chaîne anasémotique (...) convertit des stimulations du monde extérieur en une sensation éprouvée. »

douce invite à une relaxation. Une dissonance est une source de stress. Tous ces processus sont rapides et convoquent une mémoire sensorielle inconsciente, fugace, durant les 0,1 à 2 secondes nécessaires pour reconnaître la forme dessinée par une succession de sons, par exemple par une suite de notes, et pour permettre la saisie d'une phrase musicale.

La musique et le langage partagent des ressources neuronales communes, en particulier pour traiter les dimensions syntagmatiques, par exemple en évaluant les capacités d'un sujet à détacher des incongruences perceptives ou structurales (400). Ce point est confirmé par les données de la neuro-imagerie fonctionnelle (401). Cependant les observations des patients cérébraux lésés ou de malades atteints de maladie d'Alzheimer montrent l'indépendance fonctionnelle des deux systèmes lexicaux et musicaux (376, 402), complétée par une dynamique d'interactivité. Apprendre une poésie est impossible pour une personne démente évoluée. Le même texte servant de parole et mis en musique dans une chanson peut être appris et restitué. Un malade violoniste atteint d'une aphasie de Wernicke ne comprend plus un texte écrit, mais peut parfois décrypter une portée et continuer à jouer du violon (385). La reconnaissance d'un air musical, sans le dénommer, correspond au seul registre musical, produisant un effet de familiarisation. Il est accessible dans la démence malgré les troubles du langage. La capacité d'identification, de dénomination implique d'associer à ce registre un registre verbal, ce qui devient compliqué pour un patient dément. Le rappel possible de la déixis de l'apprentissage d'un air particulier ou d'un chant peut renvoyer à une scène intérieure, à une ambiance autrefois vécue mobilisant une mémoire épisodique musicale.

Comme les mots sont formés d'un assemblage de sons (phonèmes), les notes successives construisent une apparence (Gestalt*) (189) qui conduit à un objet interne, appelée dans ce contexte par Sartre conscience imageante¹⁶⁰ (47). Cette image mentale, chez une personne sans troubles cognitifs, est enrichie par les connaissances et les expériences préalables de la personne, lui permettant de s'inscrire dans une micro-histoire subjective et intersubjective (92), de trouver du sens (axe réflexif, cognition pratiquée), de raviver des souvenirs (réminiscence de scènes antérieures, cognition située) et d'être conscientisée. Cependant, la cognition et la mémoire sont altérées dans la démence. La musique, comme l'imaginaire ou d'autres formes artistiques, indépendamment de ce schéma, sans faire appel à une synthèse et au langage, peut créer une présence dans l'intimité de la personne sans passer par l'étape de la représentation interne construite (26). Pour reprendre les mots

¹⁶⁰ Jean-Paul Sartre. L'Imaginaire. Page 21 « Le mot d'image ne saurait donc désigner que le rapport de la conscience à l'objet ; autrement dit, c'est une certaine façon qu'à l'objet de paraître à la conscience, ou une certaine façon qu'à la conscience se donner un objet. »

de Sartre précités, la présence permet alors à la conscience de se donner un objet. Ce dernier schéma est à privilégier dans la démence.

IV. Quelle efficacité de la musicothérapie dans la maladie d'Alzheimer ?

IV-1. Musicothérapie et méta-analyses validant son efficacité

Plusieurs méta-analyses récentes permettent de se faire une opinion sur l'efficacité de la musicothérapie dans la maladie d'Alzheimer. Les meilleurs résultats, en particulier sur la durée des effets après la séance de musicothérapie, sont obtenus au stade débutant à modéré de la maladie. La musicothérapie continue à produire du bien-être pour le patient au stade avancé, mais de façon moins prononcée et pour un effet de durée limitée (376). Dans une première méta-analyse publiée par Ueda (403), les effets bénéfiques de la musicothérapie sur la dépression associée à la maladie d'Alzheimer durent de 5 semaines à 3 mois après la fin des séances. Dans une autre méta-analyse, Chang (404) montre que la musicothérapie réduit de près de 50% les troubles du comportement et l'anxiété des patients déments.

La musicothérapie a quatre effets principaux selon Raggio (405). Elle améliore la qualité de vie du malade et de ses aidants. Elle diminue les troubles du comportement. Lorsque la musicothérapie est passive, elle n'est que récréative et relaxante. Ses effets sont cependant temporaires. Enfin, si la personne âgée malade participe par le chant ou l'utilisation d'instruments, ses effets sont plus durables, surtout si la personne s'adonnait antérieurement à une activité musicale, ou si la pratique se fait dans le sein d'un groupe restreint. Elle limite alors, pour une durée variable, le chaos cognitif et tensif induit par la maladie (406, 407).

