



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU de Rennes.
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'initiation à la recherche en Soins Infirmiers

“ L'intérêt de la musicothérapie au cœur de la relation soignant-soigné dans une situation de vulnérabilité de la personne soignée”.



Formateur référent mémoire :

Mme [MANCHERON Pascale](#)

Mlle DAL RONCO Lucie

Etudiante infirmière

Promotion 2019/2022



PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

**DIRECTION RÉGIONALE
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE**
Pôle formation-certification-métier

Diplôme d'Etat de Mlle DAL RONCO Lucie

Travaux de fin d'études :

Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 : « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

“L'intérêt de la musicothérapie au cœur de la relation soignant-soigné dans une situation de vulnérabilité de la personne soignée”

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat Infirmier est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.

Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.

Le 02/05/2022

Identité et signature de l'étudiant : DAL RONCO Lucie

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.

Art. 1^{er} : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.

Remerciements.

Je tiens tout d'abord à remercier l'ensemble de l'équipe du PFPS pour l'accompagnement dont j'ai pu bénéficier tout au long de ces trois années de formation.

Je tiens à remercier mon fils, Mattéo, pour toute l'énergie qu'il a pu me donner pour arriver au bout de ces trois années de formation. Également merci pour la fierté qu'il porte à l'égard de ma future profession.

Merci, à mes parents, mes plus grands piliers, sans qui rien de tout cela n'aurait été possible. Merci de m'avoir donné autant d'énergie, merci....

Merci à mon grand frère, Aurélien, et ma petite sœur, Eva, pour leur faculté à me donner le sourire et l'envie d'y arriver !

Je tiens à remercier, Anaïs, ma meilleure amie, merci de n'avoir jamais douté de moi, et d'avoir trouvé les bons mots pour me booster.

Je tiens également à remercier toutes mes amies présentes dans les épreuves qui ont accompagnées ces années d'études. Merci pour ces nombreux fous rires, merci pour votre joie de vivre, merci pour vos mots réconfortants, merci à vous pour TOUT ! Chacha, Jennifer, Stef, Cinthya, Lou, Lison, et toutes les autres...

Merci à Clem et Nathan avec qui j'ai passé cette année riche à vos côtés en tant que représentante des étudiants de 3^{ème} année.

Enfin, je tiens à remercier Mme MANCHERON, pour son accompagnement bienveillant, et son oreille attentive tout au long de cette année de recherche et de rédaction.

« La musique est la langue des émotions »

Emmanuel Kant

Sommaire.

Partie I : Introduction.	3
1.1. Accroche.	3
1.2. Intérêts personnels et professionnels pour le sujet.	3
1.3. Situation d'appel.	4
1.4. Questionnements.	6
1.5. Question de départ.	6
1.6. Annonce du plan.	6
Partie II : Cadre théorique.	7
2.1. Au cœur du métier infirmier : le prendre soin.	7
2.1.1. Prendre soin, un concept évolutif.	7
2.1.2. La sollicitude, une notion oubliée.	8
2.2. Personne âgée, personne vulnérable ?	10
2.2.1. Vous avez dit vulnérable ?	10
2.2.2. L'institution et sa législation.	11
2.2.3. Un besoin particulier : focus sur l'attachement.	12
2.2.4. Deuils de la personne en institution.	13
2.3. De la musique à la musicothérapie.	14
2.3.1. Accordons-nous, sur quelques définitions.	14
2.3.2. Émergence de la musique.	15
2.3.3. Retentissement de la musique sur le cerveau.	15
2.3.4. La puissance des vibrations.	16
2.3.5. La thérapie par la musique.	16
Partie III : Entretiens.	18
3.1. Dispositif méthodologique.	18
3.2. Analyse des entretiens.	19
3.2.1. Définir le prendre soin.	20
3.2.2. Caractériser le prendre soin.	20
3.2.3. Caractériser l'entrée en institution.	21
3.2.4. Qualifier la vulnérabilité et la transposer dans une relation de soins.	22
3.2.5. Les bienfaits de l'utilisation de la musique.	23
Partie IV : Discussion.	25

4.1. L'entrée en institution, une étape charnière !	25
4.2. Utilisation de la musique, une thérapie ?	26
4.3. Les émotions du soignant face à l'émoi du patient.	29
4.4. Nouveau regard sur la situation de départ.	30
4.5. De la question de départ à la question de recherche...	31
Partie V : Conclusion.	32
BIBLIOGRAPHIE	34

Annexes.

Partie I : Introduction.

1.1. Accroche.

Source de souvenirs tant joyeux que tristes, la musique m'a bercée depuis ma plus tendre enfance. Aussi loin que mes souvenirs remontent, je me rappelle les instants de partage avec ma famille autour de la musique.

C'était un jour de fête, un jour de bonheur : l'arrivée dans une nouvelle année. Mais pas n'importe quelle année : l'an 2000. Nous étions tous vêtus de notre plus belle tenue, haute en couleur et en paillettes. Ce soir-là nous avons modifié la configuration du salon, poussé les meubles, afin de danser tous ensemble. Au rythme des percussions, le sourire aux lèvres, et tous, le cœur empli de joie nous nous sommes déhanchés. Et lorsque je regarde les photographies de cet instant, je ressens au plus profond de moi, l'amour qui a uni ma famille à cet instant.

C'est un souvenir précieux ...Celui-ci me suivra toute ma vie.

1.2. Intérêts personnels et professionnels pour le sujet.

La musique est pour moi un mode d'évasion : elle permet de soulager mes maux, quels qu'ils soient. L'espace d'un instant, me transporter dans une bulle de plénitude et de sérénité.

