

BESOINS PSYCHOLOGIQUES DES RESIDENTS LE SOIR, ET ACCOMPAGNEMENT MUSICAL

Patrick Zamparini
Aide-soignant
Formations scientifique et gérontologique
e-mail : patrick.zamparini@wanadoo.fr

Proposé le 5 janvier 2012

Sommaire

Propos préliminaires

Chapitre 1 : Mise en évidence des besoins spécifiques des résident/es au moment du coucher, au sein de l'EHPAD Les Jardins du Loing

a°- Ambiances visuelles et auditives

b°- Comportements du soir

Chapitre 2 : Critères de sélection d'une ambiance musicale

Chapitre 3 : Choix de l'oeuvre

Chapitre 4 : Commentaires de « Le Luneux », application au projet d'accompagnement musical vespéral

1°- Le titre « Le Luneux »

2°- L'introduction musicale

3°- Le premier couplet

4°- Concernant les trois couplets suivants

5°- Le dernier couplet

6°- La fin instrumentale

Annexe : Le poème de « La vieille femme grincheuse »

PROPOS PRELIMINAIRE

Proposer un accompagnement musical vespéral, à certain/es résident/es, afin d'améliorer leur bien-être, répondre à certains de leurs besoins spécifiques, favoriser une nuit paisible, contribuer à la diminution des troubles comportementaux, autant d'actions visées par ce projet. Etant entendu, qu'il ne s'agit ici, que d'un modeste et parcimonieux complément de confort pour les résident/es, susceptible de s'intégrer aux services habituels et à d'autres démarches possibles, concernant l'amélioration du bien-être des résident/es .

L' idée de ce projet est issue d'une pratique assez longue (plus de 8 ans à ce jour) au poste d'aide-soignant de nuit un EHPAD. Des observations permanentes au cours de l'exercice de cette fonction, auxquelles s'ajoutent d'autres connaissances, m'ont fait apparaître l'importance des activités vespérales précédant l'endormissement, et la nécessaire adaptabilité dont doivent faire preuve les résident/es, pour exploiter au meilleur de leur gré, les conditions du moment (diminution générale de l'activité dans l'EHPAD, tombée de la nuit, changement de l'équipe soignante, retour dans la chambre avec la tranquillité mais aussi l'isolement relatif que cela impose, etc.).

Ainsi, de nombreuses actions sont mises en œuvre par l'ensemble des intervenant/es de l'EHPAD, pour rendre ce moment le plus agréable possible pour les résident/es. Parmi celles-ci, comptent l'organisation des prestations et la compétence des intervenant/es, *via* l'autorité de la directrice de l'établissement et de l'infirmière coordinatrice ; les traitements médicaux adaptés à chaque résident/es, notamment les hypnotiques prescrits par les médecins traitants et contrôlés par le médecin coordinateur ; l'architecture même du bâtiment adaptée au mieux, ainsi que son aménagement (lumières notamment), et aussi le matériel utilisé (qualité des lits en particulier). Dans la majorité des cas, cet épisode du soir, est vécu relativement sereinement par les résident/es.

Cependant, et malgré tous ces efforts, certain/es résident/es, systématiquement ou ponctuellement, éprouvent des difficultés d'adaptation à ce moment de fin de journée/début de nuit. Cela se traduit par des comportements variés : angoisses, appels répétitifs des soignants de nuit, déambulations, agitations diverses, émiettement de protections, douleurs sans causes organiques décelables, ... Dans la plupart des cas, les interventions des soignant/es de nuit, sont assez efficaces, consistant à répondre physiquement le plus souvent par des petits services ou des remises en position de confort, des aides au coucher. Mais aussi, et surtout, les actes les plus prisés et les plus performants des soignant/es, résident dans leur présence rassurante, leurs capacités à écouter et reconforter psychologiquement. Par ailleurs, chez de nombreux/ses résident/es qui n'ont pas de difficultés particulières au cours de la transition vespérale, on constate très souvent des désirs de retenir le plus longtemps possible les soignant/es de nuit, lors de leur passage systématique. Mais en pratique, il est évident que les deux soignant/es de nuit ne peuvent pas prolonger sans mesure, l'accompagnement relationnel de tous les résident/es demandeur/ses. Les résident/es, compensent partiellement ce désir de confort relationnel, en mettant en œuvre différentes activités. La lecture, nécessitant une certaine concentration, un calme environnemental, permet d'obtenir une sorte de présence humaine abstraite, à travers les propos du livre ou du journal, quand les thèmes mettent en jeu des personnages. D'autres résident/es gardent près d'eux/elles, ce que j'appellerais ici « des objets substitutifs par défaut » (voir chapitre 1 au paragraphe **b** n° 5), c'est à dire des animaux ou des personnages en tissus ou en d'autres matières .Un autre moyen pour les résident/es, d'obtenir une présence humaine fictive, est l'écoute de la radio et surtout de voir et entendre la télévision : cette dernière activité étant la plus répandue.

En revanche, l'écoute de musiques demeure exceptionnelle. Pourtant, il me semble que cette pratique, si elle est optimisée, pourrait fort bien constituer une excellente manière, pour certain/es résident/es, de s'octroyer divers bénéfices. Par ce procédé, on peut en effet, simuler un certain nombre de propriétés liées à une présence humaine. Rassurer, apaiser, relaxer, détourner ou atténuer des angoisses, assouvir des besoins d'abstraction philosophiques, oublier ou diminuer des maux, ...

Et tout cela ne concerne pas uniquement les résident/es présentant des difficultés comportementales, mais aussi beaucoup d'autres personnes de l'institution.

Je me permettrais ici, une citation illustrative, tirée d'une œuvre du célèbre philosophe et musicien Nietzsche, dans laquelle il propose une réflexion sur l'origine préhistorique de la musique : « L'oreille, organe de la peur, n'a pu se développer aussi amplement qu'elle a fait, que dans la nuit, où la pénombre des forêts et des cavernes obscures, selon le mode de vie de l'âge de la peur, c'est à dire du plus long des âges humains qu'il n'y ait jamais eu. (note : la préhistoire de notre seule espèce, ayant duré des dizaines de milliers d'années, alors que l'histoire ne s'initie qu'à peine quelques millénaires dans le passé). A la lumière, l'oreille est moins nécessaire, d'où le caractère de la musique, art de la nuit et de la pénombre ». Friedrich Nietzsche, dans *Aurore*, au paragraphe 250, « nuit et musique ».

On notera que si l'usage de la musique n'est pas rare dans les milieux gériatriques, et elle est souvent appréciée positivement par les résident/es, il en reste pas moins, que d'une part elle prend souvent l'étiquette quelque peu abusive, de « musicothérapie », et d'autre part, ce genre d'activité est effectué essentiellement au cours de la journée. Ce que je propose dans ce projet, ne se définit pas en terme de « thérapie », mais seulement comme un accompagnement musical, susceptible d'améliorer le confort du vécu vespéral nocturne.

Par le choix judicieux d'une œuvre musicale, en sélectionnant dûment les résident/es intéressés par le procédé, en réglant au mieux le moment de l'écoute et sa répétition éventuelle, il me paraît alors tout à fait justifié de tenter une telle démarche. C'est ce que je m'attacherais à démontrer dans le contenu de ce projet.

Mais il serait d'une audace prétentieuse, inutile, voire nuisible, d'assurer que les quelques réflexions qui composent ce projet, soient susceptibles de prédire et d'expliquer les réactions possibles de personnes âgées de l'EHPAD, à l'écoute vespérale d'une certaine œuvre musicale. Inversement, expérimenter aveuglément, en laissant entendre un bien fondé spontané de la méthode, serait une démarche bien peu prévisible quant aux effets possibles, et en outre, priverait l'auteur et d'éventuels intéressés, de toutes sortes de réflexions préalables. Celles-ci, qui obligent justement à affiner une connaissance gérontologique générale, dont les finalités peuvent bénéficier d'une manière ou d'une autre aux résident/es. Car l'élaboration de ce document, a pour objectif essentiel, d'une humble manière, de contribuer à la connaissance générale de la partie vespérale de la vie quotidienne des résident/es dans un certain EHPAD, pris ici en exemple.

D'autre part, j'ai tenté de ne pas amoindrir la communicabilité de ce document, en esquivant une utilisation trop copieuse d'un vocabulaire et de données nécessitant des connaissances particulières. Les quelques dérogations à cet engagement sont reléguées en notes, à la fin des chapitres.

Malgré cette présentation, je ne doute pas, qu'après lecture ou connaissance orale du projet, on m'afflige, peut-être ironiquement (!), d'avoir conçu un projet utopique, et qu'on me le fasse savoir avec par exemple cette remarque : « Mais tu crois que les résident/es vont penser à tout ça ? !! ». Ce à quoi, je puis répondre, qu'il n'est pas question que les résident/es intéressé/es « pensent » à tous les éléments évoqués ici, c'est au soignant d'y penser ! De manière à tenter de comprendre et de répondre au mieux aux besoins supposés des résident/es. Et si l'exposé pourra paraître un peu touffu, il ne constitue qu'une approche certainement fort simplifiée et partielle, de la richesse potentielle des réactions psychologiques propres à chaque résident/es dans la situation vespérale.

CHAPITRE 1

MISE EN EVIDENCE DES BESOINS PSYCHOLOGIQUES SPECIFIQUES DES PERSONNES AGEES AU MOMENT DU COUCHER AU SEIN DE L'EHPAD LES JARDINS DU LOING

Il me paraît essentiel, de rappeler quelques données fondamentales sur le déroulement général des soirées après le dîner, afin de bien avoir en tête, sur quelle charpente temporo-organisatrice, il est possible d'envisager l'intégration d'un épi-événement tel qu'un accompagnement musical. Puis, il me semble non moins utile de tenter de dresser un aperçu des phénomènes comportementaux et psychologiques qui animent les résident/es au moment du coucher. Cette première approche compréhensive, permettant d'identifier des besoins spécifiques, auquel pourrait répondre partiellement, le type d'accompagnement musical proposé.

a° - Ambiances visuelles et auditives (automne, hiver)

Par « soirée », on entendra ici, la durée comprise entre la fin du dîner (+ /-18h 45 pour les résident/es dînant dans leurs chambres, et +/- 19h15 pour ceux/celles dînant au réfectoire), et la phase d'endormissement. Cette période du nyctémère est marquée par une phase de grande activité juste après le repas, suivie d'une décroissance rapide de celle-ci, d'un effondrement total de la luminosité naturelle au profit de l'éclairage artificiel, de l'installation d'une ambiance sonore de plus en plus calme et disparate.

A vingt heures, la substitution de l'équipe de jour par l'équipe de nuit (seulement deux personnes), contribue également à la diminution de l'activité générale de l'EHPAD.

Les principaux événements concernant les résident/es :

* Première phase après le dîner : que se passe-t-il ?

- Certain/es soignant/es de jour, distribuent les plateaux aux résident/es dînant *dans leurs chambres*, aident les plus dépendants à consommer leur repas, puis ôtent les couverts, et enfin s'effacent définitivement, laissant ces résident/es seul/es dans leurs chambres.

- Certain/es résident/es qui dînent au réfectoire, regagnent seul/es leurs chambres, ou sont accompagné/es par les soignant/es.

- D'autres résident/es s'assoient dans le salon, où ils/elles discutent, se querellent parfois, regardent la télévision, consomment une infusion, somnolent, ..., avant de remonter dans leur chambre, seul/es ou avec l'aide d'un/e soignant/e

- Des personnes désorientées, déambulent seules ou en groupe, jusqu'à ce que les membres de l'équipe de nuit les prennent en charge.

- D'autres personnes, regagnent leurs chambres par leurs propres moyens ou sont accompagnées par des soignant/es de l'équipe de jour.

- Les membres de l'équipe diurne, déshabillent et couchent certain/es résident/es, tandis que d'autres restent en attente dans leurs fauteuils roulants, jusqu'à l'arrivée des soignant/es de nuit

* Deuxième phase : début de l'intervention des veilleurs/ses

- Les deux veilleurs/ses accompagnent les autres résident/es dépendant/es, dans leurs chambres

- Successivement, il/elles interviennent chambre par chambre, auprès de chaque résident/e, afin de répondre aux besoins élémentaires du coucher, en fonction des incapacités, des attentes, des rites de chacun/e d'eux.

Environnements sonore et visuel au cours de la soirée

*Début de soirée : de 20h à 22h30 (horaire indicatif), automne, hiver.

- Tombée du jour, plus ou moins précoce suivant la saison, les lumières diffusées par les lampadaires blancs et ronds, plafonniers, éclairent les couloirs, ainsi que les chambres de certain/es résident/es, dont la porte demeure plus ou moins ouverte.

- Dans les chambres, les rideaux et/ou les volets sont pour certains, tirés et/ou fermés, seulement lors de l'arrivée des veilleur/ses, laissant au regard des résident/es concernés, l'obscurcissement nocturne, parfois ponctué de constellations ou /et de la Lune.

- Des sources lumineuses diverses (spots muraux, lampes des plafonds sous verre blanc demi-sphérique aplati, lampes de chevet murales à écran blanc, lampes de chevet diverses appartenant aux résident/es, lanternes diffusant des lumières colorées alternatives) éclairent plus ou moins vivement les chambres.

- Des télévisions allumées, ajoutent des luminosités animées et colorées, et créent une ambiance sonore, chez certain/es résident/es.

- Présence constante, fréquente, ou ponctuelle, de quelques émissions sonores statiques momentanées et localisées : télévisions, radio, téléphones du couloir, gémissements, appels au secours, bavardages, déplacement ou chute d'objets, diffuseurs de parfums (bruit ressemblant à un soupir), ouverture et fermeture de portes, ...

- Manifestations sonores mobiles : personnes se déplaçant en déambulateur, bruits de pas, déplacement du chariot de soins et de celui des objets souillés (protections et draps) par les soignant/es de nuit, échanges verbaux de ces dernier/s entre eux et avec les résident/es, sons rythmés du bip, ...

-

b °- Comportements du soir ...

Chaque résident/e a sa manière propre de gérer et d'appréhender cette transition cruciale de la journée à la nuit. Néanmoins, en toute généralité, on peut distinguer plusieurs catégories de facteurs déterminants, dans la qualité du vécu de cette phase particulière du nycthémère :

1- Les facteurs environnementaux, tels que ceux précités

2- Les rythmes biologiques et leurs perturbations : sécrétion de mélatonine notamment, celle-ci déclinant avec l'avancée en âge (Voir note 2 ci-après),)

3° - La prise de médicaments hypnotiques ou neuroleptiques, au cours de la soirée. Concernant ceux que nous avons, nous soignant/es de nuit, à distribuer le soir actuellement : Stilnox, Imovane, Seresta, Théralène, Loxapac (Voir note 3 ci-dessous)

4° - Les pathologies éventuelles : douleurs articulaires, spasmes post-prandiaux, reflux gastro-oesophagiens, toux et dyspnées, ..., les déficits sensoriels (note ci-après)

5° - Les vécus dans la journée : contrariétés, altercations, festivités, activités physiques, occupations ludiques, visites des familles ou de proches, consultation médicale, sorties, repas, anniversaire, chute, information joyeuse ou triste, etc ...