IV-2. Musicothérapie et élan créatif

La musicothérapie favorise la pulsion créatrice et l'élan vital (Gestaltung) (408). Pour Prinzhorn (41), elle stimule l'expression et développement de la pensée et encourage diverses activités, au-delà de la seule activité musicale. La musique augmente l'attention, et donc l'éveil d'autres sens que l'ouïe. Deux dimensions de la Gestaltung sont encore stimulées, l'imitation de ce que les autres font, convoquant les neurones miroirs (409) et l'amélioration de la structure de la pensée, ce qui est illustré par exemple par la capacité à combiner des formes dans un ensemble quelque peu complexe. Enfin la

musicothérapie s'ouvre sur le domaine du rêve¹⁶¹ (137), donc à la constitution d'une présence à soi indépendante d'une construction active de la signification, et sur le bien-être intérieur du malade (410).

IV-3. Musique et iconicité

On définit une icône comme un signe possédant en lui-même, c'est-à-dire dans sa matérialité, une certaine ressemblance avec ce dont il est l'icône¹⁶² (411, 412). Cette conception permet de reconnaître comme des icônes des suites de sons qui ont quelques rapports avec leur objet, un morceau de musique particulier. Au-delà d'un air ou d'un chant, l'iconisation¹⁶³ renvoie aux moments et aux circonstances où ils ont été entendus et joués (déixis ou mémoire de source musicale). L'iconicité¹⁶⁴ ne désigne pas préférentiellement la fonction mimétique que l'on attribue à des images ou un morceau de musique, mais elle qualifie le moment où ce qui n'est qu'une vague intuition (un indice) acquiert les caractères d'une forme et se stabilise progressivement (412). L'entité temps s'enrichit de qualités pour constituer la temporalité nécessaire à une présence à soi et au monde.

L'icône issue de quelques notes reconnues ressemble à un objet musical familier, mémorisé préalablement, avec ou sans dénomination. Elle peut rafraîchir une dimension plus vaste que la mémoire musicale. La musique est susceptible de restaurer aussi une symbolique complexe, renvoyant à une ambiance, à des scènes et à leurs déixis correspondant à des événements rattachés indirectement à un simple fait du présent, et jusque-là enfouies ou séquestrées dans la mémoire (mémoire épisodique musicale). Comme dans le phénomène de la Madeleine de Proust, à l'occasion d'un morceau particulier ou d'un chant, le passé surgit de manière involontaire, dessinant brusquement les contours d'une subjectivité qui a accumulé des souvenirs, retrouvant de façon

¹⁶¹ Maurice Merleau-Ponty. *Phénoménologie de la perception*. Page 498-499 : « L'éternité est le temps du rêve et le rêve renvoie à la veille, à laquelle il emprunte toutes ses structures. Quel est donc ce temps éveillé où l'éternité prend racine ? C'est le champ de présence au sens large, avec son double horizon de passé et d'avenir originaires et l'infinité ouverte des champs de présence révolus ou possibles ».

¹⁶² Göran Sonesson. *De l'iconicité de l'image à l'iconicité des gestes*. Page 47 : « D'abord, l'iconicité, telle qu'elle s'applique aux signes, est une relation ; dans un signe particulier, elle peut donc coexister avec des relaxations d'indexicalité et de symbolicité (convention) entre la même expression et le même contenu. Deuxièmement, l'iconicité n'est pas nécessairement visuelle, et elle ne donnerait pas obligatoirement lieu à des expériences d'illusions perceptives. »

¹⁶³ Fait de représenter par une icône.

¹⁶⁴ Jean-François Bordron. *L'iconicité et ses images*. Page 1 : « L'iconicité est, pourrait-on dire, le modèle platonicien qui donne son unité à la multiplicité des images et dont tout procède malgré leur grande diversité matérielle. »

inattendue des scènes intérieures : un kairos (379), un instant magique de présence. La musique peut conduire à réveiller peu à peu d'autres souvenirs plus ou moins liés, grâce à un autre schéma temporel, opératoire et non plus instantané mais progressif.

V. Trois cas cliniques illustratifs

Nous verrons successivement trois cas cliniques, ceux de mesdames Mauricette et Marguerite, celui de Monsieur Simon. Les cas cliniques seront présentés et discutés, et à leur propos, nous verrons les problématiques sémiotiques soulevées par la relation au temps dans la maladie d'Alzheimer. En particulier, nous noterons que le temps est qualifié grâce à la musique permettant aux malades de reconstruire un système symbolique.

V-1. Cas clinique de Mme Mauricette H dans une chorale. Musique et système tensif

V-1.1. Cas clinique

Mme Mauricette H est âgée de 82 ans. Ses troubles cognitifs se sont installés il y a 5 ans environ (dernier MMS 17/30) (162). Elle vit à son domicile grâce au dévouement de son mari. Elle n'a pas le caractère facile. Elle est parfois verbalement violente avec lui, ou cassante. Depuis des années, une fois par semaine, elle participe à une chorale : « *Les notes, je les lis, non je lisais. Maintenant, je ne peux plus. Lorsque je vais à la chorale, je retrouve avec plaisir le groupe. Je me retrouve. Je chante, je n'ai pas besoin de comprendre les mots. Je me laisse aller à mes émotions. Quand je chante, mes idées viennent toutes seules. Elles s'enfilent les unes aux autres. Je suis heureuse de chanter, de chanter avec d'autres. Je n'ai pas peur de perdre mes idées. Quand je chante, j'oublie la maladie. Je suis sur un petit nuage, comme dans un rêve* ».