En tant que future professionnelle je me suis longuement questionnée sur l'intérêt des méthodes dites "modernes" dans les soins : en particulier la musique. Que peut-elle m'apporter de supplémentaire dans des situations particulières ? Quels peuvent en être les bénéfices ? Dans quelles situations vais-je pouvoir l'appliquer ? En ce sens et dès l'instant où j'ai pu voir la musique s'immiscer au cœur d'un soin, j'ai su que cette expérience serait la pierre angulaire de mon M.I.R.S.I.

Lors de mon stage du semestre cinq, dans un service de gérontopsychiatrie, j'ai pu également mettre en place des petites séances de musicothérapie. Celles-ci m'ont permis d'avoir un regard très observateur quant à l'efficacité de la musique dans une situation d'anxiété importante du patient par exemple. Ce stage m'a également aidé à orienter le sujet de mon mémoire particulièrement autour de la vulnérabilité des personnes, en lien avec mon projet professionnel : je souhaiterai travailler en santé mentale.

1.3. Situation d'appel.

La situation qui va vous être décrite ci-après se déroule en trois temps forts. Je vous laisse la découvrir...

Je suis étudiante infirmière en première année dans un EHPAD. Depuis une semaine, je prends soin d'une patiente qui réside dans la structure depuis 3 ans. Elle y vit avec son mari qui est dans la chambre voisine.

Mme X a 76 ans. Elle est atteinte d'une pathologie neurodégénérative appelée atrophie corticale postérieure. La première fois que je suis entrée dans sa chambre, j'ai pu remarquer que cette patiente ne pouvait plus parler, la communication se faisait essentiellement par le regard et le toucher. De plus, du fait de sa pathologie, Mme X était dans une position fœtale ; ses muscles donnaient l'impression de se rétracter ; ses mains étaient fermées ; ses bras repliés et ses genoux relevés vers son tronc. Mme X était alimentée à l'aide d'une sonde de gastrostomie.

Cette semaine-là, je suis du matin, et c'est la première fois que je réalise seule la totalité de ses soins : administration des médicaments, accompagnement à la toilette, habillage ainsi que son installation au fauteuil confort.

Il est 11h, je toque trois fois et entre dans la chambre "Bonjour Mme X, je suis Lucie, je viens faire votre toilette". Je m'approche du lit et remarque que Mme X regarde fixement vers la fenêtre. A ce moment, je me sens un peu déstabilisée, les autres jours lorsque j'étais avec l'aide-soignante Mme X tournait directement la tête lorsqu'une personne entrait.

Je décide tout de même de commencer mon soin, en expliquant à Mme X que j'allais lui administrer ses traitements... A cet instant, elle tourne le visage et me fixe du regard...Son regard ne me quittera pas des 45 minutes passées dans la chambre...Lors de la toilette des mains de Mme X, celles-ci sont restées complètement fermées, impossible pour moi de l'aider à les ouvrir ne serait-ce que d'un seul centimètre...Pour mettre la protection de Mme X suite à la toilette intime, j'ai dû m'y reprendre à plusieurs fois, ses jambes étant fermées et repliées... J'ai eu peur de lui faire mal.

Suite à l'administration des traitements, je me suis éclipsée afin de demander à l'aide-soignante présente s'il était habituel que Madame X réagisse ainsi. Elle m'a répondu : "cela arrive parfois, il faut faire sa toilette de toute manière, on ne va pas la laisser comme ça". Une atmosphère pesante pour moi s'est alors installée. N'ayant pas pu obtenir l'accord de Mme X, je me suis sentie déstabilisée.

Cette situation m'a alors poussée à me questionner sur le bien-être de cette patiente durant les soins : était-elle d'accord pour que je réalise ces soins ? Avait-elle envie que je la dérange à cet instant ? Ou simplement se sentait-elle peut être fatiguée aujourd'hui ? Ma place d'étudiante lui faisait-elle peur ? Aurai-je dû passer la main à une personne plus expérimentée ? Mme X avait-elle une demande particulière à cet instant ? Une chose est sûre : j'ai pu lire l'inconfort de Mme X dans son regard, un regard qui avait perdu tout éclat. Son visage était fermé : sourcils froncés, lèvres pincées, et menton plissé.

Le lendemain, la fille de Mme X lui a rendu visite, (elle vient voir sa maman très régulièrement au moins une fois par semaine). En fin de matinée, elle est venue vers moi en me précisant qu'elle trouvait sa maman plus crispée et plus contractée depuis quelque temps. Elle m'a alors parlé d'une époque où, les soignants proposaient à sa mère d'écouter de la musique les après-midis. Mme X à toujours adoré la musique. Sa fille me parle de sa maman qui mettait la musique toute la journée : musique classique, musique douce et à la fois relaxante. Elle m'informe avoir mis de nombreux CDs dans sa chambre ainsi qu'un poste de musique.

Je me suis questionnée sur le fait d'associer quelque chose de positif au soin qui me paraît plus difficile à supporter pour Mme X : la diffusion de la musique permettrait-elle d'apaiser Madame X durant le soin ? Cela lui permettrait-il de se détendre et d'être plus confortable durant le soin ? Je n'en suis pas sûre mais je décide tout de même d'essayer... Je me suis saisie de cette information précieuse et ai décidé d'introduire la musique au cœur du soin.

Nous sommes deux jours plus tard, toujours vers 11h : Mme X à toujours aimé se reposer le matin, son mari me l'a confirmé la veille. Il est important pour moi que tous les signaux soient au vert pour le bien être de Mme X. J'ai pris soin de passer 30 minutes plus tôt pour entrouvrir les volets afin qu'elle se réveille en douceur.