6° - Le respect des rituels vespéraux tant collectifs qu'individuels (équipe de nuit +++): les retards ou les dérogations dans le déroulement des événements habituels, constituent une source de stress

Note 1 : Les fonctions visuelles sont souvent altérées : presbytie, cataracte, glaucome, dégénérescence maculaire, ... Il en est de même des fonctions auditives, avec pour résultat une presbyacousie, en particulier pour les sons aigus (voir note du paragraphe 2, chapitre 4). Cette atténuation des capacités audio-visuelles, doit contribuer à l'isolement et à la confusion perceptive, de nombreux/ses résident/es, le soir. Ces anomalies sensorielles, se traduisent aussi par des réglages sonores des appareils (télévisions, radios), à des niveaux élevés, et aussi par d'amples demandes d'éclairage (éclairage de veille par la lumière de la salle de bain, porte de chambre ouverte laissant diffuser les lumières du couloir, etc).

Note 2 : On se rappelle que la mélatonine est « une hormone naturelle produite par la glande pinéale. Sa structure est voisine de celle de la sérotonine.(...) la sécrétion de mélatonine augmente peu après la tombée de la nuit, atteint son maximum entre deux et quatre heures du matin et diminue durant la seconde moitié de la nuit. La mélatonine participe au contrôle des rythmes circadiens et à la régulation du rythme jour-nuit. Elle est aussi associée à un effet hypnotique et à une propension accrue au sommeil » (Haute Autorité de Santé, 10/12/2008). En France, elle est commercialisée sous le nom de Circadin, médicament soumis à prescription médicale, réservé à des personnes de plus de 55 ans, et dont l'efficacité a été estimée comme modeste. Des études variées ont mis en évidence une baisse de la production de mélatonine chez les personnes âgées, contribuant à leur troubles du sommeil. On notera en outre, parmi d'autres effets de la mélatonine, son activité en tant qu'anti-oxydant, son action favorable sur le système immunitaire ; elle agit également sur la glycémie, elle améliore le sommeil des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, ... (d'après site internet de wikipédia, article « mélatonine », consulté le 4/1/2012).

Note 3a : Il est intéressant ici, d'avoir en tête quelques données pharmacologiques concernant les médicaments du soir, prescrits aux résident/es actuellement. Leur action est directe (pharmacologique pure) et indirecte (habitude rassurante, rituel même). De plus, ils sont susceptibles de modifier la perception ou la mémorisation de l'accompagnement musical. Enfin, ce dernier peut agir en synergie avec ce type de médicament. Concernant les médicaments hypnotiques – anxiolytiques (Seresta, Temesta, Stilnox, Imovane), on sait que l'acide gamma-amino-butyrique ou GABA est un modérateur de l'activité neuronale. Parmi ses récepteurs membranaires, le GABA-A est celui ciblé par la pharmacologie des benzodiazépines (Oxazépam et Lorazépam notamment), ainsi que par des molécules chimiquement différentes de ces dernières, mais ayant des effets apparentés, soit le Zolpidiem et le Zopiclone. Tous ces composés chimiques, se fixent sur des parties annexes du récepteur GABA-A, et agissent en potentialisant les effets de la fixation du GABA sur le récepteur GABA-A. Sachant que la fixation du GABA sur ce récepteur, ouvre des canaux chlore, hyperpolarisant ainsi la cellule neuronale concernée, inhibant donc l'activité de celle-ci. Les effets produits par ces médicaments, amplifient donc ceux des effets généraux du GABA. Ils consistent en des actions anxiolytiques, hypnotiques, myorelaxantes, ... à des degrés divers suivant les molécules. Les benzodiazépines peuvent perturber la mémoire, le sommeil lent et le sommeil paradoxal. L'Oxazepam (Seresta) a une demi vie de 4 à 15 heures, tandis que le Lorazepam (Temesta) a une demi-vie plasmatique de 10 à 20 heures. Le Zolpidiem (Stilnox) à effet hypnotique prépondérant, par rapport aux benzodiazépines, avec un pic de concentration plasmatique entre ½ heure et 3 heures, une forte réceptivité chez les personnes âgées à des doses moindres que chez les plus jeunes (du fait de la diminution des capacités métaboliques du foie aux âges avancés). Le Zopiclone (Imovane) augmente la durée du sommeil totale et diminue le nombre de réveils nocturnes, et l'électro-encéphalographie révèle qu'il diminue la durée du stade I du sommeil (lent très léger), prolonge le stade II (sommeil lent léger), respecte ou augmente les stades de sommeil profond (stades III et IV) et les phases de sommeil paradoxal. Le pic de concentration plasmatique est atteint en 1h30 à 2 heures, avec une demi-vie d'environ 7heures chez les personnes âgées.

Concernant le Théralène (Alimémazine), prescrit à quelques résident/es au moment du coucher, il s'agit d'un neuroleptique (= qui calme l'agitation psychique et psychomotrice) atypique dérivé de la phénothiazine. C'est donc un anti-histaminique H1, mais outre ces effets contre les manifestations allergiques, il a une action sédatrice affirmée (d'origine anti-histaminique et adrénolytique). Enfin, certain/es résidentes ont à prendre du Loxapac (Loxapine), qui est anti psychotique (il réduit les hallucinations et les délires, améliore la cohérence de la pensée). C'est un antagoniste des récepteurs de la dopamine.

Note 3b : Il est en outre intéressant de noter que si certains résident/es sont traités avec des antagonistes de la dopamine, d'autres au contraire, les personnes atteintes de la maladie de Parkinson, prennent des précurseurs de la dopamine (type L-Dopa duModopar).

Hors des chercheurs canadiens ont pu établir que l'effet euphorisant de l'écoute de la musique,

résultait d'un accroissement de la sécrétion de dopamine. Voir à ce sujet, leur article paru en 2011, sur la revue Nature Neurosciences, n°14, page 257-262, : V. N. Salimpoor, M. Bénovoy, K. Larcher, A. Dagher, R. J. Zatorre, « Anatomically distinct dopamine release during anticipation and experience of peak emotion to music », ou l'article de Next Libération du 11 janvier 2011, « La musique est aussi euphorisante que la drogue ». Des essais ont ainsi montré que la musique pouvait augmenter de 6 à 9 % le taux de dopamine (jusqu'à 21 % pour une personne ! Sachant qu'avec la cocaïne, le taux avoisine 22 %), et que ce taux pouvait monter à 6 % lors d'un repas agréable ...

Quelques observations commentées

Il serait fort long et plutôt fastidieux de présenter ici le maximum de données déjà observées, sur les comportements et les rituels vespéraux de chaque résident/es de l'établissement. En revanche, il peut s'avérer pertinent ici, d'exposer quelques exemples particulièrement illustratifs. Et si les « cas » sont le plus souvent ponctuels, ils n'en révèlent pas moins quelques généralités, justement particulièrement bien explicitées dans les situations décrites.

1° « Vous partez déjà ?! » : Telle est la question que certain/es résident/es soumettent aux soignant/es du soir, quand ceux-ci pressés par leur emploi du temps serré (deux soignant/es pour une cinquantaine de résident/es à visiter, préparer, ...) s'apprêtent à quitter la chambre des intéressés. Avec un point d'interrogation dans les cas où la question prime, le/la résident/e étant parfois surpris/e par le départ, ou avec un point d'exclamation quand le/la résident/e veut marquer verbalement son désarroi face à la séparation. Dans les deux options (facilement repérées aux intonations spécifiques), le/la résident/e exprime son désir de prolonger cette relation agréable avec le soignant. Relation satisfaisant des besoins, tels que le sentiment d'être en sécurité, de pouvoir bénéficier de services divers, de décharger des tensions, etc. L'impact sur la/le soignant/e, n'est pas négligeable, l'obligeant à répondre avec compassion, et à trouver à son tour des stratégies réconfortantes ou rassurantes, par exemple du type « Mais je reviendrais vous voir tout à l'heure ! », ou bien « Ah bientôt ! » si le délai est plus long, ou encore « A demain ! »...

2° « Vous êtes gentil/le ! » : Une autre expression courante le soir ... C'est évidemment une stratégie verbale séductrice, car valorisante et gratifiante pour la/le soignant/e, et de ce fait l'incitant à prolonger et étendre ses soins ou ses bienveillances, mais pas seulement. Il est nécessaire de se demander ce que peuvent entendre les résident/es par ce vocable de « gentil ». D'un point de vue lexical, le mot « gentil » peut signifier plusieurs types d'aptitudes, mais parmi elles, une seule est en adéquation avec les constatations que l'on fait généralement dans les situations où les résident/es emploient ce terme. Par exemple, sur le Dictionnaire « Le Robert de poche » édition de 1995, on note « 2- Qui plaît par sa délicatesse morale, sa douceur », et sur le Dictionnaire Hachette encyclopédique, édition 2002, on lit « Qui a des dispositions à être agréable à autrui, obligeant (...) ». Car c'est effectivement cette diligence que les résident/es qualifient comme « gentil ». J'illustrerais encore cet aspect par cette anecdote : un soir de janvier 2011, ma collègue et moi-même, nous nous apprêtions à quitter la chambre de Mesdames Colette B. et Yvette L., et comme à l'accoutumée, nous usâmes chacun à notre tour, de formules de politesse appropriées. Ainsi, quand ma collègue, énonça « Bonne nuit ! », Yvette répondit « Vous aussi Madame ou Mademoiselle », et ma collègue réagit comme ceci « Comme vous voulez ! ». Enfin Yvette conclut l'échange par ces mots « Alors *Mademoiselle*, parce que vous êtes *gentille* et *gracieuse* ».

3° « Au secours ! » : Cette stratégie verbale extrême pour provoquer l'intervention d'une personne bienveillante, est généralement employée par les résident/es, lorsqu'ils/elles doivent faire face à une difficulté majeure : une chute par exemple, et ils/elles ne parviennent pas à se relever, ou bien un stress psychologique (cauchemar, angoisse nocturne floue, ...), ou encore à l'irruption intempestive d'un/e résident/e dans leur chambre, etc. Mais dans d'autres cas, l'expression est répétée rythmiquement, sans qu'on puisse identifier de causes majeures. L'étiologie paraissant relevé le plus

souvent, d'une incapacité à supporter la solitude et la sérénité devenue trop solennelle, des conditions de vie nocturne, pourtant ordinaires. Dans ce dernier cas, au cours de nos interventions en tant que veilleur/ses soignant/es, on note souvent ces types de manifestations : « j'ai peur ! » disent parfois des résidentes, « de quoi avez-vous peur Madame ? » demandons-nous, et la réponse « je sais pas ! » n'est pas rare. D'autres fois, la requête est plus objective 'J'ai peur du noir ! Laissez allumé. ». Dans d'autres cas, au « j'ai peur », si le/la soignant/e a pu rétorquer par des énonciations du genre « Mais on est là, Madame ! Et toute la nuit ! », insuffisamment rassurée, certaines personnes ont répondu « mais vous allez partir ! » (de la chambre) ou même parfois « restez ! ». Outre l'expression verbale, le désarroi lié à la solitude oppressante, et insécurisante, peut engendrer des actions délétères à la fois démonstratives et propres à juguler les émotions liées (panique, colère) sous la forme de création d'un désordre, du type : émiettement de la protection, déshabillage, retrait des couvertures, ou cris (Voir aussi les n° 6 et 10 de ce paragraphe : Mesdames Yvette L. et Marie-Jeanne C.)

4° Cas de Madame Colette ... : Si on soulève ses pieds (pour lui ajuster ses talonnettes de protection, étant alitée) d'une manière insuffisamment docile, son visage se ride de crispation, et ses membres inférieurs peuvent même trépigner, sans qu'elle ne prononce une parole, ou tout au plus, émet-elle des sortes de petits soupirs gémissants. Je souhaite pointer très succinctement par cet exemple, deux phénomènes importants, à savoir ... D'une part, l'importance de la douceur, illustrée ici dans le geste, mais qui s'étend à toutes formes de relations, en particulier verbo-auditives, entre les intervenant/es et les personnes âgées ; celles-ci, indépendamment de leur sexe, sont devenues plus vulnérables tant physiquement que mentalement, et la douceur des autres envers eux, leur est donc devenue une condition essentielle à leur bien-être. D'autre part, la contribution foncière du langage non verbal, mais observable, dans les relations des personnes âgées dépendantes avec les intervenant/es, ainsi qu'avec l'ensemble de leur environnement.

5° « Des objets substitutifs par défaut » : C'est ainsi que je suis tenté de nommer, ces objets aux allures d'animaux en peluche ou de poupées de chiffon, que certaines personnes âgées, essentiellement du genre féminin, gardent près d'elles le soir, la nuit, parfois aussi la journée, avec une attention particulière. Ils ont la qualité d'être des *objets*, de surcroît généralement assez petits et légers, et en tant que tels, ils sont donc facilement mobilisables, et permettent aux résident/es d'exercer sur eux, une autorité de mobilisation et de possession. Cette qualité d'objet, offre donc aux résident/es, la possibilité de gérer par eux-mêmes le positionnement et l'état de l'objet, suivant leurs décisions, leurs envies, au moment où ils/elles le désirent : n'est-ce pas là une manière, si humble soit-elle, de conserver une certaine part d'autonomie à leur pouvoir de modifier leur environnement ? Ceci, constituant en conséquence, une certaine forme de liberté. Cette liberté d'agir que leurs dépendances physiques et mentales ont fait s'effondrer. C'est aussi une manière d'affirmer sa propre existence, son identité, des propriétés malmenées par la dépendance et le déclin des capacités psycho-physiologiques. Si je les considère d'autre part, comme *substitutifs*, c'est que ces objets bien souvent, constituent une présence matérielle plus ou moins humanisée par les intéressés/es. A ce titre, certaines personnes (Raymonde V., Florence R., Jeanine V., ...) leurs parlent, soit en les considérant comme des enfants (elles les grondent, les consolent, essentiellement), soit en leur relatant des confidences (tel que le pratiquait Raymonde V.), ... Elles peuvent donc effectuer des projections, au sens psychologique (classiquement, une projection est un « Mécanisme de défense par lequel le sujet voit chez autrui, ses idées, ses affects », définition du dictionnaire Le petit Robert, édit.1995, à laquelle on peut préciser que ce sont souvent des pensées désagréables que l'on ne peut accepter en soi-même). De plus, ces objets ont une texture généralement douce au toucher, ce qui rend le contact agréable, docile, et ce dernier peut même être optimisé en un massage par frottements successifs avec la main ou la joue. Même s'ils sont rangés, mais restant à la vue et à la proximité des intéressés, ces objets demeurent une présence visible et accessible, réconfortante, certes non humaine, mais représentant une sorte de symbole matériel de celle-ci. Enfin, si j'ai été amené à préciser *par défaut*, c'est que s'ils remplissent ce rôle de substitution, c'est bien parce que

disposer à volonté de la présence de personnes réelles, n'est guère possible dans la réalité. C'est donc *par défaut*, c'est à dire *faute de mieux*, soit faute de disposer d'un meilleur moyen d'interaction affective et cognitive.