La musique se passe des mots. Elle permet de retrouver une structure de la pensée. La peur de perdre ses idées disparaît. Cette peur participe aux difficultés d'accès à la structure. Il s'agit d'une peur par anticipation, une peur de la peur (413). La peur de ne pas être capable est un frein psychologique à la fluidité de la pensée. Nous avons vu que l'oubli n'était pas toujours facile dans la maladie d'Alzheimer. Pouvoir par la musique faciliter cet oubli, ce qui très paradoxal dans le soin pour une maladie de la mémoire, limite les effets des craintes a priori.

Le mari de Mauricette y trouve son compte. Il retrouve l'épouse telle qu'il la connaissait quelques années auparavant, avec son sourire : « *Je ne me souvenais pas qu'elle avait une si belle voix. Elle est vraiment elle-même* ». À son retour à domicile, après la chorale, Mauricette est douce et agréable pendant plusieurs heures. Malheureusement, l'effet est éphémère. Quand son époux la sent de nouveau tendue, il lui met la musique qu'elle aime. Et son épouse se détend alors un peu.

Le chant améliore Mauricette, d'autant plus qu'elle participe à sa production. L'appartenance à un groupe de chanteurs qu'elle rencontre régulièrement produit des effets de resocialisation. La musique a un rôle transversal, faisant tomber les barrières sociales et ouvrant les portes verrouillées par la maladie. Elle gomme ici les difficultés interpersonnelles. En rafraîchissant de façon répétitive chez Mauricette des souvenirs référents à sa portée, elle lui permet de revivre sa singularité et de s'affirmer. Elle retrouve une présence à elle et aux autres.

La magie de la musique peut naître d'un kairos (379). Quelques notes, et la présence harmonieuse s'installe dans l'être, indépendamment de la volonté, nous y reviendrons. L'ambiance musicale peut encore rejoindre progressivement la sensibilité et la présence alors s'installer. On rentre ici peu à peu dans l'ambiance musicale. Il ne s'agit pas ici de compter les notes, de dénombrer les sections musicales, de dénommer un air ou un chant. Ce sont là des process cognitifs. La mémoire musicale épisodique n'est pas ici sollicitée. Il s'agit simplement de lâcher prise et de se laisser aller au fil de l'harmonie. La présence installe d'autant plus vite que la personne participe activement à cette musique, ou qu'elle en avait la culture, autrefois en l'écoutant, en l'entretenant en chantant dans une chorale ou en jouant d'un instrument. Elle s'installe d'autant plus vite que la musique choisie est aimée de longue date.

V-1.2. L'espace tensif chez Mauricette

Une continuité de présence s'installe durant et quelques heures après la chorale, dans un « maintenant » un peu prolongé. Lors du chant ou de la musique, le temps ne compte plus, l'espace n'est plus hermétiquement clos. Nous avons vu au Chapitre 3 sur l'espace tensif, que celui-ci connaissait des modifications progressives, avec une réduction progressive du déploiement extensif, en particulier temporel, et d'une augmentation conjointe de la tonicité. À l'état normal et au tout début de la maladie, le patient a une perception continue du temps de présence à lui et au monde, puis avec la maladie le temps se séquence, les brefs instants de présence sont interrompus de longs intervalles de vide. À un stade de plus de la maladie, la présence devient éphémère. Le malade vit dans une circularité du temps, au rythme de quelques restes des rituels quotidiens plus ou moins décousus, des vieilles habitudes. Lorsque la tonicité est trop forte et que l'extensité est trop réduite, brutalement, la première s'effondre et la seconde devient béante. Le malade vit dans une morne permanence, tous les objets qui l'entourent perdent leur valeur, son entourage humain lui est indifférent. La musique le sort de ce schéma. Elle l'introduit dans l'ambiance d'une époque bien éloignée de son « aujourd'hui », celle où le temps avait encore une continuité pour lui. La persévération dans l'instant musical est une réminiscence de cette époque (figure 1), pas nécessairement de souvenirs précis, mais de l'ambiance

interne, de la fluidité de soi disparue au fil des années de maladie. Une dynamique psychique est retrouvée. La qualité associée au temps, ici retrouvée, est la **continuité**.