J'entre alors pour la deuxième fois dans la chambre. Le regard de Mme X est toujours fuyant, comme si elle appréhendait cet instant. J'installe alors tout mon matériel : le plus précieux à mes yeux ce matin étant le poste de musique. Je prends soin de choisir une musique que la fille de Mme X m'a conseillée : l'hymne à l'amour de Edith Piaf.

A cet instant, alors que je m'apprête à commencer la toilette, Mme X me regarde les yeux brillants, emplis de larmes et elle se met à chanter "peu importe si tu m'aimes, je me fous du monde entier, tant que l'amour inondera mes matins...". Je n'ai pourtant jamais entendu le son de sa voix.... Je m'assoie alors au bord du lit de Mme X et lui prends la main. Me voilà alors submergée par une

émotion. Dans le partage avec Mme X je me mets à mon tour à chanter avec elle... Nous sommes restées ainsi durant toute la chanson. La chambre de Mme X m'a alors paru envoûtée par une douce mélodie.

J'ai attendu la chanson suivante pour réaliser le soin de Mme X. Le soin s'est alors déroulé dans un calme absolu, comme si la musique avait envahi l'espace, comme si les vibrations de la musique nous avaient réglées sur la même fréquence... J'ai pu ressentir l'apaisement dans les yeux de la patiente. Mais pas uniquement, ses mains se sont détendues, ses jambes se sont dépliées, son visage m'a paru plus adouci.

1.4. Questionnements.

A cet instant précis, ma vision du soin a totalement changé et cela m'a poussé à me questionner sur l'utilisation de la musique durant ma future carrière d'infirmière. En quel sens cette musique a-t-elle pu transformer le déroulement de la toilette de Mme X ? Le fait que cette musique soit pleinement connue de Mme X y était-elle pour quelque chose ?

1.5. Question de départ.

*Dans quelle mesure l'utilisation par l'infirmière d'une musique connue influence-t-elle la nature du
prendre soin auprès d'une personne âgée vulnérable ?*

1.6. Annonce du plan.

Dans ma question de départ, trois grandes notions sont mises en évidence. C'est pourquoi j'ai fait le choix de développer dans une première partie le prendre soin au cœur du métier infirmier. Ensuite, j'ai réalisé des recherches concernant les personnes âgées et particulièrement leur vulnérabilité, et cela, dans les institutions. Dans une troisième partie, je me suis intéressée à la musicothérapie et à son utilisation sous forme de thérapeutique.

Partie II : Cadre théorique.

2.1. Au cœur du métier infirmier : le prendre soin.

2.1.1. Prendre soin, un concept évolutif.

Afin de comprendre la signification du concept de prendre soin, il me semble important que nous abordions la notion plus globale : qu'est-ce que le soin ? Dans son ouvrage, *Prendre soin à l'hôpital*, W. Hesbeen (1997) définit le soin comme :

« Le soin relève ainsi de l'attention. Il désigne le fait d'être attentif à quelqu'un ou à quelque chose pour s'occuper de son bien être ou de son état, de son bon fonctionnement. Plus précisément, l'expression "prendre soin" ou "faire un soin" souligne cette attention particulière que l'on va porter à soi-même ou à l'autre, à un objet ou à la tâche qu'on est en train d'accomplir » (p7).

Plus globalement, mais tout de même dans son sens utilisé dans le domaine de la santé, le soin est défini comme des « moyens par lesquels on s'efforce de rendre la santé à un malade » (Dictionnaire Le Larousse). Le prendre soin est une notion complexe. Afin de l'appréhender avec nuances, il semble nécessaire de s'intéresser à 3 notions : **le care, le caring et le cure.**

Intéressons-nous particulièrement aux notions de Care, Caring et Cure. Tout d'abord, M.F Collière (1998), anthropologue française, met en avant les notions de Care et Cure dans son ouvrage *Le premier art de la vie*. Elle explique que ces deux notions sont complémentaires et qu'à elles deux elles forment le prendre soin. Afin d'en comprendre le sens, il faut revenir à l'origine étymologique de ces deux notions. Le care, vient de l'anglais « to care » et signifie avoir soin de quelqu'un ou de quelque chose. Au-delà d'un mot, le care est également expliqué par M.F. Collière comme un concept, axé particulièrement sur la prise en considération de la globalité de la personne. Le Cure a une visée de soin : il s'agit de guérir l'Autre de ses pathologies. C'est soigner l'Autre dans le sens où celui-ci ne doit plus souffrir de maladie. Afin de compléter ces explications, MA. Ripoche (2012), dans son article *Prendre soin, care et caring*, identifie le Caring comme une action du Care. Je m'explique, le care c'est l'action de prodiguer des soins, et donc de prendre soin de quelqu'un mais cela est plutôt axé sur le fait d'accomplir une tâche et non sur l'humain. Le Caring comprend donc tout ce qui est inclus dans le Care mais en y ajoutant tout ce qui est de l'ordre des valeurs soignantes et propre à la singularité de chaque soignant comme par exemple la sollicitude ou une attitude empathique. Synthétiquement, le

Cure a exclusivement une visée curative, le Care est lui le fait de mettre en place des actions pour prendre soin de l'Autre, et le Caring est une notion plus philosophique puisqu'on ajoute au soin, des valeurs soignantes et l'unicité de chaque individu.