Note : L'utilisation de tels objets par les personnes âgées, a été comparé avec la notion « d'objet transitionnel » créée par le célèbre pédiatre anglais Donald W. Winnicott (1896-1971). Mais chez le jeune enfant (à partir de quelques mois), ce type d'objet, lui permet de se défaire de la fusion maternelle (dans ses premiers mois, le nourrisson n'aurait pas conscience des limites de son corps et de celui des objets extérieurs, et sa mère en particulier), en l'aidant à accepter cette séparation. Chez le nourrisson, l'objet transitionnel, constitue donc, un moyen de construire son identité corporelle et psychologique.

Chez les personnes âgées, cette construction n'est évidemment plus à réaliser, et l'utilité des objets précités, réside uniquement dans les faits exposés plus haut.

Enfin, « des poupées d'empathie » seraient actuellement utilisées pour apaiser des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer...

6° *Madame Yvette L., le soir ...* : Cette dame est atteinte d'un syndrome de type Alzheimer, et le soir elle est reconduite dans sa chambre, où elle attend l'arrivée des veilleur/ses pour l'aider à se déshabiller et se coucher. Sa voisine de chambre étant déjà alitée, et d'une extrême discrétion, Yvette souvent s'impatiente, désorientée, inquiète : « qu'est-ce que je fais là ? » ou « qu'est-ce que je dois faire ? » ou encore « j'ai peur ! » l'a-t-on entendu dire parfois, lorsque nous approchions de la chambre, sans encore qu'elle s'en aperçoive ... Souvent, elle déambule dans les couloirs, sans objectif précis, rencontrant çà et là d'autres résident/es, qui parfois la chasse des alentours de leur chambre, ou au contraire d'autres fois l'accueillent ou l'accompagnent avec bienveillance ... Cet exemple typique, illustre l'aspect aléatoire de la déambulation, par lequel la résidente en question, errante, s'en remet au hasard de ses rencontres, pour obtenir une satisfaction de ses besoins, évoqués plus haut.

7° *Monsieur Robert C., un soir ...* : Ce résident attendait sur son fauteuil roulant, que nous autres veilleur/ses de nuit, venions le coucher. A notre arrivée, je lui dis « on est un peu en retard ce soir ! » et après quelques secondes, il répond « J'ai vu trois chiens de chasse » et ajoute un instant plus tard, « çà m'a passé le temps ! ». Voici donc, un exemple d'activité semi-onirique ou imaginaire, ici clairement exprimé par la parole, mais qui doit probablement meubler bien des moments de solitude et de calme chez de nombreux/ses résident/es. Dans ce cas précis, l'activité cérébrale était plutôt agréable, mais ce n'est pas toujours le cas, et notamment pour ce résident.

Peut-être est-il pertinent de comparer ce cas d'activité cérébrale avec ce qui est nommé « rêve lucide » : voir note ci-après.

Note : Le sommeil des personnes âgées est souvent modifié. Consistant en particulier, en une réduction du temps du sommeil lent profond, augmentation de la durée et de la fréquence des éveils nocturnes, ... Les états de somnolence diurnes sont fréquents : d'un point de vue électro-encéphalographique, « le rythme alpha de veille est souvent ralenti, et son amplitude est souvent diminuée » (O.Benoit, « Les troubles du sommeil du sujet âgé », La revue de médecine, août-septembre 1981) . Le sommeil paradoxal « devient instable, fragmenté, interrompu par de nombreux passages en sommeil lent ou en veille. » (A. Besset, chercheur INSERM, in « Sommeil et âge », publié par Laboratoires Diamant). Ces anomalies du sommeil, peuvent donc se manifester dans la soirée. Et parmi les phénomènes semi-oniriques, le « Rêve lucide » est un cas particulièrement intéressant. On trouve une synthèse des connaissances à ce sujet, sur le site internet de wikipédia, duquel j'ai extrait les quelques données suivantes. Pour Célia Green (1968) « Un rêve lucide est un rêve dans lequel le sujet est conscient de rêver ». Le psychologue Paul Tholey distingue quant à lui, les critères suivants : le rêveur sait qu'il rêve, il conserve sa liberté de penser, ses facultés de raisonnement ne sont pas altérées, sa perception sensorielle est normale, ses souvenirs ne sont pas inhibés, il se souvient de son rêve au réveil, il est capable d'interpréter son rêve au cours même de son activité onirique. Ainsi, le rêveur peut intervenir à tout moment sur les

personnages, l'environnement ou le déroulement de son rêve lucide. D'après le neurologue Allan Hobson, dans le rêve ordinaire, il y aurait une diminution de l'activité du cortex préfrontal dorso-latéral (impliqué dans la mémoire de travail, la pensée volontaire, la conscience de soi, le jugement critique). Au contraire, dans le cas du rêve lucide, cette zone serait réactivée, de même que des structures telles que le cortex limbique ou les aires temporales, impliquées dans les émotions, seraient suffisamment actives pour maintenir une certaine intensité de ces dernières.

8° Madame Irène D., un soir ... : Nous arrivions, ma collègue et moi-même, auprès de madame Irène D., afin de la préparer pour la nuit. Voici ce qu'elle nous a dit « J'aime bien quand c'est vous qui êtes là. On s'habitue à quelqu'un. ». Ainsi, a-t-elle souligné verbalement, ce soir-là, non seulement le confort, et même le plaisir, de disposer régulièrement de personnes bienveillantes auxquelles elle s'est adaptée (optimisée ses relations en vue d'en tirer le maximum de bénéfice). Ce confort du renouvellement par adaptation étant souligné par « on s'habitue... ». Incontestablement, l'habitude est rassurante, surtout chez les personnes âgées. Elle sous-entend ici, d'une part, une adaptation interactive avec ce qui constitue l'objet de l'habitude (visite de soignant/e, repas, disposition d'objets, etc), et d'autre part une régularité, donc une prévisibilité rassurante du fait habituel. L'habitude engendre donc un confort et une sécurité.

9° Monsieur Guy C., un soir ... : Alors que nous l'aidions à se préparer pour le coucher, évoquant les couvertures du lit, il dit « *Et j'aurais chaud comme dans le ventre de ma mère !* ». Est-il besoin de commenter une telle déclaration, tant elle est explicite ? On entendra bien que ce genre de propos évoquant la mère, est rarement explicité chez les personnes âgées du genre masculin. Autant, chez les résidentes, le mot « maman », est communément prononcé le soir ou la nuit, en général sous la forme d'un appel, autant la référence à la mère chez les résidents est rarement explicitée. De plus, encore d'après mes nombreuses observations, chez les dames, l'évocation maternelle est essentiellement liée à une demande d'aide et/ou de protection, alors que les rares allusions émises par les hommes, suggèrent plutôt l'idée d'un confort maternel physique et psychologique. C'est tout à fait ce que Guy C. a magistralement illustré ce soir là ...

Tout ceci, souligne les effets psychologiques de la tombée de la nuit et du coucher, un moment de lâcher prise, quand il devient essentiel de se déshabiller, de s'allonger, de se détendre, d'éprouver les derniers contacts avec d'autres personnes (soignant/es), de s'insérer dans une atténuation considérable de l'ambiance sonore, et de s'adapter à l'effondrement des perceptions visuelles, d'accepter pour certaines personnes (nombreuses en institution), la nécessité de porter une protection (qu'on nommait une « couche » ...) avec pour réconfort essentiel ou unique, l'entrée dans un lit confortable, recouvert de drap et couverture. Ces impératifs, ramènent donc *physiologiquement* à un état infantile de sur-vulnérabilité (car les capacités physiologiques des personnes âgées sont déjà amoindries durant le jour, motivant en partie leur présence en institution). Mais c'est la condition pour espérer trouver le sommeil.

Note : Il est courant d'entendre des personnes âgées incontinentes, que l'on doit munir de protections, de se comparer elles-mêmes aux nourrissons que l'on équipe aussi de « couches ». Ainsi, dans les propos qu'elles nous tiennent parfois, au moment de l'installation de ces protections, les éléments de phrase suivants apparaissent parfois : «...comme un bébé ... ». Ceci illustre le fait, que ces personnes âgées ont bien conscience d'une certaine analogie avec l'état physiologique du jeune enfant, mais sans l'être bien évidemment (ce qu'elles soulignent par le « ...comme... ». En outre, d'un point de vue psychologique cette fois, si on peut noter de même, un certain nombre de phénomènes s'apparentant à ceux de l'enfance (émotivité en particulier : peurs, cris, pleurs, ...), les personnes âgées concernées n'en restent pas moins, des personnes ayant un vécu biographique, et des connaissances du monde, en adéquation avec leur grand âge. Je me souviens avoir lu, cette remarque de la psychologue M.Safouan : « Ce n'est pas que la personne âgée tombe *en* enfance, c'est qu'elle tombe *sur son* enfance ». (*in* Géroscopie magazine, n° 21, juin-juillet 2007, page 10, compte rendu du XXIIIème congrès de la fédération des directeurs d'établissements pour personnes âgées, à propos de « Le temps, enjeux philosophiques en établissements et services ...). Fin de note.

En outre, ce moment crucial du coucher, est fort délicat, car l'abandon de leurs propres défenses physiologiques et psychologiques, confrontent aussi les personnes âgées, à l'idée de néant, voire de mort, et pas seulement. Car cette vacuité nocturne de l'esprit peut laisser surgir toutes sortes de pensées, parfois ordonnées, parfois confuses, parfois amplifiées, à la chronologie chancelante pouvant mêler le vécu immédiat avec celui délivré par la mémoire, ... Des pensées ou des émotions, inhibées dans leur expression, par les occupations et les innombrables stimulations diurnes. Alors des angoisses peuvent surgir, se manifestant par des comportements particuliers, tels des cris, des appels, des déclenchements de bip, des agitations, ... A nous soignant/es de nuit de tenter de répondre au mieux à ces détresses.

10° *Madame Jeanne-Marie C., un soir ...* : Peu de temps après son alitement nocturne, Jeanne-Marie sortit de son lit, quitta sa chambre, et déambula d'une manière hasardeuse, dans les couloirs de l'établissement, s'aventurant dans quelques autres chambres, jusqu'à ce qu'une résidente insomniaque dérangée par Jeanne-Marie, nous appelle avec son « bip ». Je retrouvais alors, Marie-Jeanne désorientée, quasi-effrayée, dans sa tenue de nuit. « J'ai peur ! » me dit-elle. Je la rassurais par ma présence, et mon accompagnement, et tout en la reconduisant dans sa chambre, je cherchais à savoir la cause de sa peur. Mais la seule réponse pertinente que j'ai pu obtenir fut « Je sais pas ! ». Peut-être ses troubles neuro-psychologiques de type maladie d'Alzheimer, ne lui avaient-ils pas permis de garder en mémoire les origines de cette frayeur ? Peut-être, était-ce un pur sentiment intense de solitude nocturne, majoré par ses difficultés à effectuer des repérages temporo-spatiaux suffisamment pertinents, pour la rassurer ? Cependant, à plusieurs reprises, au cours de ce parcours de retour, qui dura plusieurs minutes, elle me demanda « Il y a pas de danger ? », en attendant mes réponses rassurantes; ceci laissant entendre, que sans exclure la cause précitée, on ne devrait pas exclure, une ou d'autres causes plus objectives de cette frayeur. D'autre part, par son interrogation « Il y a pas de danger ? » avait-elle besoin sans doute, de consolider sa conviction cognitive d'être en sécurité, et de dissiper une surcharge émotionnelle. En fin de parcours, je lui demandais « Vous êtes rassurée maintenant ? », ce à quoi, elle me répondit « Je suis philosophe vous savez ! » avec un léger sourire. Sans doute, a-t-elle voulu me signifier par « philosophe », le fait qu'une fois rassurée, elle a pu prendre un recul raisonné par rapport aux événements qui venaient de se passer, même si elle n'a pas pu expliciter la cause initiale de son propre comportement. Et ce léger sourire, traduisait-il peut-être, dans un mode d'expression émotionnel, outre un soulagement, aussi son aptitude à relativiser d'une manière quasi-humoristique, l'ensemble du processus psychologique qui venait de se dérouler. Enfin, il n'est pas à exclure, que cette dernière manifestation émotionnelle et verbale positive, ait constitué aussi, pour partie, une manière de préserver son égo, par rapport à un comportement de panique qu'il lui parut après coup, presque ridicule.

On comprendra dans cet exemple, les interactions complexes qui peuvent s'établir entre les registres émotionnel et cognitif, et les ressources cognitives potentielles de qualité remarquable, en dépit de l'altération des capacités mentales générées par une neuro-dégénérescence du type Alzheimer. Par analogie partielle avec des processus décrits par la psychanalyse, en l'élargissant à des fonctions autres que le recyclage de pulsions sexuelles, ne pourrait-on pas qualifier le cheminement mental de Madame Jeanne-Marie C., ce soir-là, comme une *sublimation* affectivo-cognitive du ridicule de sa peur ? En notant bien toutefois, que cela n'aurait sans doute pas été permis, sans les effets réparateurs préalables, d'une bienveillance d'un/e intervenant/e sur des émotions éprouvantes. Je reviendrai sur ce thème, au chapitre suivant, critère I°.