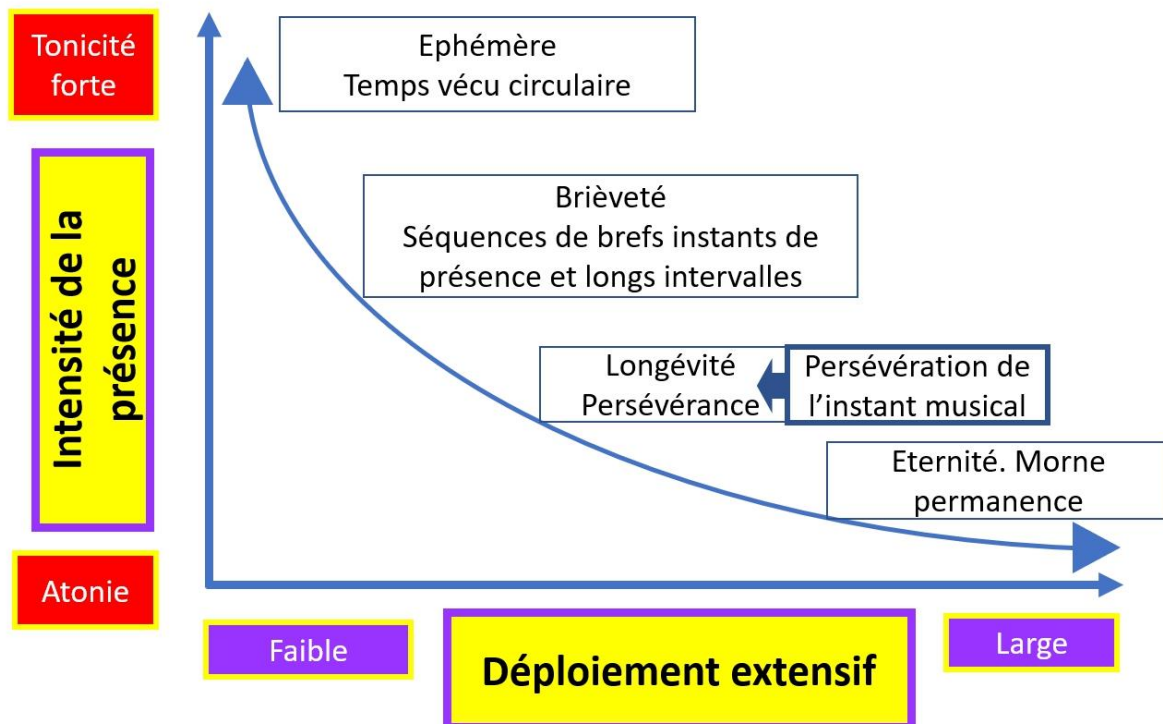


Figure 1 : Les changements tensifs par la musique et le temps de la maladie d'Alzheimer

V-2. Cas de Mme Marguerite G au loto. Traumatisme et événement

V-2-1. Cas clinique

Mme Marguerite G a 83 ans. Elle est veuve depuis 8 ans. Une maladie d'Alzheimer évoluée (MMSE : 10/30) associée à une perte d'autonomie l'a conduite en EHPAD, il y a 2 ans. Sa famille la décrivait comme joyeuse. Cependant, sa vie a été brisée par la mort de son fils, qu'elle a découvert mort dans la salle de bain, il y a une trentaine d'années. Nous avons déjà évoqué son cas à propos des souvenirs qui ne peuvent pas être refoulés et qui envahissent la mémoire. « C'est ce jour précis que la maladie a commencé », nous dit sa fille. Depuis cet événement, plus rien n'avait de valeur pour elle, elle ne s'intéressait plus aux autres. Elle a cessé de jouer aux jeux de société. Elle fonctionnait à la maison « comme un robot », toute la journée était programmée dans la routine des tâches à effectuer. Madame et monsieur G, autrefois, aimaient jouer ensemble à divers jeux, par exemple au loto lors des fêtes du village. Cependant, depuis des mois Madame G ne parle plus. Dans l'EHPAD où elle réside maintenant, elle ne participe pas aux activités récréatives mises en place. Elle s'attable avec les autres

lorsqu'ils jouent au loto dans la salle commune de l'établissement, mais elle regarde ses cartes sans dire un mot, impassible, laissant régulièrement passer son tour. Ce jour-là, l'aide-soignante a mis en fond musical des chants d'autrefois. Lorsqu'un chiffre est tiré, ce jour-là, tout le monde est surpris d'entendre Mme Marguerite dire : « Moi ! ». Sa fille nous expliquera que la chanson qui a éveillé au monde et au présent Mme Marguerite, était celle qu'elle chantait à la fin des repas de famille, du moins tant que son fils était présent : « *C'était sa chanson* ». À partir du jour du décès de son fils, elle n'a plus jamais chanté.

Après l'événement du chant dans l'EHPAD, les choses ont changé : la malade s'est davantage intéressée à ce qui se passait autour d'elle, elle a même joué plusieurs fois au loto. Surtout elle a reparlé, bien entendu dans un registre de parole limité. La maladie d'Alzheimer était toujours là, mais la patiente était présente aux autres, et probablement à elle-même. La musique n'a aucune action sur l'organicité de la démence. La musique a limité chez Marguerite la prégnance d'un souvenir douloureux. Elle peut consolider ou éveiller une dynamique psychique pour retrouver quelques repères. La musique, par iconicité, peut renvoyer à des connaissances préalablement mémorisées, au-delà des souvenirs rafraîchis par un morceau musical ou un chant particulier. Elle peut permettre une reprise de la symbolisation. Elle ne guérit cependant pas la démence.