On retrouve donc la notion de prendre soin dès les années 1970. A la fin des années 1990, dans son livre intitulé *Prendre soin à l'hôpital*, W. Hesbeen (1997), infirmier et docteur en santé publique, explique cette notion :

« Prendre soin de quelqu'un, c'est porter une attention particulière à une personne qui vit une situation de soins qui lui est particulière et ce dans le but de contribuer à son bien-être, à son autonomie ». (p.8)

Le prendre soin est alors une notion à part entière : il a sa propre définition et se voit alors associée à une valeur soignante. Il met également en avant que prendre soin est bien différent de ce qu'on peut communément appeler faire des soins. Alors que faire des soins est alors associé à l'action de réaliser quelque chose, dans un domaine technique, le prendre soin prend sa place en y associant le relationnel avec autrui. Prendre soin ce n'est donc pas seulement réaliser quelque chose afin de soigner quelqu'un, mais bien entrer en relation avec cette personne.

Plus récemment, C. Fleury (2019), philosophe et psychanalyste française, met l'accent sur le concept de prendre soin dans son ouvrage *Le soin est un humanisme*. Elle met en perspective la définition de la santé de l'OMS qui est « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » avec l'humanité de la vie, c'est-à-dire la considération de la personne soignée dans sa globalité : sa maladie mais avant tout ses valeurs.

Lors du prendre soin, nos valeurs soignantes sont, quant à elles, mises en lumière. La singularité de chaque individu (soignant ou patient) est alors importante. Lors de mes recherches sur la notion de Care et Cure, j'ai pu à plusieurs reprises me confronter à la notion de sollicitude. Intéressons-nous alors particulièrement à cette notion, aussi ancienne soit-elle.

2.1.2. La sollicitude, une notion oubliée.

Le mot sollicitude, vient du latin « *sollicitudo* » qui signifie inquiétude, souci (Dictionnaire Le Larousse, s. d). Cette notion est définie dans le dictionnaire Le Larousse comme : « *Des soins attentifs, affectueux à l'égard de quelqu'un* ».

Cette notion fait son apparition en France dans les années 1690. On retrouve dans le dictionnaire universel de Furetière sa signification : « *Ennui, chagrin que donne la sollicitation d'une affaire, l'appréhension de son évènement.* » Cette première approche est donc négative, la sollicitude produit chez l'individu des émotions qui ne sont pas agréables.

Le terme de sollicitude est employé par P. Ricoeur, philosophe français, dans les années 1990. Dans son ouvrage *Soi-même comme un autre* (1990), il écrit « *la sollicitude est spontanéité, bienveillante, soucieuse de l'altérité des personnes, intimement liée à l'estime de soi au sein de la visée bonne* » (p.222).

Selon C. Fürstenberg (2011), infirmière réalisant des recherches sur l'accompagnement de la fin de vie, décrit que la sollicitude et la proximité sont adossées dans une relation de soin. La sollicitude, c'est un partage avec l'Autre sous réserve que les deux protagonistes soient d'accord avec cette dynamique. La sollicitude, c'est également connaître ses limites afin que le lien qui unit les deux individus n'ait pas d'impacts négatifs. Fürstenberg (2011) conclut son article :

« La sollicitude est une source de bienfaisance ou de bienveillance qui soutient, c'est une attitude soignante en elle-même qui de plus est à cultiver en société non seulement dans la sphère de l'intime mais encore dans la sphère publique. Elle donne à l'Éthique souffle et vie. Elle présente cet avantage de situer les êtres à un même niveau tout en concevant la singularité de chacun. Elle donne au soignant de donner dans cette présence attentive mais encore de recevoir l'accueil de l'autre et son partage, c'est dans cet échange relationnel que se fraie un chemin d'humanité, à la fois fragile et solide, à cultiver. » (p.45).

Afin de compléter cette notion, F. Gros (2012), dans son article intitulé *Sollicitude*, explique que la sollicitude est un partage entre deux personnes, en tenant compte de toutes les spécificités de chacune. « *La sollicitude [...] permettant une acceptation de la fragilité de l'autre et de sa vulnérabilité* » (p.9).

Nous nous sommes accordés sur ces notions de prendre soin et sollicitude, intéressons-nous aux personnes âgées que nous pourrions accompagner.

2.2. Personne âgée, personne vulnérable ?

2.2.1. Vous avez dit vulnérable ?

Le dictionnaire Le Larousse (s.d) définit la vulnérabilité comme : « *on dit d'une personne qu'elle est vulnérable lorsque celle peut être attaquée, blessée, prise* ». En ce sens, cette vulnérabilité est souvent associée à une notion de faiblesse.

La vulnérabilité revêt tout d'abord une définition d'ordre pénal. On la retrouve dans le code pénal comme étant « *un mineur de 15 ans ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse* » (Code pénal, Article 434-3). Cela pose donc l'association de la vulnérabilité avec un état dans lequel se trouve un individu : âgé, enceinte, malade, infirme, déficient moteur, déficient psychique. Le droit pénal a « *intégré la personne vulnérable et plus généralement la victime dans la qualification des faits en faisant de l'âge, de la situation économique, de l'état physique ou mental de celle-ci une circonstance aggravante ou des éléments caractérisant l'infraction* ». (Code pénal).