11°- *Monsieur Robert S., un soir ...* : Monsieur Robert S. partage une chambre au premier étage, avec son épouse, Madame Emilie S. L'un comme l'autre ont déjà subi bien des agressions nosologiques, et leur état de santé est relativement précaire et fragile. Un soir il me dit « *Je voudrais faire ma valise!* », interprétable dans le contexte, et connaissant un peu ses modes d'expressions verbaux, comme équivalent à « *je voudrais bien partir* », une expression répandue chez les résident/es, et qu'ils/elles emploient pour nous faire savoir leur désir de mourir. A cette déclaration, je lui oppose cette question embarrassante : « *Et votre femme ?* », ce à quoi,

après un instant de réflexion, il me répond « *Oh b'in ...* » dans un ton de voix descendant, laissant une petite prolongation sonore au « b'in », assorti d'une mimique d'exaspération, et accompagnée d'un léger mouvement de la tête vers l'avant et le bas. Tout ceci, suggérant de penser une *suite sous entendue*, du type « *Oh b'in ... elle va b'in s'drébouiller sans moi, vu que j'suis plus bon à rien !* ». Sentiment d'inutilité, que de multiples prises en charges (soignantes, psychologue, animatrice, ...), ne parviennent pas à réduire conséquemment, du moins le soir. Ce phénomène de dépréciation, motivé par des sentiments du type usure, épuisement, incapacité, inefficacité, ... est fréquent chez les résident/es (mais pas nécessairement permanent, souvent potentiel, et souvent momentanément réversible par une relation verbale adéquate). Il est manifesté verbalement, de différentes manières, toujours dramatiques : « *Je suis foutue* » (Me Jacqueline S.), « *Je voudrais bien ne pas me réveiller !* » (Me Odette D. et d'autres), « *J'en ai marre, marre, marre !* » (Mrs Georges M. et Joseph H.), « *Pourquoi le Bondieu, y me rappelle pas ?* » (Me Odette D., et d'autres), « *Pourquoi le Bondieu y ne veut pas de moi ?* » (Me Florence R., et d'autres), « *Mais qu'est-ce-que je fou encore là Bondieu !* » (Mr Joseph H.), « *Tuez-moi !* » (Me Arlette M.) et d'autres encore ...

On admettra que même une qualité suprême de prise en charge soignante et bienveillante, ne compenserait certainement pas l'inexorable sensation de déclin irréversible, ressenti par ces personnes. Si on peut en effet, camoufler les effets délétères intrinsèques du vieillissement, au cours d'une partie de la journée, il en demeure pas moins qu'il peut subsister des moments où le/la résident/e se retrouve isolé et seul thérapeute de ses propres maux : le soir et la nuit (en cas d'insomnie), constituent des moments particulièrement favorables à cette situation psychologique. Dès lors, certain/es résident/es, par le biais de leurs altérations neuropsychologiques, peuvent esquiver les questions existentielles fondamentales, par la mise en œuvre non volontaire, des processus tels que des pertes de mémoire, des hallucinations ou des états de ralentissement psychique, etc. Encore que ces derniers mécanismes ne sont pas toujours efficaces pour diminuer les angoisses, et peuvent même parfois les majorer.

Mais pour les résident/es qui ont conservé des capacités cognitives suffisantes, la réflexion devient la principale manière de traiter le sentiment de déclin. Et dépasser par la seule pensée, le négativisme de ce sentiment, nécessite d'user de moyens qu'il n'est pas trop de qualifier de philosophiques. Bien que rarement pourvus d'une culture philosophique et/ou psychologique étendue, les résident/es, sont néanmoins capables d'élaborer des cheminements réflexifs tout à fait remarquables à partir de suggestions offertes par des situations courantes (voir 12° ci-après et 10° ci-dessus). Comme je le montrerais dans ce projet (chapitre Analyse de Le Luneux), il me semble possible par différents biais, de proposer des activités qui exploiteraient certaines ressources philosophiques bien ciblées, au profit du bien être vespéral et nocturne des résident/es .

12°- « *Il y a plus malheureux que moi !* » : Voici une expression qu'emploient de temps en temps, certain/es résident/es, quand face à un interlocuteur/trice (intervenant/e ou autre résident/e) supposé/e bienveillante, et face à, ou en référence abstraite à, d'autres résident/es apparaissant bien mal en point à l'intéressé/e elle/lui -même, l'intéressé/e en question se reconforte par le constat de son propre état. A rapprocher des formules : « *Il ou elle n'a pas de chance !* » ou « *Je ne voudrais pas être à sa place !* » également audibles de temps en temps, dans l'EHPAD . Le procédé utilisé ici, consiste en une comparaison à sens unique : l'intéressé/e, considéré/e par lui-même, dans un état plus avantageux ou moins dégradé, qu'un ou plusieurs autres résident/es. Cette conviction permettant à l'intéressé/e de se distinguer d'une manière valorisante par rapport à d'autres résident/es, constitue certainement un mécanisme de défense ou d'atténuation psychologique, contre une acceptation obligée de la raison d'être résident/e (pertes de capacités telle qu'elle permet peu ou pas, de vivre seul/e). Ce procédé est donc par ce biais, rassurant, ce qui est d'autres fois, exprimé d'une manière abrupte par la classique expression « *Plutôt mourir que d'être comme eux !* ». D'autre part, cette comparaison interprétée, peut certes résulter d'une projection, au sens psychologique, à savoir que la/le résident/e en question attribuerait à d'autres résident/es, son propre état (ou un état qu'elle craint d'avoir), perçu comme inacceptable : ceci étant effectivement considéré, au moins en psychanalyse, comme un mécanisme de défense psychologique.

Mais d'une manière plus générale et observable, la comparaison s'effectue bien entre un/e résident/e dont l'état mental et où l'état physique, est moins altéré que celle/celui qui fait l'objet de la comparaison. Ceci ne peut s'effectuer qu'à la condition d'admettre une relation d'empathie de l'un vers l'autre. Par empathie, j'entends ici, le phénomène psychologique qui permet à l'intéressé de comprendre, ou du moins se représenter (à sa manière), ce qu'est le vécu de l'autre. En notant, que cette représentation est souvent entachée d'une *interprétation* par l'intéressé, qui ne correspond pas nécessairement au vécu réel de l'autre personne. Car, l'intéressé *se représente* le vécu de l'autre personne, en y rajoutant en outre, sa propre interprétation affectivo-cognitive : ceci afin de récupérer une partie du processus empathique et le réinvestir dans sa protection (mécanisme de défense psychologique, pré-cité). Voir aussi critère D° au chapitre 2.

Dans ce contexte de relation empathique, un sentiment de compassion, voire de pitié peut également être exprimé, et même primer largement sur l'aspect auto-protecteur. Parmi les manifestations verbales les plus explicites à ce sujet, j'ai pu entendre « *Oh le/la pauvre !* ». Et les propositions (pas toujours bien acceptées ...) d'assistance, d'aide, sont fréquentes entre les résident/es. Ces interactions comportementales, ont pour effet d'établir des relations vécues comme agréables par les résident/es, les un/es bénéficiant d'une aide, d'un confort, d'une sécurité, ..., et les autres, en exerçant un rôle charitable, trouvent là, une occupation utile, et propre à conforter leur existence en tant qu'individus indépendants (lutte contre la dés-estime de soi).

CHAPITRE 2

CRITERES DE SELECTION D'UNE AMBIANCE MUSICALE

Considérant l'esquisse panoramique présentée précédemment en tant que « Mise en évidence des besoins psychologiques spécifiques des personnes âgées au moment du coucher, au sein de l'EHPAD Les Jardins du Loing », il s'en suit que l'oeuvre sélectionnée se doit de répondre au mieux aux besoins explicités. Ainsi, sans être exhaustif, on pourrait retenir les critères généraux suivants :

A°- *Choisir une œuvre exprimant des analogies avec les caractéristiques environnementales du soir et de la nuit*, de manière à se confondre au mieux avec les conditions de ces moments particuliers. Ainsi, est recherchée, la création d'une ambiance sonore apaisante, incitant au calme, à la sérénité, à la plénitude, à la détente psychomotrice. Ceci étant non seulement en adéquation avec les conditions habituelles du soir, mais offrant en même temps une présence sonore susceptible de rompre la sensation d'isolement.

B°- *Simplicité relative de la mélodie, et compréhension aisée du texte* (vocabulaire, thème, prononciation par l'interprète). De manière à tenir compte des facteurs de diminution des capacités de perception et d'interprétation : âge avancé, pathologies, fatigue, ... Et chercher à adapter au mieux l'activité aux personnes présentant des troubles cognitifs plus ou moins importants (maladie d'Alzheimer, troubles cognitifs d'origine vasculaire, syndromes de type maladie de Lévy, syndromes frontaux, etc)

C°- *Douceur de l'expression sonore, invitant à l'apaisement psychologique et psychomoteur, et faisant aussi en sorte, que l'ensemble des éléments de l'oeuvre musicale soient vécus d'une manière agréable, mais permettant également l'audition non stressante, de suggestions plus philosophiques ou introspectives*. Je tiens ici, à souligner encore les propriétés de la douceur, si précieuse aux personnes âgées. Le philosophe André Comte-Sponville, dans son « Petit traité des grandes vertus », 5^{ème} édition 2008, aux éditions Presses universitaires françaises, écrit ceci à son sujet. Page 245 « L'agressivité est une faiblesse, la colère est une faiblesse, la violence même, quand elle n'est plus maîtrisée, est une faiblesse. Est qu'est-ce qui peut maîtriser la violence, la colère, l'agressivité, si ce n'est la douceur ? ». Hors des états émotionnels de colère et d'agressivité, voir de violence ne sont pas rares chez les résident/es ... La colère et l'agressivité, peuvent être manifestées verbalement par les résident/es, envers d'autres résident/es et même quelquefois, envers les soignant/es. Mise à part, les dérangements dus à l'errance, voire à la déshinhibition d'autres résident/es, d'autres causes résultent d'états confusionnels, ou encore obsessionnels (troubles souvent passagers, en rapport avec des pathologies neurologiques ou des contrariétés psychologiques), ou de perturbations organiques, et d'autrefois encore, d'un stress relationnel (famille et proches), ... Par exemple : « J'en ai marre, marre, marre ! » (colère dominante), ou « Foutez-moi la paix » et « Allez-vous en ! » (colère + agressivité). Dans d'autres cas, ces états émotionnels négatifs sont manifestés physiquement. Par exemple, il n'est pas rare la nuit ou dans la soirée, que certain/es résident/es se déshabillent, arrachent ou émettent leur protection, en projetant vigoureusement les menus morceaux ! En tant que soignant/es, pour gérer ces situations, c'est la douceur dans notre attitude, notre voix, nos gestes, qui essentiellement nous permettent d'apaiser les résident/es.

Note : Il me paraît opportun ici, de souligner l'importance de créer des conditions favorables pour diminuer les troubles du comportement. Certaines de ces conditions peuvent justement être proposées sous forme de l'écoute d'une œuvre musicale appropriée. A ce sujet, je citerais le Dr Lucien Mias, dit « Papidoc », Unité de soins longue durée d'Aussillon (Tarn), « Conception d'activités d'éveil en EHPAD » site internet « gérontologie en institution » :

« Dans le cadre d'un EHPAD – lieu fixe, et malades présentant entre autre des troubles du

comportement - cette communication avec le monde environnant, va utiliser certes le mode verbal, mais aussi et surtout le mode non verbal. Le mode non verbal s'intéresse aux « vibrations » non formulées : il associe l'affectivité, le comportement, les images, le son, la proximité humaine (la voix de la/le chanteur, dans le cadre de ce projet), le toucher. Tous ces langages ressentis activent le système limbique stimulateur des perceptions cérébrales d'une part, mais surtout lieu de mémoire du narcissisme. Or celui-ci permet de retrouver une bonne image de soi (perdu du fait du changement de domicile) condition préalable pour amorcer une vie sociale qui relance la dynamique neuronale du désir de vivre (...) »

D'autre part, André Comte-Sponville dans l'ouvrage précité, écrit aussi ceci, page 246 : « La compassion souffre de la souffrance d'autrui ; la douceur refuse de la produire ou de l'augmenter », faisant donc ressortir ici, la douceur comme antidote de la souffrance compassionnelle. Ainsi, une œuvre musicale incitant à compatir, peut en même temps atténuer l'effet de souffrance : cela permettant de s'intéresser à la souffrance d'autrui, sans trop en souffrir soi-même. C'est donc là un effet précieux pour les résident/es, qui peuvent alors comparer leur propre souffrance, en relation avec leur état et leur situation, et ce, sans rajouter une souffrance supplémentaire. De même, le confort procuré par la douceur, permet aux résident/es d'éventuelles ouvertures philosophiques ; l'auteur précité, page 248 écrit d'ailleurs ceci « La douceur est à l'inverse : c'est accueil, c'est respect, c'est ouverture ». (voir H°)

D°- *Proposer une compagnie humaine sonore (voix humaine) rassurante, et pouvant servir aussi de substrat pour le développement d'une relation empathique.* Par empathie, j'entends ici « la capacité à se mettre à la place d'une autre personne pour comprendre ses sentiments ou à se représenter la représentation mentale d'une autre personne » (C. Boulanger et C. Lançon, in « L'empathie : réflexions sur un concept », Annales médico-psychologiques, 164 (2006). Cette empathie permettant elle-même des processus d'identifications (c'est à dire « être l'autre », et l'autre étant un élément de l'œuvre, tel un personnage) et de projection (attribuer certaines caractéristiques à un élément de l'œuvre) : voir ci-après.

J'insisterais quelque peu ici, sur l'importance de la voix humaine, et donc de celle de l'œuvre voco-musicale choisie). D'après le Dr Geneviève Demoures, article « Paroles de déments, paroles aux déments », publié sur le site « gérontologie en institution » du Dr Mias (alias Papidoc) . Page 5 « Dans la manière de parler avec le malade, *le ton de la voix est important*, : il n'est pas forcément besoin de crier quand on s'adresse à un patient dément ; tous ne sont pas sourds, mais certains peuvent être hypoacousiques (diminution de l'acuité auditive). On s'attachera donc à privilégier l'articulation des mots, alors que le *timbre de la voix doit rester clair* sans être trop fort; *la musique même des mots* est une information qui peut être *perçue comme rassurante* »

E°- *Donner la possibilité d'exercer des processus d'ordre projectifs.* Autrement dit, dans ce cas, attribuer à un élément de l'œuvre (personnage), des caractéristiques ou des interprétations peu acceptables pour le/la résident/e lui/elle-même. Exemple : « *Le pauvre !* » (avec en plus, dans ce cas, une sorte de sublimation vers un sentiment de compassion, voire de pitié). A l'écart du sens psychanalytique traditionnel du terme « projection », on peut envisager aussi un effet projectif positif. Par exemple « *Il a de la chance !* ». Ces procédés relevant de ce que je nommerais, une sorte « d'empathie interprétative ».