Il est possible qu'un traumatisme violent comme celui qu'a subi Marguerite puisse favoriser une émergence précoce de la maladie d'Alzheimer (414). Le contexte antérieur de l'audition d'une musique particulière permet d'accéder à des registres de souvenirs personnels antérieurs au traumatisme de la mort de son fils, jusque-là rendus inaccessibles par la douleur morale. Les difficultés d'accès à des registres mnésiques peuvent être liées à la perte des souvenirs ou à des interdits psychologiques. La subjectivité reste alors emprisonnée dans le passé, et la malade était incapable d'oublier. Marguerite était dans la dénégation, parfois dans l'impossibilité de s'exprimer. La subjectivité est essentielle dans la maladie pour reconstruire les objets internes. De plus, la construction de la signification à partir des percepts est entravée par les désordres cognitifs et les difficultés langagières. Un autre accès à la présence à soi est cependant possible.

V-2-2. Musique et événements

Nous allons regarder deux événements de vie chez Mme Marguerite : la mort de son fils et le chant en EHPAD. La mort de son fils a été pour Mme Marguerite un événement particulièrement traumatique. Sa découverte s'est produite sans aucune préparation. Au plan tensif, elle s'est faite sur le mode du survenir, dans un éclat brutal. L'événement était une rupture avec son passé jusque-là

plutôt heureux, et très brusquement sa vie a basculé. Il va introduire une tristesse persistante et un climat dépressif voire une franche dépression.

L'intensité est la grandeur régissante de l'espace tensif, composé de l'intensité (états d'âme, la sensible, la visée*) et de l'extensité (état des choses, l'intelligible, la saisie*). Les états d'âme et les états des choses dans l'espace tensif sont les deux composants du champ de présence à soi et au monde. Les états des choses sont sous la dépendance des états d'âme (136). Spatialité et temporalité constituent l'extensité, la conjonction du tempo et tonicité, l'intensité. Tempo et tonicité, lors de la découverte par Mme Marguerite du corps de son fils, sur un mode du survenir, rendent compte des valeurs d'éclat. L'événement faisant irruption dans sa vie : le tempo est extrêmement rapide et bref, la tonalité violente, engendrant, d'un point de vue pathémique, une surprise, une inquiétude insupportable, suivie d'une sidération. Il n'y a aucune place pour une extension temporelle. Marguerite est anéantie par la pression tensive. Le déploiement extensif demanderait du temps et de l'espace pour élaborer les conséquences de la tensivité.

Un événement temporel de cette importance est particulièrement saillant. Il tranche de façon éclatante avec le cours de la vie. Il introduit brutalement une faille entre le passé et le présent, et il ne conduit pas immédiatement à une ouverture vers le futur pour l'élaborer (415). Il sidère par sa présence en soi l'instant. Il fige Marguerite sur une position de présentisme. Il contredit ainsi le mode de la durée. Cependant, un devenir sera possible. Dans ce deuxième temps, qui succède à la sidération, l'intensité va s'atténuer sans disparaître et une extensité se déploie. Marguerite va modifier son style de vie, sur mode déceptif. Un climat dépressif ou une dépression négligée se sont installés. Sur un autre mode du parvenir, avec une thérapeutique et un soutien psychothérapique, elle aurait pu réussir à faire son deuil et se réinvestir dans d'autres formes de vie*.

La chanson entendue durant le jeu est aussi un événement, mais, cette fois, de nature non traumatisante. La chanson émerge brutalement dans son champ de présence, sans aucune élaboration préalable, par hasard, les soignants n'ayant pas choisi spécialement celle-ci. La présence engendrée par le chant est d'emblée globale. L'événement fait saillance pour Marguerite, réveillant de façon éclatante des souvenirs joyeux, du temps où elle chantait en famille, où elle était heureuse, le temps qui précédait la mort de son fils. L'événement est ici un kairos, (379) combinant le bon moment pour le vivre, l'éveil à de multiples tensions qui éloignent le désagréable, riche en contenus et en significations pour elle. Le kairos est subi, le sujet n'en a aucune maîtrise. Il met hors-jeu le monde quotidien dans lequel le sujet plongé. On peut rapprocher le kairos de l'"Einsicht" freudien (416), (Insight en anglais), moment privilégié de prise de conscience d'un passage intuitif et soudain d'une configuration perceptive à une seconde configuration, d'une autre nature.

Au plan tensif, le tempo du deuxième événement est plus modéré que dans le premier événement, la tonicité est ici acceptable et est plaisante au plan phorique. Quelques instants avant le chant, les possibles n'étaient même pas virtualisés. Tout semblait opaque et gris. Maintenant, Marguerite actualise et elle réalise quelque chose. Elle participe à l'activité récréative du groupe. L'instant du kairós lui permet immédiatement de s'intégrer dans le jeu et d'y participer. Elle reprend vie, les passions reviennent. Bien sûr, l'organicité installée de la maladie d'Alzheimer ne permet pas à un retour à une bonne santé cognitive, mais l'événement a permis l'émergence d'une nouvelle présence du monde à soi et son recouplage à la présence du monde à soi.