Dans son article intitulé *Subjectivité et vulnérabilité chez Ricoeur et Levinas*, C. Sautereau (2013) compare les approches philosophiques de la notion de vulnérabilité chez Ricoeur et Levinas. Elle explique que Ricoeur, incontournable lorsque nous parlons de la vulnérabilité, y voit trois grandes composantes : la vulnérabilité réflexive, la vulnérabilité humaine (associée à la souffrance), ainsi que la vulnérabilité ontologique (c'est à dire de ce qui est relié avec le Soi et à l'existence de chacun d'entre nous). **La vulnérabilité réflexive** est à la capacité pour chaque individu de croire en soi et ses capacités, et en ce sens, de connaître ses limites et ses faiblesses et de les prendre en considération. **La vulnérabilité humaine** est associée aux sentiments que l'individu peut ressentir. Les sentiments étant une forme de faiblesse face à autrui. Cela évoque une souffrance de l'individu face au monde qui l'entoure. Il explique également que le fait d'avoir de l'estime pour soi permet de surmonter cette vulnérabilité. Pour finir, **la vulnérabilité ontologique** est l'association de trois particularités : « *la chair, autrui, et la conscience* » (p 14). Sautereau (2013) distingue la vision de Ricoeur de celle de Levinas. La vulnérabilité selon Levinas dépend également des personnes qui nous entourent, elle se rapporte à une idée d'ordre éthique. Il explique qu'être vulnérable est une façon de se mettre à nu devant autrui et que cela le met en position de faiblesse ; et cette conscience de la vulnérabilité oblige l'Autre, en ce sens où ce dernier ne doit pas abuser de cette vulnérabilité.

Dans le cadre des soins infirmiers, il est important de porter une attention particulière à l'Autre afin de ne pas instaurer de rapport dominant-dominé face à des situations fragiles. Selon H. Chaput et D. Boujon-Ladrech (2015), dans leur article *Prendre en compte la fragilité dans la pratique soignante*

l'état de fragilité dans lequel peut se trouver un individu est une des causes de rupture avec la vie qui l'entoure (difficultés d'adaptation au monde environnant, et/ou difficultés dans la relation à l'autre). En ce sens, chaque soignant doit développer la capacité à repérer ces fragilités afin de les analyser et d'adapter sa prise en soin pour chaque individu. L'analyse de E. Lemoine et L. Lange (2014) dans l'article *Relation soigné soignant : réflexions sur la vulnérabilité et l'autonomie Éthique & Santé* appuie également cette vision de la vulnérabilité :

“Le patient nécessite le savoir, la pratique et l'expertise du soignant. Ce dernier a besoin de connaître, si ce n'est le récit de son histoire, du moins les ressentis du patient pour pouvoir le soigner, le soulager. Aussi, dépendent-ils, à des niveaux différents, chacun de l'autre ... Reconnaître que nous avons la vulnérabilité en partage, c'est pouvoir reconnaître la dignité d'autrui, sans condescendance ni pitié, dans un regard d'égal à égal. Un regard qui renvoie à l'autre sa commune vulnérabilité, fait percevoir qu'il n'en a pas un qui serait plus digne que l'autre. Et c'est à partir de là, et non de ma hauteur, que je peux aider à l'autonomie de celui qui apparaît plus vulnérable que moi”. (p.88).

Nous nous sommes accordés sur cette notion de vulnérabilité. Intéressons-nous maintenant à l'entrée en institution d'un individu, et particulièrement à la législation dans les institutions.

2.2.2. L'institution et sa législation.

En lien avec la notion de vulnérabilité et afin de donner une place à part entière aux personnes dépendantes (en mettant l'accent sur leur qualité de vie) la Charte des droits des personnes âgées a été créée en 1999 et révisée en 2007. Elle a été élaborée par la Fondation nationale de gérontologie et par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Cette charte est articulée autour des besoins spécifiques des personnes âgées en institution. Elle se compose de neuf articles. Les besoins des personnes âgées sont donc indiqués dans cette charte : besoin de préserver l'autonomie et la prise de décision, besoin de vivre dans un environnement sécuritaire et adapté, besoin de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie de la société, besoin de maintenir des relations avec son entourage familial et amical, besoin de maintenir ses activités habituelles et de développer des centres d'intérêts, besoin de maintenir sa spiritualité, besoin de prévenir la dépendance (en lien avec le maintien de l'autonomie), et un besoin de vivre sereinement sa fin de vie.

Donnio (2005) confirme que l'entrée en institution induit une cassure avec la vie passée des résidents. Aussi, selon Beloni (2019), lors de son entrée en EHPAD, la personne présente un « *risque de*

dépression, [...] de désorientation augmentant le nombre de chutes, de fugues, [...] de syndrome de glissement dans le mois qui suit l'entrée en institution, se caractérisant par une dégradation rapide de l'état de santé. » (p.82). Tout cela pouvant révéler le caractère vulnérable du résident en institution.

Lors de son entrée en institution la personne âgée se retrouve alors par définition en situation de vulnérabilité. Il me semble important, dans ce contexte, de réfléchir sur les besoins des personnes en institutions et notamment sur leur besoin d'attachement.

2.2.3. Un besoin particulier : focus sur l'attachement.

Dans le langage courant nous retrouvons la définition de l'attachement dans le dictionnaire Le Larousse, c'est un « *sentiment d'affection, de sympathie ou vif intérêt qui lie fortement à quelqu'un, à un animal, à quelque chose* ».

Dans son ouvrage *sur la théorie de l'attachement*, Bowlby (1969) décrit l'attachement comme étant le produit des comportements qui ont pour objet la recherche et le maintien de la proximité d'une personne spécifique aussi appelé repère. C'est un besoin social primaire et inné d'entrer en relation avec autrui. Bowlby (1969) explique que la relation d'attachement qui a été créé durant l'enfance permet de créer des schémas cognitifs durables : lorsqu'un individu se trouve en état de stress tout au long de sa vie, ses souvenirs d'enfance vont alors influencer ses réactions. C'est pourquoi l'attachement durant l'enfance va avoir un impact sur l'individu tout au long de sa vie. L'individu va alors créer tout au long de son existence des relations d'attachement avec des individus afin de se trouver dans un cadre sécuritaire : l'attachement de l'adulte est donc hérité directement des attachements construits dans l'enfance.