F°- *Permettre d'éventuelles identifications psychologiques avec certains éléments du texte musical.* Par identification, entendons ici, une définition du type de celle donnée dans le Dictionnaire Hachette encyclopédique, édition 2002 : « 2. psychanalyse : Processus psychique par lequel un sujet prend pour modèle une autre personne et s'identifie à elle ». Cela supposant des similarités suffisantes entre les situations affectives et/ou cognitives suggérées par l'œuvre musicale et les conditions de vie des intéressé/es.

G°- *Contenir des éléments musicaux tels, qu'ils suggèrent l'idée de mère, en tant qu'entité bienveillante* (rassurante, compréhensive, soignante, douce, ...). J'ai déjà illustré cet aspect, plus haut (observation n° 9, chapitre 1) avec le cas spectaculairement verbalisé de Monsieur Guy C. ...

H°- *Favoriser selon les besoins des résident/es, une méditation philosophique ou spirituelle personnelle.* Ce type d'activité psychologique, est même compris comme un besoin fondamental, tant parmi les « 14 besoins fondamentaux » de Virginia Henderson, bien connus des soignant/es : en particulier dans le n°11 « Agir selon ses valeurs et ses croyances ». Tant dans les besoins hiérarchisés de la traditionnelle « Pyramide de Maslow », dans laquelle le « besoin de se réaliser » (satisfaire entre autre ses besoins spirituels et philosophiques) occupe le sommet. Et chez les personnes très âgées, cette activité de réflexion est favorisée par leur perte de capacités à entreprendre des actions, ainsi que le remarque en ces termes, le psycho-gérontologue Jérôme Pellisier dans son livre « La nuit, tous les vieux sont gris », éditions Bibliophane-Daniel Radford, 2003, page 295 « Ne pouvant se placer sur tous les fronts à la fois, il peut choisir de sacrifier certaines activités – les activités physiques étant les plus dépensières – pour mieux se concentrer sur d'autres, en particulier *l'activité intérieure* ». Pour étayer son propos, ce même auteur cite lui-même page 297, Claude Janin dans « A propos de la psychopathologie du troisième âge. Quelques hypothèses psychodynamiques » : « (...) chez certaines personnes âgées qui ont développé une foi religieuse à tonalité doucement mystique, leur permettant de lire silencieusement les signaux de l'environnement (...) pour confirmer et enrichir *leur* expérience secrète de la vie ».

Si quelques résident/es seulement, manifestent d'une manière très évidente leur affinité religieuse (prières, références verbales explicites, objets religieux très valorisés, ...) , la plupart ont au moins reçu une éducation religieuse (chrétienne), ce que font déduire les nombreuses allusions verbales ou symboliques (statuettes, croix, médailles, ...). Voir des exemples d'expressions verbales, au chapitre précédent, l'observation n° 11 . Cette éducation religieuse, servant de support non seulement à des issues spirituelles, mais aussi à caractère philosophique. Pour exemple récent, parmi d'autres manifestations observées, je relaterais le cas de Mr Robert C., un soir de décembre 2012. Ce soir là, vers 21heure 30, quand ma collègue et moi-même entrâmes dans sa chambre, pour les soins habituels, il était couché, le dossier de lit à demi-relevé, ceci étant la situation normale. Mais il somnolait, les yeux à demi-fermés, avec un visage aux traits légèrement crispés. Il paraissait se donner à quelque méditation. Après que nous l'ayons salué, et avant de commencer le soin, je tentai cette question un peu intrusive : « Vous pensiez à quoi Robert ? », et il me répondit aussitôt, et avec une voix quelque peu chevrotante « Au curé ! ». Puis, il resta pensif au cours du soin, et je lui dis alors « Vous pensez encore, hein ? » et avec la même voix que précédemment, il émit cette réponse révélatrice « A ceux qui sont morts ... ». Ici se mêlèrent donc, des composantes émotionnelles et des réflexions qu'on devine centrées sur la perte de personnes proches et de sa propre mort, le tout avec une imprégnation culturelle d'ordre religieux chrétien.

D'autre part, comme je l'ai exposé au n° 10 du chapitre 2, à travers l'exemple de Me Jeanne-Marie C., il existe d'autres manières d'utiliser la cognition, et dans le cas cité, consiste à transformer une émotion, en problématique philosophique, que l'intéressée, faute de pouvoir argumenter d'une manière suffisamment pertinente, « sublima » en humour. Ce que d'ailleurs, l'expression « faire de l'esprit » pour équivalente qu'elle est à « faire de l'humour », souligne l'aspect sublimé, c'est à dire « spirituel », de l'expression de la pensée.

CHAPITRE 3

CHOIX DE L'OEUVRE

On concevra aisément que les conditions précitées restreignent grandement les choix possibles. Cependant, bon nombre d'oeuvres musicales conviendraient certainement, considérant toutefois, que chacune répondrait avec ses propres spécificités aux critères de sélection précités. Mais ma culture musicale est trop modeste pour établir un quelconque recensement critique. Cependant, deux critères importants, ont orienté mon choix. 1°- Une bonne connaissance de l'oeuvre, afin d'en comprendre, voire prévoir certains effets. Cet aspect sera développé dans le chapitre suivant. 2°- L'affinité du soignant pour cette oeuvre, qui conditionne la conviction de celui-ci, elle-même perçue d'une manière empathique par les résident/es intéressé/es, compte tenu, qu'on peut tenir comme fondamental, le rôle de médiateur du soignant, entre le résident/e et l'oeuvre. En effet, il revient au soignant, de proposer l'oeuvre, de gérer les moments de l'écoute, leur répétitions éventuelles, d'entendre les commentaires, d'installer le matériel d'écoute, ... autant d'aspects techniques, en interaction avec le résident/e, et dont la qualité dépendent de l'entrain du soignant. Et surtout, le/la soignant/e dispose d'une relation de familiarité, de confiance, d'assistance bienveillante, auprès des résident/es, ce qui permet le développement d'une empathie réciproque entre résident/ et soignant/e. Pour exemple : Madame Jeanne-Marie C., une résidente souffrant d'un syndrome de type Alzheimer, un soir de fin décembre 2011, quand ma collègue et moi-même nous l'aidions à se préparer pour le coucher, demanda comme souvent, où était son époux : « Où qu'il est papi ? ». Ma collègue lui répondit qu'il ne pouvait pas venir ce soir. Marie-Jeanne lui rétorqua : « J' te sens pas toi ! », explicitant par le verbe *sentir*, un doute issu d'une relation empathique d'ordre essentiellement émotionnel (« empathie émotionnelle » distinguée par Max Scheler, voir référence du critère D°, au chapitre précédent)

L'oeuvre sélectionnée est « Le Luneux » (1976) du groupe de folk français Malicorne. Ce dernier a été plusieurs fois Disque d'or, notamment pour l'album contenant Le Luneux. Une des originalités du groupe, est le travail de la voix. On peut facilement se procurer l'oeuvre à un prix très modeste, sur le site internet Le Roseau (album Marie de Malicorne), ou sur le site Amazon.fr (chargement mp3), ou même sur les vidéos du site internet « You tube » aux coordonnées suivantes : soit Malicorne Le Luneux, Album : Almanach (1976) de younanar, déposé le 3 novembre 2007, soit Malicorne Le Luneux, Album : Almanach (1976), déposé par Syhl 78, le 28 novembre 2010. Une version récente est également disponible sur le site du Roseau (Malicorne aux Francofolies de la Rochelle, en 2010) : cette version également très intéressante, n'est pas commentée dans ce projet, mais la majorité de l'analyse s'y applique tout à fait.

Dans le chapitre suivant, je présente une analyse de Le Luneux, adaptée à ce projet . Toutefois, quelques commentaires s'imposent dès maintenant.

La spécificité de ce choix (comme d'un autre) impose une question évidente : les résident/es intéressé/es aimeront-ils/elles cette musique ? Afin de soutenir une réponse positive, je suis en mesure d'avancer les arguments suivants. D'une part, comme souligné plus haut, le rôle de médiateur assumé par le soignant, est primordial. Ce dernier disposant d'une certaine connaissance de la biographie des intéressés, de leurs habitudes, et par sa présence humaine (soutien psychologique) et technique (soins appropriés) tant dans les moments habituels que dans les moments de détresse (psychologique et physique), il a pu établir un lien de confiance affirmé, tel que signalé ci-dessus. Cet état des relations, permet *à priori*, de désingulariser la démarche, et d'amplifier la perception de ses possibles qualités bienfaitrices. De plus l'enthousiasme/la conviction du soignant, peut être perçue par l'intéressé/e, d'une manière empathique, et ainsi, contribuer à générer chez ce dernier, une coopération plaisante.

Enfin, il a été démontré « qu'une chanson est capable de stimuler des émotions, même au delà de

nos goûts et de nos connaissances musicales » (Sciences et vie Junior, juin 2011, page 47, dossier «Les pouvoirs de la musique »). Cet aspect est illustré dans l'article, par la présentation d'une étude universitaire : « Ainsi une étude réalisée à l'université de Bourgogne a montré qu'à l'écoute de morceaux de musique contemporaine (qui est complexe, rarement appréciée du grand public), musiciens professionnels et amateurs éprouvent les mêmes impressions générales : tristesse, colère, gaieté, ... »

D'autre part, très brièvement dans ce chapitre, je puis présenter la chanson du Le Luneux, comme un ensemble voco-musical original, évoquant la vie d'un aveugle sans domicile fixe, probablement au 19^{ième} siècle. Si je devais caractériser l'oeuvre en seulement quelques mots clefs, je citerais : nuit, lueur, dépendance, amertume, existence, espoir, autrui, simplicité, aléatoire, vagabondage, abandon, réflexion, introspection, plaisir, compassion, vieillissement, spiritualité, ... Autant d'aspects et d'autres, qui coïncident avec les conditions de vie vespérales de nombreux/ses résident/es, comme je l'ai déjà amplement démontré.

Dans la pochette du disque original intitulé «Almanach », datant de 1976, les auteurs présentent Le Luneux en ces termes « Le texte est probablement une composition lettrée, il a dû être colporté par des vendeurs de chansons au siècle dernier. On l'a retrouvé en Bas- Poitou. Nous y avons adapté la mélodie berrichonne-Amour et mantille »

De plus, Le Luneux a cet avantage de réunir les trois caractéristiques fondamentales suivantes : musique, voix et texte. Trois registres de l'écoute, qui peuvent être perçus avec une certaine prépondérance pour l'un ou pour l'autre, ou au contraire être assimilés pleinement par combinaison de l'un et de l'autre ou des trois en même temps. Cette diversité de l'approche possible, a pour vertu d'offrir une large gamme du mode d'écoute, propre à s'adapter aux besoins spécifiques de chaque résident/es et à un moment donné. Plus précisément, d'après moi, la partie *chantée*, peut être perçue et interprétée par le/la résident/e, selon trois modes. 1-Un *mode sensu stricto*, au cours duquel l'auditeur/trice s'attache en priorité au sens du texte *sensu stricto*. La musique optimisant seulement cet aspect 2- Un *mode analogique-associatif*, par lequel l'interprétation du texte est élargie par la considération des sens figurés des mots, d'analogies, et de libres associations d'idées. La musique modulant opportunément les sens prêtés aux mots. 3 – Un *mode mélodieux dominant*, privilégiant au contraire, la musique au détriment du texte : à l'extrême, les mots n'ont plus de sens définis, ils servent de support aux intonations de la voix (revoir critère D° au chapitre 2). Bien entendu, ces trois modes purs, peuvent varier dans leur intensité, et s'hybrider les uns avec les autres, de manière complexe et variable avec le temps.

On notera aussi, la double offre en qualité de genre. En effet, le texte est interprété *via* la voix d'une femme (Marie Sauvet), tandis que le protagoniste du thème est masculin (Le Luneux). Ceci a de multiples conséquences, et parmi celles-ci, il me semble que l'hypothèse spéculative suivante peut être soutenue : certain/es résident/es (peut-être plus les femmes?) plus disposées à user des émotions et d'une empathie émotionnelle, pourraient plus facilement développer des sentiments de compassion, voire de pitié, vis à vis du Luneux. D'autres résident/es (peut-être plus les hommes?) pourraient avoir une tendance plus prépondérante, à s'identifier au Luneux.

COMMENTAIRES DE LE LUNEUX : APPLICATIONS AU PROJET D'ACCOMPAGNEMENT MUSICAL VESPERAL

« Les lumières s'éteignent, les garçons quittaient la scène, je me trouvais toute seule, assise au beau milieu de cette nuit noire, avec pour étoiles quelques notes de dulcimer, et je chantais le Luneux (...) »

Marie Sauvet, membre du groupe Malicorne. (Site de gabrielyacoub.com à Le Luneux)

Il n'est pas question dans ce chapitre d'exposer des analyses approfondies sur les aspects musicaux, psychologiques, philosophiques, phonologiques ou d'autres approches encore, que l'on pourrait soutenir au sujet de la chanson de Le Luneux. Cependant, je m'attacherais à décrire et commenter un certain nombre d'aspects qui me paraissent fonciers, pour l'objectif à atteindre.

Les interprétations n'émanant que de ma seule personne, par conséquent, elles n'ont aucun caractère exclusif, et au contraire, des critiques constructives et des perspectives d'analyses différentes seraient d'utiles compléments à ce premier essai.

J'ai déjà présenté au chapitre précédent quelques généralités sur Le Luneux, et je ne les reprendrais donc pas ici. Toutefois, elles ne doivent pas être dissociées de l'analyse ci-après qui les explicite ou les complète d'une manière plus développée.

Comme je l'ai déjà signalé au chapitre 3, cette analyse concerne la version initiale de 1976, mais s'applique pour l'essentiel, également à la version de l'été 2010 (aux Francofolies de La Rochelle). Celle dernière, se différencie en particulier, par des sonorités instrumentales encore plus « démultipliées », plus « arrondies », quant à la voix de Marie Sauvet est certainement encore plus « vaporeuse ».

1°- Le titre : Le Luneux :

Le titre est important à considérer, car c'est par lui qu'est annoncée et identifiée l'activité. Il est le mot-clef *conditionnant*, en ce sens que son évocation prédispose l'intéressé/e à se remémorer les vécus émotionnels et cognitifs, qu'il/elle lui aura associés au cours de précédentes écoutes. On considérera ici au rôle de l'habitude, en tant que phénomène psycho-stabilisant (revoir l'observation n° 8 au chapitre 1)

Et pas seulement, car l'analyse sémantique du titre révèle d'intéressantes suggestions dans le cadre de ce projet, à savoir les suivantes.