Les deux événements vécus par Mme Marguerite ont en commun trois caractéristiques. Ils sont une effraction dans la routine ou la banalité du quotidien. Ils bousculent le vécu d'une personne jusque-là immergée dans un autre mode de présence au monde, et enfin ils ont eu un prolongement bien au-delà de leur instant. Le kairós introduit une autre forme de vécu de la temporalité. Un temps opératoire a été mis en place, dysphorique après le premier événement, et qui a duré des années, euphorique pour le second, installé pour des mois. Le temps opératoire est le temps de la rationalité instrumentale. Il permet à des modalités de se déployer, à des passions, positives ou négatives de se développer, de mettre en place des pratiques ou de s'y opposer, de les contrôler. Dans la maladie d'Alzheimer, avec les moyens cognitifs résiduels du malade et à leur échelle, des choix de stratégies et de formes de vie sont possibles. La qualité associée au temps est ici l'**accessibilité**, l'accessibilité aux personnes avec la parole retrouvée, à des objets qui ont à nouveau de la valeur pour Marguerite et qui pour cette raison deviennent dignes d'intérêt. Quelques ressources récréatives sont maintenant disponibles pour elle.

Un horizon anticipatoire certes encore flou et limité apparaît, elle attend les moments récréatifs, ce qui est nouveau chez elle. Le temps opératoire est aussi le temps du contrôle, d'une certaine maîtrise du réel (377), d'où l'importance de laisser du choix aux personnes âgées vivant en institution. Les deux événements de Mme Marguerite ont été des terminus a quo de deux histoires de vie différentes pour Mme Marguerite. Le premier l'a fait basculer dans un mode déceptif, le second dans un monde plus agréable. Le second événement, la chanson, est le terminus ad quem de l'épisode déceptif.

V-3. Cas de Mr Simon R. La cognition incarnée

Monsieur Simon R a 83 ans. Il a quitté sa famille et le Mali il y a maintenant plus de 50 ans. Les troubles cognitifs et une perte d'autonomie l'ont conduit en EHPAD (dernier MMS 14/30). Depuis son entrée en établissement, monsieur Simon est prostré, il parle à peine. Il reste de longues heures

comme endormi, les yeux fermés, sur sa chaise roulante. Un jour, une aide-soignante pose sur ses oreilles un casque pour lui faire entendre de la musique de son pays. Monsieur Simon s'éveille brutalement. Il ouvre les yeux et dans sa chaise roulante, il se met à bouger le torse et la tête au rythme de la musique. Après l'audition, encore un peu ébahi, il dit quelques mots au personnel, des bribes de phrases, sur ce qu'il vient d'écouter, sur le Mali, sur la musique qu'il aime ... et il chantonne les musiques entendues.

Le cas clinique de Mr Simon R illustre la capacité des malades à retrouver une signification lorsqu'ils sont replongés dans un environnement personnel familial, ainsi que le concept de cognition incarnée (417, 418). Mr Simon n'a pas besoin du langage pour se mettre à bouger au rythme de la musique. Sa cognition est enracinée dans ses interactions sensori-motrices qui se sont déroulées dans l'environnement physique et social de sa jeunesse. Elle est présentifiée dans l'instant musical. Elle est située, liée aux déixis des situations où elle a pris naissance (419).

La musique touche les émotions éveillées par sa perception (Corps-enveloppe). Elle désenfouit de vieilles sensations et les faisceaux sensorimoteurs autrefois stimulés (Corps-chair). Elle renvoie à des déixis (Corps-point), à des moments, à des événements et à des lieux au Mali connus de Mr Simon (Corps-creux). Elle lui rappelle encore des scènes vécues antérieurement, rafraîchies par la musique de son pays. Toutes les figures du corps sont convoquées instantanément et simultanément. La présence est immédiate, sans élaboration ni synthèse, sans l'appui du langage et Mr Simon a pleinement conscience de celle-ci. La qualité associée au temps est ici la **sensorimotricité**.

VI. Le temps de la musique et le temps de la maladie d'Alzheimer

Le temps existe selon deux modalités. L'une est objective, externe à la personne, sans l'on est la moindre emprise, le kronos. Le temps qui s'écoule est linéaire, mesurable, un temps scandé lors du déplacement des aiguilles d'une montre, par des désintégrations progressives d'atomes, à chaque fois de l'espace. L'autre est subjective. Nous en avons vu deux modalités de présence, le kairos et le temps opératoire. Le temps vécu est celui de la durée du moment, de ce que la personne vit dans un laps de temps. Bergson oppose ainsi l'espace et la durée. Le temps mesuré est de l'espace que l'on peut séquencer, le temps de la durée est continu et à la mesure de la présence à soi (27). Pour un bon moment, le temps ne compte pas, on ne voit pas le temps passer. Le temps de la présence dans la durée pour Bergson est à l'image d'une pierre jetée au loin et qui suit une trajectoire sans ponctuation.

Merleau-Ponty ne conçoit pas lui non plus le monde comme une somme de choses, ni le temps comme une somme de « mainteneants » ponctuels, car confisquant la présence¹⁶⁵ (137).

Bachelard a une autre approche de la présence. Chaque instant est ponctué par des ruptures et des intervalles plus ou moins longs¹⁶⁶ (420). La présence est scandée par la dialectique de l'instant et des intervalles, par une infinité spatialisée, une suite ininterrompue de déixis, « une flèche orientée de mainteneants qui naissent et qui meurent dans une vitesse fulgurante. Le maintenant est insaisissable puisque toujours déjà perdu au moment même de sa naissance »¹⁶⁷ (26). On ne vit pas la présence comme une durée éternelle, mais comme une série ininterrompue d'instantes infinitésimaux¹⁶⁸, comme une succession de déixis. La présence pour Bachelard est comme une promenade marquée par la suite continue des pas, chacun succédant à l'autre.