Dans leur article, *quelques apports de la théorie de l'attachement : clinique et santé publique*, V. Mistycki, N. Guedeney (2007), expliquent que Bartholomew et Horowitz, ont créé un classement des différentes typologies d'attachement à l'âge adulte. Il existe donc quatre types d'attachement : **sécure, craintif, détaché, et préoccupé**. Ils expliquent que les personnes ayant un profil préoccupé, détaché ou bien craintif auront une moins bonne gestion du stress. Le profil des individus non sécure peut alors mener à des comportements nuisant à l'épanouissement personnel. Au contraire, le profil sécure va alors permettre à l'individu de se construire sa propre résilience tout en s'appuyant sur ses ressources internes affectives (vécues durant l'enfance). Ils insistent également sur l'idée qu'une personne ayant un profil insécure s'expose à plus de vulnérabilité. *La théorie de l'attachement* selon Bartholomew et Horowitz (1991) précise également que les personnes sécures vont davantage faire

confiance au personnel soignant et ce, même si elles se sentent vulnérables. Alors qu'au contraire, les personnes insécures seront davantage méfiantes face aux soignants. Connaître le profil du patient peut alors aider les soignants à améliorer la relation thérapeutique.

Selon V. Mistycki, N. Guedeney (2007) ces quatre types d'attachement vont donc contribuer à ce que les individus, afin de se créer un cadre sécurisant, s'attachent à des objets ou à des idées. Ils expliquent également que l'augmentation significative de la spiritualité à l'âge de la vieillesse peut également être interprétée comme une figure d'attachement sécuritaire.

Maintenant que nous avons éclairci ce concept clé d'attachement chez les personnes âgées, intéressons-nous particulièrement aux deuils que peut rencontrer l'individu lorsque celui-ci se retrouve en institution.

2.2.4. Deuils de la personne en institution.

Toutes les personnes entrant en institution ne le font pas de leur plein gré. Bien que ce soit une décision importante dans la vie de n'importe quel individu, celle-ci peut parfois être médicale, ou bien influencée par l'entourage. Qui ne rêverait pas de finir sa vie dans son nid douillet, auprès de ses animaux, ou des personnes qui lui tiennent à cœur ?

Selon le dictionnaire Le Larousse (s.d), le deuil peut avoir plusieurs significations. Lorsqu'on l'utilise dans le langage courant, celui-ci est défini comme « *une douleur, affliction éprouvée à la suite d'un décès de quelqu'un, la perte ou le décès de quelqu'un* ». Mais il peut aussi être défini comme « *un processus psychique mis en œuvre par le sujet à la perte d'un objet* ». On en conclut donc que le processus de deuil peut être mis en place lorsqu'on fait face à la perte de quelqu'un mais également de quelque chose qui nous est cher.

Les cinq étapes du deuil sont décrites par Kübler-Ross en 1969 dans son livre traduit en français intitulé *Sur le chagrin et le deuil*. Elle nomme ces cinq étapes : le déni, la colère, le marchandage, la dépression puis l'acceptation. Bien qu'elle ait mis en place cela, elle précise qu'elle a conscience que chaque individu, du fait de sa singularité, ne traversera pas forcément toutes ces étapes. De plus, il ne traversera sûrement pas de la même manière. Cette théorie ayant été créée dans le cadre de l'accompagnement des mourants, il semble pertinent de s'intéresser plus particulièrement aux deuils d'ordre matériel.

I. Donnio (2005), dans son article intitulé *l'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes* insiste sur la dimension symbolique du domicile :

“Quelle que soit la situation familiale de la personne, vivant en couple ou seule, ayant ou non des enfants, des relations avec la famille (ou les amis) ou pas, cette personne vit habituellement dans un « chez soi » [...] Le domicile, habitat plus ou moins investi, représente le terrain privé de l'intime, de la liberté individuelle et une « extension » de la personne qui lui donne une coloration personnelle et identitaire. Pour certains, c'est le lieu même où ils sont nés, pour d'autres ce n'est que le énième lieu de vie, mais pour tous c'est « chez eux » et n'y entrent que ceux qui y sont invités ou appelés.” (p.74).

Elle exprime alors que lorsqu'une personne entre dans une institution, elle se retrouve alors dans une situation de deuil. Ce deuil étant associé à quelque chose de l'ordre de l'immatériel : des objets, des souvenirs, des habitudes, ...

S'il est certain que la personne lors de son entrée en institution fait le deuil de sa vie d'avant, quel est notre pouvoir en tant que soignant pour donner la possibilité aux individus de se rapprocher de leurs souvenirs ? En ce sens, intéressons-nous maintenant aux pouvoirs de la musique.

2.3. De la musique à la musicothérapie.

2.3.1. Accordons-nous, sur quelques définitions.

Afin de nous accorder sur un même langage, partons des grandes généralités de la musique. D'après le Larousse (s.d), la musique du latin *musica* et du grec *mousikê* est « un art qui permet à l'homme de s'exprimer par l'intermédiaire des sons » et « une science des sons considérés sous le rapport de la mélodie et du rythme ». Un son est défini par le Larousse comme une « sensation auditive engendrée par une onde acoustique ».

De manière à mesurer l'importance de la musique qui nous entoure, nous allons remonter à l'émergence de celle-ci.

2.3.2. Émergence de la musique.

Dans son livre *Pourquoi la musique*, F.Wolff (2005) commence par nous rappeler que dans toutes les grandes aires civilisationnelles, il y a de la musique, c'est-à-dire un domaine propre de la culture fondé sur des sons. Même si la plupart des formes d'expression que nous appelons artistiques sont nées dans les sociétés qui ne reconnaissaient pas l'existence de l'art comme tel.