La sémantique principale dans Le Luneux est détenue par la racine « lune », astre de la nuit par excellence, évoquant une source lumineuse blanche, ronde, paraissant à la fois proche et très lointaine, noyée dans l'immensité de l'espace astronomique, singulièrement isolée, seule dans l'environnement obscur et plutôt silencieux de la nuit. Sa lumière n'est pas agressive, mais apporte une certaine clarté dans la nuit, sombre par définition. Elle atténue la solitude des noctambules. On notera ici, l'effet « pseudo-lunaire » des éclairages des couloirs et des chambres, consistant en effet, pour la plupart, en demi-sphères aplaties, diffusant une lumière blanche, non agressive à la perception... Compte tenu, par ailleurs qu'un certain nombre de résident/es ne désirent pas que l'on ferme complètement la porte de leur chambre, et d'autres qui exigent une lumière allumée dans une pièce proche (salle de bain), bénéficiant ainsi d'une lumière blanche atténuée, durant la nuit. D'autre part, le -eux de Luneux, marque une sorte d'affinité entre le protagoniste de la chanson et l'astre, spécifiant un personnage du clair-obscur, « dans la Lune » c'est à dire rêveur ou pensif, et

aussi, docile comme la lumière modérée de l'astre.

Enfin, on notera la marque singulière de l'article défini *le*, spécifiant qu'il s'agit d'une personne et d'une seule en particulier, comme d'ailleurs la Lune elle-même, aussi singulière. La désignation d'un être, le Luneux, ou d'un objet, la Lune, unique, isolé, singulier ... pour lequel est consacré un égard particulier, incite donc à se concentrer sur lui, à s'y intéresser en tant qu'on peut s'y identifier partiellement (au sens de la psychologie : se considérer comme identique à ...), ou s'y comparer etc. Note : le Luneux dans son sens populaire, a pu être une allusion au blanc des yeux des aveugles, par analogie pertinente avec l'astre blanc de la nuit ...

2° - Introduction musicale :

Il est évident que mes mots, insuffisamment experts, ne sauraient traduire fidèlement les caractéristiques générales de l'introduction musicale instrumentale de *Le Luneux*. Cependant, il demeure tout de même important dans le cadre de ce projet, de tenter quelques approximations descriptives et interprétatives, afin de comprendre les effets perçus possibles, autrement qu'avec la seule intuition, mais sans faire appel toutefois à la physique des productions musicales. En gardant bien à l'esprit, qu'il ne s'agit absolument pas ici, d'une argumentation exclusive, et qui plus est, ne saurait exclure la véracité de toute autre grille de lecture.

Cette première partie de l'oeuvre se compose essentiellement par ce que je qualifierais de soudaines rondeurs sonores, rythmées, solennelles, vibrantes et amorties. Ainsi, elle se confond harmonieusement avec les conditions de l'environnement vespéral, tout en proposant une autre manière, guidée par la musique, de s'apaiser et de se livrer aux activités introspectives du soir. En effet, la première minute consiste tout d'abord, et ce, pendant une quinzaine de secondes, en une suite de sonorités individuelles, bien distinctes, au début soudain, et dont l'intensité vibrante de chacune d'elle, s'atténue progressivement, jusqu'au commencement de l'autre. Si leur naissance est relativement subite, légèrement explosive, cette caractéristique ne comprend néanmoins aucune violence acoustique ; on pourrait comparer cette initialisation du son, avec le moment où le battant d'une cloche percute sa paroi. Et l'amortissement sonore qui fait suite à chacune de ces mêmes émissions individuelles, apaise littéralement la perception auditive ; on pourrait le comparer aux vibrations émises après que le battant d'une cloche ait heurté la paroi.

Un image météorologique, tiendrait dans la chute des gouttes d'une pluie encore hésitante. Ou encore, on pourrait imaginer une « pluie » d'étoiles filantes, lumineuses, qui se déplacent et s'éteignent progressivement. On pourrait penser aussi à des bulles d'une boisson gazeuse ... Enfin, une *image mécanique non vibratoire* de cet effet, pourrait consister à penser à une main qu'on appliquerait de manière soudaine, puis en la faisant glisser, sur une feuille de papier posée sur une table, et qu'on voudrait défroisser.

Pendant les 15 secondes suivantes (environ), le rythme s'accélère, avec quelques variations d'intensité, tandis que les sonorités s'associent en couples, de telle sorte que le premier son moins intense que l'autre, est aussitôt suivi du second qui semble alors amplifié, ce dernier s'atténuant comme précédemment. Il en résulte un effet de profusion sonore, comme une pluie d'eau ou d'étoiles filantes, qui s'intensifierait. Avec quelques intervalles plus silencieux, entre les salves sonores. Cela invite un peu plus, l'intéressé/e, à consacrer son attention à ces manifestations sonores. Puis, à nouveau, le rythme décroît, tandis qu'apparaissent en arrière-plan musical, des sortes de sifflements, légèrement stridents, flirtant avec notre perception auditive des sonorités aiguës, mais sans aucune agressivité (voir note en fin de ce paragraphe). Ceci pouvant avoir pour effet, d'inviter l'auditeur/trice à se séparer de ses investissements émotionnels et cognitifs présents, au profit d'une plus grande disponibilité introspective.

Enfin le rythme s'amenuise de plus en plus, jusqu'à l'extinction complète de la musique instrumentale, vers la fin de la première minute. Ce retour au silence complet, est d'une grande puissance, après cette suite préalable de micro-excitations rythmées. Et ce vide sonore très bref ici, mais semblable à celui qui peut s'installer la nuit, a pour effet d'optimiser l'attention, sur la reprise sonore vocale qui y fait suite.

Au total, dans cette introduction musico-instrumentale, la première phase accapare progressivement l'attention et l'émotion de l'intéressé/e par ses sons essentiellement singuliers, puis cède à une phase d'intensification de l'investissement des propriétés psychologiques précitées, créant une légère excitation psychologique et/ou psychomotrice, avant que ne s'amorce la troisième phase de ralentissement rythmique, aboutissant au silence complet

Cette introduction permet ainsi à l'intéressé/e de substituer les effets de la perception musicale, à ses préoccupations affectivo-cognitives du moment. Les préoccupations réflexives du soir constituent une activité déterminante dans la qualité de celui-ci. Pour illustrer encore cet aspect, parmi bien d'autres indices observés lors de mes fonctions, je citerais le cas très explicite de Me Yvette L., une résidente qui déambule beaucoup, en rapport avec sa maladie d'Alzheimer, qui un soir de décembre 2011, alors que je la guidais pour retrouver sa chambre, m'entretint de ses pensées vespérales en ces termes : « On s'attend pas et ça vous tombe sur la tête ... », révélant l'aspect spontané et pas nécessairement agréable des pensées du soir. Revoir à ce sujet, parmi les observations commentées du chapitre 1, les n° 3 et 6 et 9 et 10 et 11 et le critère H° au chapitre 2.

On conçoit le rôle important du rituel de mise en place de l'accompagnement vespéral, et la fonction « épuratrice » évoquée ci-dessus, de l'introduction musicale. S'agissant bien ici, de détourner la spontanéité pensive du soir, parfois agressive, pour réorganiser les activités cérébrales à travers la chanson de Le Luneux.

Note : On se rappellera ici de deux notions essentielles. Un son est caractérisé entre autre par son *intensité* (symbole I). Celle-ci étant la quantité d'énergie qu'il transmet (à l'oreille dans le cas qui nous intéresse ici) en un temps donné et sur une surface donnée. Elle est exprimée en W / m^2 (= Watts par mètre carré). L'oreille a une faculté de répondre à des variations d'intensité prodigieusement petites, c'est à dire à des intensités variant de mille milliardième (soit 10 puissance moins 12) de W/m^2 à $1 W/m^2$. Pour des raisons pratiques, il est convenu d'exprimer l'intensité reçue par l'oreille, en calculant combien de fois l'intensité reçue est supérieure à la plus petite intensité perceptible (mille milliardième de W/m^2). Et comme le nombre obtenu est évidemment souvent très grand, on utilise le logarithme décimal . Ainsi on obtient la formule

$I = 10 \log (W/m^2 / 10 \text{ puissance } -12)$ et I est alors exprimée en décibels (symbole dB). Un chuchotement émet une intensité d'une dizaine de dB, tandis que l'intensité sonore d'une conversation se situe autour de 50 dB. Au-delà d'environ 120 dB, la perception du son devient douloureuse. (d'après M.Duteil, X.Hoff, G. Maréchal, « Bases physico-chimiques de la biologie paramédicale, édit. Etudes vivantes, 1981)

D'autre part, la *hauteur* d'un son correspond à la fréquence de ses vibrations (1 Hz = 1 hertz = 1 vibration par seconde). L'être humain peut percevoir des hauteurs de son de l'ordre de 20 à 20 .000 Hz. La voix humaine génère des sons d'une hauteur extrême comprise entre 40 hz (les plus graves) et 16000Hz (les plus aigus)

Mais cette capacité diminue avec l'âge du fait de la dégénérescence de certaines cellules spécialisées (cellules sensorielles ciliées de l'organe de Corti), et c'est la zone de réception des sons les plus aigus qui est la plus atteinte avec l'avancée en âge. On parle de presbycousie. Autrement dit, à un âge avancé, par rapport à un âge de jeune adulte, les sons aigus ne sont perçus qu'à une Intensité sonore plus élevée. Par exemple, pour un adulte jeune, une intensité d'une vingtaine de dB suffit pour qu'il perçoive des sons d'une hauteur de 4000 Hz. A 65 ans, pour cette même hauteur, l'intensité devra avoisiner les 30 dB pour que l'intéressé perçoive le son, et à 85 ans il faudra que le son soit émis avec une intensité de plus de 65 dB pour qu'il soit perçu. (d'après un cours de médecine DCEM 2 sur le Vieillessement, faculté de médecine de Strasbourg, 2005/2006). On comprend que les personnes âgées ont parfois un peu de mal à comprendre les intervenantes qui ne parlent pas suffisamment fort ...

Dans le cas qui nous intéresse ici, on comprendra que les sonorités les plus aiguës de la mélodie, seront donc moins bien perçues, pour un niveau d'intensité sonore donné, du fait de l'âge avancé des résident/es.

3° - Le premier couplet

Par sa position initiale, constituant la première salve de langage verbal, de surcroît totalement isolé d'un quelconque accompagnement musical, le texte simple et la voix solennelle de Marie Sauvet, sont donc perçus d'une manière fortement optimisée.

3a- Importance de la voix

J'ai déjà évoqué l'importance de la voix dans la relation avec les résident/es : revoir à ce sujet, les critères C° et D° au chapitre 2. Et avant d'esquisser un commentaire sur la voix de Marie dans Le Luneux, je citerais le Dr Bernard Auriol, psychiatre et spécialiste connaisseur érudit et expérimenté de l'interaction des sons avec les activités psychomotrices et psychologiques.

- Citation A1* : « Les grandes caractéristiques de la voix : son intensité, sa mélodie, son rythme, ses harmoniques, son registre et ses inflexions, peuvent beaucoup nous dire ; non seulement à ce degré conventionnel qu'il ne nous est pas permis de ne point entendre, mais aussi dans ses mystères, ses insinuations, son indicible qui nous parle de ce que nous pouvons vouloir ignorer »

- Citation A2* : « Il (le chant) exhibe la voix non seulement quand ses inflexions soulignent les paroles, mais tout autant, sinon plus, quand ces dernières sont reléguées loin derrière l'enchantement des timbres et de la mélodie (...) »

- Citation A3* : En référence à B. Malinowski (ethno-anthropologue) : « Avant de devenir sens ou même seulement indice et le signal d'une émotion, le son est le témoin d'une présence, il nous fait dresser l'oreille, car nous savons qu'il y a quelqu'un (...) »

(Dr Bernard Auriol, « Les traditions et les symboliques de la voix » in Rapport du XLVIII^{ème} congrès de la Société française de phoniatry, 14-15 octobre 1992.)

Dans le Luneux, la voix de Marie est globalement suave, soit plus explicitement « d'une douceur agréable aux sens » (Dict. Hachette 2002). L'interprétation de la perception sensorielle étant propre à chaque individu, les caractéristiques que je puis donner de cette voix, ne peuvent donc pas être généralisées avec une quelconque certitude, mais il demeure essentiel de tenter une succincte description, afin de jauger ou comparer les effets possibles sur les intéressés. Avec cette réserve, il me convient de qualifier encore, la voix de Marie avec les termes qui suivent. Dans Le Luneux, la voix de Marie apparaît quelque peu vaporeuse, paraissant flotter dans l'atmosphère sonore, subtilement nasale, délicatement mélancolique tout en laissant une impression complexe que je qualifierais de « pureté-neutralité sentimentale », presque mystique, paisiblement « maternante ». Seront-elles celles-là et/ou d'autres impressions qu'entendrons et vivront les intéressés ? Seuls les essais concrets livreront quelques données à ce sujet.

Enfin, les interactions entre la voix et le texte peuvent être complexes, telles que déjà évoquées par les trois modes d'écoute exposés au chapitre 3. Je complétera par ailleurs cet aspect en considérant une hybridation entre le « mode analogique-associatif » et le « mode mélodieux dominant », de laquelle on pourrait rapprocher l'analyse des philosophes Gilles Deleuze et Félix Guattari dans « Kafka, une littérature mineur » à propos de la désagrégation du sens des mots.

Extrait de : Gilles Deleuze et Félix Guattari, « Kafka pour une littérature mineur », éditions de minuit, 1975, page 39. Cet extrait a été lu par Georges Claisse dans l'émission philosophique radio-diffusée (France Culture) animée par Raphaël Enthoven « Les nouveaux chemins de la connaissance », le 31/3/2010, en illustration du thème intitulé « Deleuze et la matière verbale », avec comme invité expert : Arnaud Bouaniche.

Note : Franz Kafka est un écrivain de Prague (1883-1924), dans la région de Bohême en République Tchèque.

« Kafka raconte comment enfant il se répétait une expression du père pour le faire filer sur une ligne de non-sens. Fin de mois, fin de mois. Le nom propre qui n'a pas de sens en lui-même est particulièrement propice à cet exercice. Miléna avec l'accent sur le i, commence par évoquer un

grec ou un romain égaré en Bohême, violenté par les Tchèques, trompé sur la prononciation. Puis par approximation plus fine, il évoque une femme qu'on porte dans ses bras, qu'on arrache au monde ou au feu. L'accent marquant alors la chute toujours possible ou au contraire le saut de joie que vous faites avec votre charge. Il me semble qu'il y a une certaine différence, même toute relative et nuancée entre les deux évocations du nom Miléna. L'un se rattache encore à une scène extensive et figurée du type fantasme. La seconde est beaucoup intensive déjà, marquant une chute ou un saut comme un seuil d'intensité compris dans le nom lui-même. En effet voilà ce qui se passe quand le sens est activement neutralisé. Comme le dit Wengbach, le mot règne en maître, et donne directement naissance à l'image. Mais comment définir ce procédé ? Du sens subsiste seulement de quoi diriger les lignes de fuite, il n'y a plus désignation de quelque chose d'après un sens propre, ni assignation de métaphore d'après un sens figuré. Mais la chose comme les images, ne forme plus qu'une séquence d'états intensifs, une échelle ou un circuit d'intensité pure, qu'on peut parcourir dans un sens ou dans l'autre, de haut en bas, de bas en haut. L'image est ce parcours même, elle est devenue devenir. »

3b- Quelques commentaires au sujet du premier couplet.