Nous avons vu que dans la démence, les intervalles entre les présences à soi et au monde étaient nombreux et qu'ils tendaient à s'élargir. La maladie introduit une discontinuité temporelle dans le vécu présent du malade et que celui-ci lutte contre elle. La discontinuité s'associe à une désorientation, une perte de la synchronie avec le temps réel. La rétrogression ancre le malade dans un passé révolu.

Les points de vue de Bergson et de Bachelard ne sont pas des oppositions, mais des approches différentes de la conscience du temps*, deux directions de signification¹⁶⁹ (412). Bergson en donne un exemple à propos du carillon : « Ou je retiens chacune de ses sensations successives pour l'organiser avec les autres et former un groupe qui me rappelle un air ou un rythme connu : alors je ne compte pas les sons, je me borne à recueillir l'impression pour ainsi dire qualitative que leur nombre fait sur moi. Ou bien, je me propose explicitement de les compter, il faudra bien alors que je les dissocie, et

¹⁶⁵ Maurice Merleau-Ponty. *Phénoménologie de la perception*. Page 401 : « Je ne peux pas concevoir le monde comme une somme de choses, ni le temps comme une somme de « maintenant » ponctuels, puisque chaque chose ne peut s'offrir avec ses déterminations pleines que si les autres choses reculent dans le vague des lointains, chaque présent dans sa réalité qu'en excluant la présence simultanée des présents antérieurs et postérieurs, et qu'ainsi une somme de choses ou une somme de présents fait non-sens. »

¹⁶⁶ Gaston Bachelard. *L'intuition de l'instant*. Page 32: « On nous dira que le, néant du temps, c'est précisément l'intervalle qui sépare les instants vraiment marqués par des événements. On nous accordera au besoin, pour mieux nous vaincre, que les événements ont une naissance instantanée, qu'ils sont même au besoin instantanés, mais on réclamera un intervalle ayant une existence réelle pour distinguer les instants. »

¹⁶⁷ Herman Parret. *Epiphanie de la Présence*. Page 118

¹⁶⁸ Gaston Bachelard. *Ibid.* Page 28 : « Le temps ne se remarque que par les instants ; la durée (...) n'est sentie que par les instants. Elle est une poussière d'instantes, mieux, un groupe de points qu'un phénomène de perspective solidarise plus ou moins étroitement

¹⁶⁹ Jean-François Bordron. *Ibid.* Page 190

que cette dissociation (...) laisse des traces identifiables de leur passage »¹⁷⁰. La première approche est celle d'une image interne, d'une présence, bâtie spontanément à partir d'émotions et de sensations, la seconde constitue une construction progressive et active d'une représentation interne. Compter les sons, les discriminer nécessite de garder en mémoire la trace des événements antérieurs, et au plan cognitif d'essayer d'en tirer une signification, deux opérations difficiles dans la maladie d'Alzheimer. Cependant, garder en mémoire l'émotion soulevée par le son est accessible au malade. La mémoire émotionnelle et la mémoire musicale peuvent être mobilisées dans l'instant dans l'enchaînement d'une chaîne musicale. La musique crée une présence sans représentation interne, sans synthèse préalable (26), permettant une présentification du temps musical particulier, hors du champ temporel ordinaire. Elle sort le patient du présentisme, du temps ordinaire dépressogène pour l'introduire dans une nouvelle temporalité. Au temps s'ajoutent des qualités : accessibilité, continuité, sensorimotricité.

La présence est événementielle, issue d'un kairos, ou progressive, construite au cours d'un temps opératoire si le patient en a encore les ressources, grâce à la musique. La conscience de ce « maintenant », la présence, est un point-source qui retient par rétention* et projette par protension*¹⁷¹. Dans une phrase musicale, chaque note s'allie encore à la note précédente et se penche sur la note à venir. « On peut donc concevoir la succession sans la distinction, et comme une pénétration mutuelle, une solidarité, une organisation intime d'éléments, dont chacun, représentatif du tout, ne s'en distingue et ne s'en isole que pour une pensée capable d'abstraire. (...) Nous exprimons la durée en étendue, et la succession prend pour nous la forme d'une ligne continue ou d'une chaîne, dont les parties se touchent sans se pénétrer. Remarquons que cette dernière image implique la perception, non plus successive, mais simultanée, de l'avant et de l'après ... »¹⁷². Au temps s'ajoute une autre qualité, la **simultanéité**, qui fait de la présence une compacité instantanée, condensant dans l'instant le présent, le passé et le futur, réalisant une présentification.