D'après les recherches de H. Platel et E. Bigand (parution dans France inter en 2005 dans *l'émission le subconscient et le cerveau mélanome*), on retrouve le premier instrument ressemblant à une flûte, taillée dans un os d'ours, qui date de l'Homme de Cro-Magnon et Neandertal, c'est à dire il y a près de 40 000 ans. Ils ont aussi relevé que les chimpanzés - qui sont nos plus proches cousins - émettent des vocalisations qui peuvent être associées à des chants. De plus, dans le règne animal, on parle également du chant des baleines qui leur permettent de communiquer entre elles. Ils énoncent également que dans le domaine médical, la première apparition de la musique est une représentation de prêtres jouant de la Harpe datant de 4 000 avant Jésus Christ. La musique se retrouve alors utilisée au fil du temps avec des objectifs différents. Par exemple en Grèce, celle-ci était utilisée pour conquérir la passion. Ils expriment que, par la suite, Platon et Aristote se sont intéressés à la musique et qu'à cette époque ils croyaient déjà au pouvoir de guérison de celle-ci.

La musique est donc présente depuis des millénaires, mais a-t-elle une influence sur notre cerveau ?

2.3.3. Retentissement de la musique sur le cerveau.

Quand on parle de musique, certains organes de notre corps sont plus impliqués que d'autres.

Afin d'explorer les effets de la musique sur le cerveau, je me suis replongée dans mes cours de cycles de la vie et grandes fonctions du premier semestre. Le cerveau est composé de deux hémisphères et de deux substances caractéristiques de couleur différentes : blanche et grise. Chaque partie du cerveau se voit attribuer un rôle. Le lobe frontal dit des « aires motrices », est responsable des principaux mouvements, notamment le langage. Le lobe pariétal est lui aussi impliqué dans le contrôle du langage, mais il permet également la connaissance du corps, le contrôle du geste. Le lobe temporal représente les fonctions auditives, émotionnelles, et mnésiques. Le lobe occipital à un rôle de contrôle des informations sensorielles et visuelles. L'oreille, quant à elle, permet de capter les sons et de transmettre des informations au cerveau.

D'après un article nommé, *From music-beat to heart-beat : A journey in the complex interactions between music, brain and heart* de G Cervellin, G Lippi (2011), la musique est traitée par les structures de l'oreille : les vibrations traversent le tympan, la cochlée et la chaîne des osselets (marteau, enclume et étrier). Ces trois petits osselets vont alors faire vibrer le liquide de la cochlée : chaque vibration est caractérisée par sa fréquence et son intensité. Les cellules ciliées -qui tapissent la cochlée- vont alors transformer chaque vibration en signal électrique au niveau du nerf auditif. Ce signal va alors se diriger vers le cortex cérébral. Le complexe olivaire va alors comparer les informations reçues par les deux oreilles. Une fois que ce message a été intégré et modifié par ces différentes structures, plusieurs parties du cerveau vont être impliquées : la mémoire, les émotions, les mouvements. Écouter un son implique donc le noyau cochléaire, le tronc cérébral et le cervelet. Écouter une musique familière convoque des régions impliquées dans la mémoire, que sont le cortex frontal et l'hippocampe. Battre la mesure implique un mouvement et une synchronisation temporelle et implique donc le cervelet, le cortex moteur et le cortex frontal.

Nous venons de le voir, la musique bouscule nos aires cérébrales, mais est-ce seulement ça ? Qui n'a jamais ressenti de frissons, eu les larmes aux yeux ou des papillons dans le ventre ?

2.3.4. La puissance des vibrations.

Dans leur émission de radio sur France inter, (2005), H. Platel et E. Bigand, note qu'en 1918, Hyde et Scalapino découvrirent que l'utilisation de tons mineurs (les tons mineurs sont souvent employés dans les mélodies mélancoliques) permettait de réduire la fréquence cardiaque et la pression artérielle, alors qu'une musique stridente provoquait l'effet inverse.

Après avoir compris le fonctionnement de la musique sur notre corps, et particulièrement son action sur notre cerveau, intéressons-nous maintenant à son utilisation dans le domaine de la santé, comme étant une thérapeutique.

2.3.5. La thérapie par la musique.

Dans son livre "*Pourquoi la musique ?*", le philosophe Francis Wolff (2005), cherche à comprendre pour quelles raisons la musique joue un rôle majeur dans la vie de chacun. Selon lui, elle n'est pas qu'un divertissement ponctuel. L'art musical, parce qu'il présente une grande variété de genres et de

formes, accompagne mais aussi structure le quotidien. Il y a une musique pour chaque activité, pour chaque public, pour chaque circonstance comme si, elle participait à renforcer les liens sociaux.

D'après les recherches de H. Platel et E. Bigand (parution dans France inter en 2005 dans *l'émission le subconscient et le cerveau mélanome*), la musique était initialement utilisée par le thérapeute comme un moyen d'entrer en communication avec le patient. Maintenant, la musique est associée à une thérapie : elle calme la douleur, réduit l'anxiété et apporte des bénéfices cognitifs. D'après eux, la musique contribue également à réhumaniser la relation soignant-patient et à réhumaniser le patient lui-même.

En pratique, dans *La musique adoucit le soin*, Voulminot, V & Cottey, M & Sanchez (2019), relatent le témoignage d'une infirmière exerçant dans une unité de neurologie. Cette dernière affirme que la musique est une chose bien ancrée dans la prise en soins des patients. Cela permet une relation optimale, moins d'appréhension du patient face aux différents soins, et un travail sur la douleur et la détente des patients. Il s'agit de s'en servir comme une thérapie mais pas seulement : la musique peut également constituer une distraction, permettre de faire abstraction lors d'un soin particulier. L'infirmière insiste également sur l'importance du choix de la musique : si cette musique est connue par le patient, celle-ci va lui rappeler des souvenirs agréables.