Texte du premier couplet :

*Je suis aveugle on me plaint
Et moi je plains tout le monde
Mes deux yeux ne sont plus pleins
Car ils ont perdus leur bombe(*)
Dans un malheur comme le mien
Tu t'en, tu t'en, tu t'en moques
La chandelle ne vaut rien*

(*) « bombe » est à comprendre ici, comme la courbure convexe de l'oeil, qui celui-ci, évidé de son liquide (humeur aqueuse) ne peut plus générer une forme arrondie par turgescence

- *A propos du Je de « Je suis aveugle ».* Si on a bien en tête qu'une des principales problématiques générée par le grand âge, c'est que le déclin des capacités physiques et mentales, conduit à une diminution des interactions entre l'intéressé/e et son environnement (notamment social). Cela pouvant conduire à une « déprise », une « dépréciation de soi », une « perte de l'estime de soi », pour citer des termes souvent employés à ce sujet. Aussi les personnes très âgées manifestent fréquemment des syndromes dépressifs (comme l'atteste la non moins fréquente prescription d'antidépresseurs chez les résident/es). Revoir l'observation n°11 au chapitre 1. Et comme l'explique, entre autre le Pr Jean- Louis Ploton (gérontologie, Université Lyon 2), il faut « renarcissiser » les personnes âgées dont le moi psychologique est trop affaibli (J. L. Ploton, « Maladie d'Alzheimer, à l'écoute d'un langage », édit. Chroniques sociales, 2004). Considérant ces faits, il est donc légitime de prêter une attention particulière au premier mot de la chanson, celui prononcé en premier par la chanteuse : « Je ». D'emblée, il explicite une présence humaine, déjà perceptible dans l'introduction musicale (revoir B.Malinowski au A3 ci-dessus). Et ce *Je* correspond à celui qui se raconte, tel qu'un écrivain le réalise dans ses œuvres. Mais si ce *Je* appartient à l'aveugle, il est « fait » pour appartenir aussi à l'auditeur, en ce sens que celui-ci peut retrouver dans lui, tant de similarités ou d'analogies ou d'idéalisme, qu'il désire s'y identifier . Victor Hugo, dans la préface des Contemplations, cherchant justement à expliquer l'usage du *je* et du *moi* dans son œuvre, a écrit ceci « (...) Nul de nous a l'honneur d'avoir une vie qui soit à lui. Ma vie est la vôtre, votre vie est la mienne. Vous vivez ce que je vis. La destinée est une. (...) . Quand je vous parle de moi, je parle de vous » (cité dans l'émission de philosophie « Les nouveaux chemins de la connaissance », sur la radio France culture, le 22 /12/2011).

Dans la suite du couplet, un renforcement de l'existence du *je*, en tant que personne singulière, en

tant qu'individu, se manifeste par le *me*, le *moi*, un autre *je*, puis *mes*, *mien*. Noter en outre, la formule insistante « *moi je* » dans la seconde phrase. Cela invite donc à considérer le personnage du texte, d'une manière exclusive, en synergie par ailleurs, avec la voix solennelle de Marie, non accompagnée de musique. Le tout créant une grande intimité entre l'aveugle et l'auditeur, ce dernier pouvant alors facilement s'identifier avec l'aveugle.

Cette existence de l'individu, c'est à dire un être humain unique, singulier, est en outre, re-confirmée dès le deuxième mot, par le verbe *être* conjugué au présent (suis). C'est le « je suis » du célèbre « Je pense donc je suis » du philosophe René Descartes, car être c'est exister.

Ainsi, l'auditeur/trice, peut soit s'identifier à l'aveugle et alors se fusionner littéralement à lui, « faire comme si » il était lui-même le personnage, comme on peut s'identifier à un personnage lors d'une séance au cinéma, ou alors le considérer comme un individu bien distinct, et dans ce cas il obtient la présence d'un compagnon, rompant la solitude. Entre ces deux états extrêmes, tous les intermédiaires sont possibles, par identification partielle. Ici interviennent donc, les phénomènes neuro-psychologiques de l'empathie, avec la mise en jeu des « neurones miroirs ». Revoir aussi, le critère D°, au chapitre 2 et l'observation n° 12 au chapitre 1.

- *A propos du troisième mot* : « *aveugle* ». Dans son sens propre, ce mot évoque une tragédie : la perte de la vue, avec toutes les conséquences que cela entraîne. Mais il serait bien réducteur de postuler que ce terme, dans le contexte dans lequel il est employé ici (la chanson du Luneux + l'écoute par un/e résident/e de l'EHPAD + le soir), ne laisse à penser que cette unique information. Considérons tout d'abord, les sens figurés et les associations analogiques que peut engendrer ce mot. Dans le Dictionnaire Robert de poche, édit. 1995, on trouve entre autre ces définitions « Dont le jugement est incapable de rien discerner. Ex : Une confiance aveugle », ou « Qui ne laisse pas passer le jour , ou encore « En aveugle » c'est à dire sans discernement, et dans le même ordre d'idée « à l'aveuglette » et « aveuglement » (sans réflexion). Dans un autre dictionnaire (Hachette encyclopédique, 2002), on trouve aussi « Pièce aveugle », c'est à dire une pièce sans fenêtres, « une loi, une obéissance, une soumission aveugle » autrement dit « qui ne souffre pas l'examen, la discussion, en parlant de sentiments », etc. On comprend que le mot aveugle, y compris dans son sens strict, est d'une manière générale, associé à un *manque* de quelque chose.

Dans ce seul registre de significations, on peut déjà remarquer que dans le cas d'un/e résident/e, le terme *aveugle* peut lui évoquer ses propres handicaps ou le déclin de ses facultés physiques, notamment la vue, mais peut aussi lui rappeler les conditions d'obscurité vespérale, ou encore lui faire penser que les autres (famille, résident/es, soignant/es, ...) ne s'intéressent pas ou du moins pas assez, à lui/elle, ou ne le/la « voient » pas tel qu'il/elle est vraiment avec ses souffrances ... Sur cette dernière option, on peut penser en tant que soignant/e, à ce poème d'une exquisite vérité, bien connu des milieux gériatriques, où souvent il est affiché sur quelque mûr : « La vieille femme grincheuse », un poème laissé par une vieille dame, dans le service de gériatrie du centre hospitalier de Dieppe. (voir annexe 1). Les premières lignes commencent ainsi : « Que vois-tu, toi qui me soignes, que vois-tu? Quand tu me regardes, que vois-tu ? » et qui se termine par « Ouvre les yeux, toi qui me soignes et me regarde ...Regarde mieux, et tu me verras ! ». Peut-être, est-ce à des pensées de cet ordre, que l'audition du mot *aveugle*, donnera à penser au résident/e à l'écoute ...

Enfin le mot *aveugle* dans la chanson, apparaît à l'audition, comme minimisé en tant que mot isolé, du fait d'une liaison avec le mot suivant. Ainsi la chanteuse ne marque pas la fin du mot, mais le lie avec le suivant de manière à ce qu'on entende principalement « Je suis aveugl'on me plaint ... ». Le mot *aveugle* appartient donc au bloc de mots de la phrase, il est comme dilué phonétiquement. Ceci le désingularise partiellement, et amenuise donc l'attention que l'auditeur/trice accorde à la ou les, significations de ce terme.

- *La pluralité des présences humaines* est manifestée dans ce couplet par les mots suivants, successivement : *Je + on + me + moi je + monde + mien + tu* . On obtient donc, au moins trois présences humaines fictives : l'aveugle (je, moi, me), celui à qui s'adresse l'aveugle (tu) et qui n'est pas nécessairement l'auditeur/trice, et autrui au sens large (on, monde). Il s'y ajoute la voix même

de Marie, témoignage d'une autre forme de présence humaine. Chacun de ces éléments renvoyant à des concepts ou des images de personnes, cela peut donc avoir pour effet, de rompre l'isolement psychologique du résident/e. Cela doit pouvoir être comparé aux phénomènes imaginatifs qui se produisent lorsqu'on lit une œuvre littéraire ou qu'on écoute la radio.

-Importance de la première phrase : « Je suis aveugle on me plaint Et moi je plains tout le monde ». Elle a une importance particulière, parce qu'elle est la première phrase, et comme un titre, elle résume le propos de l'oeuvre. En l'occurrence ici, malgré une infirmité majeure, le protagoniste de la chanson n'affiche pas de souffrance, au contraire, il laisse entendre que sa qualité de vie est même meilleure que celle des personnes ordinaires. Il déclare donc que son handicap est un avantage, car il a réussi à dépasser l'inconfort de l'infirmité, et l'a même sublimée en un bien être. C'est ce qu'il entreprend de montrer en décrivant sa vie dans la suite du texte chanté. Si cet aboutissement n'est certes inhérent qu'à la chanson, il incite cependant, à la réflexion philosophique. Ainsi, lors d'une correspondance préliminaire, Marie Sauvet elle-même, m'a fait savoir en ces termes : « Je sais que cette chanson ne laisse pas indifférent (...) ». Et est-il utile de rappeler ici, ce pourquoi des personnes âgées sont amenées à devenir des résidentes d'un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes ? La plus grande de leur préoccupation n'est-elle pas leur perte de capacités ? Ne disposent-elles pas, en particulier le soir, de longs moments seules avec elles-mêmes, parfois vides d'activités pensantes, mais plus souvent dans des états pseudo-oniriques, et d'autres fois, investies dans des pensées divagantes ? Alors la philosophie ne leur serait-elle pas d'un certain secours ? Mais encore, faut-il leur proposer des moyens de « philosopher », à savoir un confort psychologique de base permettant une pensée sereine, et un thème de réflexion en adéquation avec les effets recherchés. Alors, elle prend tout son sens auprès des résident/es, cette manière de penser telle que l'a défini le philosophe contemporain Gaston Berger : « Toute philosophie est (...) la recherche des chemins que l'homme doit suivre pour passer de l'angoisse et de la servitude à la béatitude et à la liberté » (G. Berger, *in* « Philosophie de l'éducation »). N'est-ce pas cette démarche qu'à par exemple réalisée à sa manière, Madame Marie-Jeanne C., un soir (revoir l'observation n° 10 au chapitre 1), en finissant par se qualifier elle-même de « philosophe » ?

Je citerais encore un exemple, celui de Monsieur Robert C. un soir de fin décembre 2011, lorsque je fis la petite expérience suivante. Sans allumer la lumière de sa chambre, par le seul éclairage indirect provenant du couloir, l'ambiance visuelle était crépusculaire. Je me suis approché de Robert, le saluant d'une manière conventionnelle, puis je lui ai proposé de regarder ma main gauche, ouverte, la paume à une vingtaine de centimètres de son visage. Je lui ai demandé alors « vous voyez bien ma main ? ». Ce à quoi, il m'a répondu « Je ne vois pas grand-chose ! ». En effet, à l'obscurité, devaient s'ajouter la fatigue oculaire de la fin de la journée, et certainement des performances visuelles amenuisées par son grand âge. Je lui soumis alors cette interrogation « philosophique » : « Est-ce qu'on peut être tout de même heureux, même si on voit rien ? ». Sans hésiter le moindre instant, il me répond : « Oh oui ! » puis après une durée de deux ou trois secondes, avec une intonation exclamative, il ajoute : « Je me demande ! ». Je n'ai pas pu poursuivre ce dialogue, car ma collègue n'ayant pas connaissance de mon expérience, est intervenue... La première réponse positive, devait probablement résulter de son impression de béatitude, avant même que je ne le sollicite, car dans cette ambiance vespérale, quand couché confortablement dans son lit, ses activités cérébrales devaient être sereines voire plaisantes (revoir l'observation n° 7 au chapitre 1, concernant le même résident). A l'instar de l'aveugle de la chanson Le Luneux, il devait avoir littéralement sublimé le déclin visuel vespéral, souvent inquiétant pour les résident/es, en un moment de méditation ou de divagation semi-onirique tout à fait agréable. Sa deuxième réponse, par cette position, et son petit délai d'émission, témoigne d'une ébauche de réflexion, mais une réflexion intimement liée au fait qu'en lui faisant réaliser cette petite expérience, j'ai créé une rupture dans ses sensations initiales de bien être.

Dans ces moments du soir, lorsque maintes fois, tant de résident/es cherchent à résoudre leurs inquiétudes, par les seuls moyens de leurs activités cérébrales, la chanson Le Luneux, n'offre-t-elle pas un ensemble de conditions propices à une méditation philosophique positive, par le trio

approprié : texte - voie de Marie - musique instrumentale ?

Enfin, dans la chanson de Le Luneux, parmi les conditions favorables à une méditation sereine, noter les agencements judicieux des intonations de la voix de Marie, et en particulier les inflexions de fin de phrase, associées à une décomposition syllabique, à l'effet prolongateur amorti. Cet effet est manifeste dès la fin de la première phrase : « et moi je plains tout le *mon...on...de...* ». A la douceur sereine de la voix, s'ajoute donc une démultiplication harmonieuse des propriétés phonologiques du dernier mot de la phrase, créant par la conjonction de ces deux phénomènes, une douce et insistante suggestion à la réflexion.

- « *Tu t'en tu t'en tu t'en moques ...* », cette portion du texte mérite elle aussi une considération particulière. On notera tout d'abord que le *tu* a au moins les propriétés suivantes. Ce tutoiement assigne une proximité relationnelle, créant une sorte de familiarité entre l'aveugle et la personne à qui il s'adresse (pas nécessairement le/la résident/e, comme je vais l'évoquer ci-après). Cela engage d'une manière encore plus affirmée l'intimité affective des interlocuteurs. D'autre part, ici aussi, on peut concevoir deux options perceptives. Soit le/la résident/e est l'interlocuteur/trice de l'aveugle, et le *tu* lui est adressé, soit le/la résident/e s'identifie à l'aveugle, et le *tu* peut alors désigner quelqu'un de proche (membre de la famille, soignant/e, etc.).