La musique reconstitue une continuité dans la conscience du temps du malade sans passer par le langage¹⁷³ (137). Elle le sort du monde quotidien ou la maladie le contraint. Elle réinscrit le malade dans un champ de présence à soi et au monde. Il retrouve une identité, être présent au monde et

¹⁷⁰ Henri Bergson. Ibid. Page 78 et 79

¹⁷¹ Herman Parret. Ibid. Page 153

¹⁷² Henri Bergson. Ibid. Page 87

¹⁷³ Maurice Merleau-Ponty. Phénoménologie de la perception. Page 237 et 238 : « Le sens d'une phrase nous paraît intelligible de part en part, détachable de cette phrase même et défini dans un monde intelligible, parce que nous supposons données toutes les participations qu'elle doit à l'histoire de la langue et qui contribuent à en déterminer le sens. Au contraire dans la musique, aucun vocabulaire n'est présupposé, le sens apparaît lié à la présence empirique des sons, et c'est pourquoi la musique nous semble muette ».

présence du monde à soi coïncident. Il n'a plus à souffrir de l'absence du présent puisqu'il y est situé¹⁷⁴ (137). Par sa pénétration à l'intime de soi, elle lui permet de déployer l'intensité émotionnelle dans un espace intérieur décloisonné. La mélodie extérieure devient une harmonie intérieure.

¹⁷⁴ Ibid. Page 498 : « Il n'y a de temps pour moi que parce que j'y suis situé, c'est-à-dire parce que je m'y découvre déjà engagé, parce que tout l'être ne m'est pas donné en personne, et enfin, parce qu'un secteur de l'être m'est si proche qu'il ne fait pas même tableau devant moi et que je ne peux pas le voir, comme je ne peux pas voir mon visage. »

Quelques points clés du chapitre 9 : La musique et le sens du temps pour un malade Alzheimer

La musique facilite l'accès aux émotions et aux sentiments mémorisés auxquels elle est associée. Elle permet la réminiscence d'anciens souvenirs. La déixis de l'apprentissage associée au souvenir des scènes intérieures liées à la musique, permet de parler d'une mémoire épisodique musicale.

La musique améliore les performances cognitives, l'expression des malades et leur créativité.

Le même texte servant de parole et mis en musique dans une chanson peut être appris et restitué.

La musique, comme l'imaginaire ou d'autres formes artistiques, sans faire appel à la synthèse d'un parcours de la signification et au langage, peut créer une présence à l'intimité de la personne.

On rentre peu à peu dans une ambiance musicale ou instantanément par l'instant « magique » du kairos.

La musique sort le malade des schémas tensifs où la maladie l'a enfermé.

La musique permet de repenser un événement antérieur, faisant émerger une nouvelle présence du monde à soi et permettant son recouplage à la présence de soi au monde.

La musique permet de retrouver une continuité dans le vécu temporelle du malade en rupture avec la discontinuité introduite par la maladie.

A l'entité temps, peu qualifiée dans le présentisme ou la désorientation temporo-spatiale du malade, la musique ajoute des qualités, accessibilité, continuité, sensorimotricité, simultanéité, qui font de la présence une compacité instantanée, condensant dans l'instant le présent, le passé et le futur.

La reconstruction de la signification dans la démence

« Que la langue soit pour toi ce que le corps est aux amants.

Lui seul sépare les êtres et les unit. »

Friedrich Schiller

L'histoire clinique de Monsieur Henri présentée n'a pas une bonne fin. Elle a été pour les soignants comme pour les médecins l'occasion de se poser de nombreuses questions et de remettre en cause nos pratiques. Elle illustre la capacité des malades déments de pouvoir reconstruire en partie la signification de ce qu'ils vivent, de la transcrire et de l'exprimer dans un discours. La forme d'expression utilisée ici est un écrit. D'autres modalités de mise en œuvre sont possibles, peinture, modelage... La reprise de la signification chez le patient passe ici par le fictif, l'imaginaire, tout en gardant des liens importants avec la réalité du présent et en l'inscrivant dans son histoire de vie. Nous verrons les questions qui se posent dans la dialectique qui s'établit entre l'imaginaire et le réel du quotidien. La rédaction du récit que Monsieur Henri entame va changer son appréciation de la vie et son comportement. La démence ne sera pas guérie mais des formes de vie sont réapparues, jusque-là non manifestées depuis des mois chez lui. Ce cas clinique a été l'objet d'une brève publication dans une revue médicale (421). Nous verrons à son propos quelques conditions permettant le bon fonctionnement des ateliers psychothérapeutiques adaptés à la démence.

I. Cas clinique de Monsieur Henri B

Monsieur Henri B est relativement jeune. Il a 72 ans. Il est marié et il travaillait autrefois comme pigiste pour la presse locale. Il présentait une forme particulière de démence, liée à une maladie à corps de Lewy. Outre les traits habituels que l'on trouve dans la maladie d'Alzheimer, cette maladie associe des troubles moteurs, avec des risques de chutes, un syndrome parkinsonien et très souvent, parfois de façon inaugurale, une dépression. Des hallucinations en particulier visuelles (elles sont des thèmes très variés, parfois renvoyant parfois à des chats, à des enfants) se manifestent de temps à autre de façon inopinée. Elles s'accompagnent d'agitation, de cris, de violence verbale et physique, très difficiles à contenir à domicile par un aidant non formé aux soins. Ces troubles ont été la cause de l'entrée en EHPAD de Monsieur Henri, il y a plus de six mois maintenant. Son épouse,