On notera également l'optimisation de la culpabilisation de l'autre, *via* une amplification par répétition, sous forme de « *Tu t'en tu - t'en tu - t'en ...* ». Au cas où le/la résident/e s'identifie à l'aveugle, alors cela permet une décharge émotionnelle, en libérant une frustration latente liée à l'indifférence de l'autre. Dans la vie courante, on dit parfois tout à fait explicitement « Je lui ai dit ses quatre vérités et çà m'a soulagé/e ! » ou « Il fallait que je lui dise ! » et autres expressions ... On pourra penser à nouveau au poème de « La vieille dame grincheuse » (annexe 1), dans lequel l'auteure exploite magnifiquement ce phénomène, usant d'ailleurs elle-aussi du tutoiement, notamment dans la dernière phrase « Ouvre les yeux, toi qui me soignes et regarde...*Regarde mieux, tu me verras !* » Car l'essentiel du poème est consacré à une description biographique, que les soignant/es sont supposé/es ignorer volontairement : Ils/elles s'en moquent...

Et dans le cas où le/la résident/e ne s'identifie pas à l'aveugle, les propos de celui-ci, n'explicitent pas moins des analogies entre les conditions de vie de l'aveugle et le/la résident/e. La chanson de l'aveugle devenant ainsi comme une sorte d'actrice qui imiterait en partie les contraintes subies par le/la résident, et les expliciterait par voie sonore. L'aveugle devenant alors une sorte de « porte parole » du résident/e.

- « *Dans un malheur comme le mien* » et « *La chandelle ne vaut rien* » : je voudrais souligner très brièvement dans ces fragments du texte, d'une part la portée générale de « malheur *comme* le mien », se prêtant à l'analogie par le « *comme* », ce qui facilite le sentiment d'un état de santé commun *quelque soit la nature du handicap*, amplifiant de la sorte, la proximité relationnelle, la complicité entre l'aveugle et le/la résident/e. Quant à « *La chandelle ne vaut rien* », cette phrase souligne l'irréversibilité de l'infirmité, « çà ne se soigne pas », invitant à adopter une « philosophie de vie » adaptée à cette situation, que l'aveugle décrit dans la suite de la chanson. En quelque sorte, l'aveugle fait comprendre, que l'antidote du handicap, n'est pas une vaine tentative de le soigner, car l'impossibilité, conduirait au désespoir (voir le cas de Mr Robert S., à l'observation n° 11, au chapitre 1).

4°- Concernant les trois couplets suivants

*Je me lève dès le matin
Je m'en vais d' village en village
L'un me donne un bout de pain
L'autre un morceau de fromage
Et quelquefois par hasard
Tu t'en tu t'en tu t'en moques*

Un petit morceau de lard

*Je me moque du mercier
Et de toutes ses cassettes
Je n'use point de papier
Encore moins de lunettes
J'ai pour peigne mes dix doigts
Tu t'en tu t'en tu t'en moques
Mes deux manches pour mouchoir*

*J'ai mon chien et mon bâton
Mes deux compagnons fidèles
L'un me mène à tâtons
L'autre au bout d'une ficelle
N'aimeriez vous pas bien mieux
Tu t'en tu t'en tu t'en moques
Ces deux guides que deux yeux*

Je ne commenterai pas en détail ces couplets, bâtis et chantés tous avec les mêmes règles, et accompagnés par la musique instrumentale, composée de sonorités similaires à celles de l'introduction. Néanmoins, cette partie à dominante descriptive, est riche de suggestions philosophiques diverses, et par son vocabulaire, elle peut susciter chez l'auditeur/trice toutes sortes d'évocations. Je me contenterai d'exposer les remarques suivantes.

- Dans le second couplet « Je me lève dès le matin ... », ce sont les thèmes du vagabondage et l'opportunité d'un heureux hasard qui sont présentés. On ne manquera pas de mettre cette situation de la vie de l'aveugle du Le Luneux, avec les déambulations de nombreux/ses résident/es, en particulier le soir, allant d'un endroit à un autre, faisant la rencontre de temps à autre, d'un/e autre résident/e, ou d'un employé de l'EHPAD, qui lui accordera quelque bienveillance. Soit d'échanger quelques mots, de l'accompagner un peu dans ses déplacements hasardeux, le/la guider vers la salle à manger ou sa chambre, lui offrir un goûter ou à boire, etc. (Revoir notamment l'observation n° 6 au chapitre 1). Encore une fois, l'identification ou la vision analogique avec l'aveugle est donc possible pour le/la résidente.

- Dans le troisième couplet « Je me moque du mercier ... », c'est le détachement des valeurs socio-culturelles conventionnelles de l'être et du paraître, qui est explicitement exposé. Cette simplification des mœurs, doit être entendue comme une forme de liberté, d'indépendance. N'est-ce pas là une manière d'obtenir une conception sublimée positivement, des limitations créées par un handicap majeur ? Parallèlement, on constate que maint/es résident/es, du fait du ralentissement de leurs capacités à interagir avec leur environnement, du fait du labeur qu'ils éprouvent à effectuer « les gestes de la vie quotidienne », du fait de l'effondrement de leur rôle socio-familial, du fait de leurs pathologies et de la proximité croissante de leur mort, ... sans l'intervention des soignant/es, elles/ils tendent spontanément à s'accommoder de conditions d'hygiène, d'esthétique, qui peuvent paraître précaire voire inacceptables. Ici aussi les processus d'identification et d'analogie avec l'aveugle de Le Luneux, peuvent constituer un refuge réconfortant réfléchi, pour les auditeurs/trices. Tout particulièrement, pour les résident/es qui parfois culpabilisent de ce lâcher prise socio-culturel, mais qui en même temps apprécient ce confort de ne pas avoir à faire eux-mêmes ou de subir un soin conventionnel. Cela est parfois traduit verbalement par certain/es résident/es par des expressions comme « J'ai honte ! » ou « Je suis fainéante hein ? » pour s'excuser de s'accommoder de leur état, auprès des soignant/es.

- Enfin dans le quatrième couplet « J'ai mon chien et mon bâton ... », c'est la notion d'objets

substitutifs qui est ventée, avec leur vertu suprême d'être des « compagnons fidèles ». Dans cette chanson de Le Luneux, leurs bienfaits sont considérés avec une telle envergure, qu'il est osé demander à l'auditeur/trice, s'il ne souhaiterait pas devenir aveugle pour bénéficier de ces « deux guides » ! Si on peut comprendre cela comme tenant d'une certaine ironie, il me semble pourtant que compte tenu de l'ensemble des interprétations déjà exposées, il s'agit plutôt ici d'une tentative de faire expérimenter les conditions de vie de l'aveugle, par un processus empathique, suscité par cette question en apparence subversive. Du point de vue des résident/es, on peut penser qu'ils/elles peuvent y investir de l'empathie, pourvoyeuse de compassion par exemple. A ce sujet, revoir l'observation n° 12 au chapitre 1.

D'autre part, le chien et le bâton peuvent être interprétés analogiquement aux « Objets substitutifs par défaut » définis à l'observation n° 5 du chapitre 1. Eux aussi, sont des « compagnons fidèles » et permettent aux résident/es un certain confort et une certaine liberté d'agir. D'une manière très concrète et peu étendue, on peut comparer le chien de l'aveugle aux peluches et personnages en tissu si chers à certaines résidentes, tandis que le bâton peut représenter une canne ou un déambulateur, des objets si communs en EHPAD ...

- On notera dans le texte complet, la multiplicité des allusions à des personnes. A celles du premier couplet : *je et moi, tu, on et monde*, s'ajoutent celles du deuxième couplet (*l'un et l'autre*) puis du troisième couplet (*le mercier*), et aussi celles du quatrième par personnification partielle du *chien* et du bâton (« ces deux guides »), et enfin celles du dernier couplet, avec la *Vierge Marie*, le *Bondieu*, et le *fiils*. Autant de personnes potentielles pouvant créer des présences imaginaires ou semi-oniriques, et ainsi rompre la solitude du résident/e.

5 - Le dernier couplet

*Si jamais me v'nait un fiils
Dans cette agréable vie
Je prierais bien le Bondieu
Aussi la vierge Marie-Jeanne
Qu'ils lui crèvent les deux yeux
Tu t'en tu t'en tu t'en moques
Pour en faire un vieux Luneux*

- On aura noté le degré extrême de la conception philosophique de l'aveugle, pour laquelle cependant, je m'attacherais ci-après, à démontrer le caractère absolument docile, dépourvu de cruauté, relevant d'une sublimation de la pensée. Mais en pratique, il peut s'avérer judicieux, de l'exclure de l'écoute, concernant certains/es résident/es ayant accepté cet accompagnement musical. On ôterait ainsi l'allusion religieuse, et l'issue trop intensément philosophique.

- Au cas où le choix est de conserver l'écoute de ce couplet, cela appelle au moins les commentaires suivants. 1- On constate (dialogues biographiques, allusions verbales, symboles religieux, rituels de prières, ...) que la plupart des résident/es ont reçu une éducation religieuse chrétienne, et certain/s y sont même encore fort attaché. Cela ne doit pas étonner, compte tenu des générations auxquelles ils/elles appartiennent, généralement plus pieuses qu'actuellement. Aussi, les allusions à la « Vierge Marie » et au « Bondieu » ne sont *à priori* pas délétères dans la pensée de ces résident/es. (Revoir l'observation n° 11 au chapitre 1, et le critère H° au chapitre 2).

2- L'expression « qu'ils lui crèvent les deux yeux » pourrait paraître cruelle ou agressive à la lecture simple du texte, hors de son contexte musico-vocal. Mais en fait, on peut concevoir aisément l'existence de deux niveaux d'interprétation de *l'écoute*, beaucoup plus subtils, et dépourvus de cruauté. D'une part, l'expression citée peut tout à fait être entendue comme « qu'ils le rendent aveugle », ce qui ôte l'effet péjoratif de nos jours (le texte date probablement du XIX ième siècle) du mot « crever ». Ce terme dans la chanson, ayant simplement pour fonction d'imager le fait que

les yeux de l'aveugle ont « perdu leur bombe », c'est à dire le liquide interne qui les rend globuleux. D'autre part, la référence religieuse « Je prierai bien le Bondieu, Aussi la Vierge Marie », discrédite toute forme d'agressivité, puisque ces personnages sacrés sont bienveillants par définition. Enfin, la musique et la voix de Marie, d'une douceur déjà qualifiée précédemment, confirment totalement, cette réalité de *non violence* dans cette partie ultime du texte. S'ajoute encore à cela, le fait que l'aveugle souhaite que son fils devienne un « *vieux* luneux » : ceci laisse donc entendre en priorité, qu'il *ne souhaite pas* que son fils soit aveugle *avant* d'être vieux. Ces quatre caractéristiques identifient le premier niveau d'interactions entre l'écouteur/trice et la chanson. Un deuxième niveau d'interprétation, résulte du fait qu'au final, la vie de l'aveugle est si agréable (« *dans cette agréable vie* »), qu'il ne peut que souhaiter une vie similaire à son fils, quand ce dernier serait vieux. Mais au delà de la simple présentation de cette qualité de vie ressentie comme agréable, l'aveugle repose la question éminemment philosophique du *pourquoi* cette vie est agréable. Une question qu'il posait dès la première phrase du premier couplet « Je suis aveugle on me plaint, *Et moi je plains tout le monde* », puis délivrant des indices tout au long du texte de la chanson, et achevant sa démonstration interrogative, par une pensée sublimée, quasi-spirituelle, consistant à souhaiter que son fils, s'il devait en avoir un, devienne lui aussi, un « vieux luneux ».

6°- La fin instrumentale

Bâtie sur le même modèle que l'introduction, avec des rythmes comparables, elle prolonge quelque peu le mélodieux et méditatif accompagnement musical, avant de s'éteindre progressivement et en douceur. Le résident/e n'est ainsi pas « sevré » brutalement de la voix de Marie Sauvet. Elle/il est préparé/e à poursuivre une méditation tranquille, ou à s'enfoncer dans une première phase de sommeil.

ANNEXE : POEME DE « LA VIEILLE FEMME GRINCHEUSE »

Que vois-tu, toi qui me soignes, que vois-tu ?
Quand tu me regardes, que vois-tu ?

Une vieille femme grincheuse, un peu folle, le regard perdu, qui n'y est plus tout à fait,
Qui bave quand elle mange et qui ne répond jamais,
Qui quand tu dis d'une voix forte « essayez »,
Semble ne prêter aucune attention à ce que tu fais,
Et ne cesse de perdre ses chaussures et ses bas,
Qui, docile ou non, te laisse faire à ta guise
Le bain et les repas pour occuper la longue journée grise.
C'est çà que tu penses, c'est çà que tu vois ?
Alors, ouvre les yeux, ce n'est pas moi.

Je vais te dire qui je suis, assise là tranquille,
Me déplaçant à ton ordre, mangeant quand tu veux :
Je suis la dernière de dix, avec un père et une mère,
Des frères et des sœurs qui s'aiment entre eux.
Une jeune fille de seize ans, des ailes aux pieds,
Rêvant que bientôt elle rencontrera un fiancé.
Mariée, déjà vingt ans.
Mon cœur bondit de joie au souvenir des vœux que j'ai fait ce jour là.

J'ai vingt-cinq ans maintenant et un enfant est à moi
Qui a besoin de moi pour lui construire une maison.
Une femme de trente ans, mon enfant grandit vite,
Nous sommes liés l'un à l'autre par des liens qui dureront.
Quarante ans bientôt, il ne sera plus là.
Mais mon homme est à mes côtés qui veille sur moi.

Cinquante ans, à nouveau jouent autour de moi les bébés,
Nous revoilà avec des enfants mon bien aimé et moi,
Arrivent les jours noirs, mon mari meurt.
Je regarde vers le futur en frémissant de peur,
Car mes enfants sont tous occupés à élever les leurs,
Et je pense aux années et à l'amour que j'ai connus.

Je suis vieille maintenant, et la nature est cruelle,
Qui s'amuse à faire passer la vieillesse pour folle,
Mon corps s'en va, la grâce et la force m'abandonnent,
Et il y a maintenant une pierre, là où jadis j'eus un cœur.
Mais dans cette vieille carcasse, la jeune fille demeure,
Dont le vieux cœur se gonfle sans relâche.
Je me souviens des joies, je me souviens des peines.
Et à nouveau je sens ma vie et j'aime.
Je repense aux années trop courtes et trop vite passées,
Et accepte cette réalité implacable que rien ne peut durer.
Ouvre les yeux, toi qui me soigne et me regarde ...
Regarde mieux, tu me verras !