Depuis 2005, une application appelée Music Care a été développée par le professeur Stéphane Guétin. Celle-ci est un algorithme musical spécialement conçu pour être utilisé dans les services de soins. Cette application a été développée afin d'accompagner les patients à surmonter leur stress, mieux dormir, éviter les prises de médicaments voire même afin de les accompagner dans la gestion de la douleur. Cette application est désormais présente dans de nombreux pays : France, Angleterre, Canada, Brésil, et bien d'autres. Cette application en pleine expansion à démontrer son efficacité dans de nombreux services de soins : neurologie, bloc opératoire, oncologie, soins palliatifs, gériatrie, urgences, maternité, etc.

Partie III : Entretiens.

3.1. Dispositif méthodologique.

Lors de la construction du cadre théorique de mon mémoire je me suis questionnée sur le profil des infirmier(e)s que j'allais interroger. J'ai fait le choix de réaliser deux entretiens. La première personne que j'ai interrogée est une infirmière exerçant dans un service de psychiatrie. L'autre infirmière exerce dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Les infirmières sont des personnes que je ne connais pas, mais il me semblait plus judicieux d'utiliser le tutoiement (en obtenant leur accord), en lien avec ma future profession, peut-être seront-elles des futures collègues ?

La vulnérabilité chez les personnes âgées étant une notion importante dans l'étude de mon mémoire, il me semblait nécessaire que les professionnelles exercent auprès d'un public dit « vulnérable » : de par leur âge et/ou leur pathologie. J'ai fait le choix de réaliser ces entretiens auprès d'infirmières exerçant dans deux lieux différents, afin de comparer leurs approches et les données.

Avant de réaliser le guide de mes entretiens, j'ai réfléchi à la nature de mes entretiens : ils seront semi directifs. Cette typologie d'entretien permet une discussion libre autour d'une thématique précise, guidée par des questions posées, cela me permet de cibler les thèmes que je veux explorer. Celui-ci demande également une préparation en amont, et donc, la définition de certains objectifs d'entretien. De plus, des questions supplémentaires : de relance ou de reformulation, peuvent être ajoutées pour préciser la réponse de la personne interrogée. Par ailleurs, un entretien libre ne demandant pas de préparation de question, il peut être risqué de le réaliser dans le cadre de ce mémoire. L'entretien libre nécessite de maîtriser la conduite de l'entretien avec des questions exclusivement de relance ; il requiert, par ailleurs, de s'appuyer sur des interlocuteurs loquaces. Deux arguments qui rendent l'exercice périlleux. L'entretien directif lui n'était pour moi pas judicieux car celui-ci peut influencer la réflexion des professionnels par des questions trop précises.

Les réponses seront ensuite analysées. Mon guide comporte dix questions afin d'obtenir des réponses aux cinq objectifs que j'ai définis.

Les entretiens se sont déroulés durant mon stage de semestre 6 c'est-à-dire du 31 Janvier 2022 au 12 Mars 2022. Pour la réalisation du premier entretien, je me suis déplacée sur la structure

et je souhaiterais que nous soyons dans une pièce calme et à part. Le second entretien s'est déroulé par le biais d'un visio meet. Les entretiens ont été enregistrés avec mon téléphone portable suite à l'accord des deux professionnelles. Les deux personnes ont été informées que les entretiens seraient totalement anonymisés. J'ai fait le choix d'informer les deux professionnelles de la thématique générale de mon mémoire, afin qu'elle puisse avoir une petite réflexion en amont sur leurs expériences professionnelles en lien, je ne voulais pas les prendre au dépourvu. J'ai prévu un temps maximum de 30 minutes pour chacun des entretiens.

Suite à la réalisation de mes deux entretiens, j'ai pu en identifier les limites. Tout d'abord, un entretien s'étant réalisé par le biais d'un visio meet, l'infirmière et moi-même avons eu des difficultés de connexion internet. Cela a engendré des répétitions d'un côté de l'autre, et des soucis de compréhension. D'autre part, l'infirmière n'avait pas de caméra disponible, l'entretien passant également par le non verbal, cela m'a déstabilisé dans un premier temps. Par ailleurs, je me suis sentie en difficulté quant à la reformulation de questions : peut-être que mes questions de relance n'étaient pas suffisamment précises. C'était la première fois que je réalisais des entretiens semi-directifs, en ce sens, je ne me suis pas sentie suffisamment à l'aise lors du premier entretien afin de relancer la professionnelle, ainsi j'ai trouvé mon entretien plus complexe à analyser.

3.2. Analyse des entretiens.

Lors de cette analyse d'entretien, et afin d'en garantir l'anonymat, j'ai fait le choix de nommer les deux infirmières : infirmière 1 et infirmière 2.

L'infirmière 1 travaille dans un centre de jour dans le domaine de la santé mentale. Elle est diplômée depuis douze ans. Avant d'être infirmière elle a été agent de service hospitalier puis aide-soignante. Elle a obtenu un diplôme universitaire d'éducation thérapeutique pendant lequel elle a créé un programme d'éducation thérapeutique axé notamment sur les émotions. Le centre de jour dans lequel elle travaille actuellement propose des activités de réhabilitation psychosociale ainsi que des soins de remédiation cognitive. Elle exerce dans cette structure depuis 5 ans.

L'infirmière 2 travaille dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes depuis deux ans. Elle a obtenu son diplôme il y a 4 ans et a pu exercer dans différents services de gériatrie : soins de suite, médecine, unité de soins de longue durée.

3.2.1. Définir le prendre soin.

Les propos des deux infirmières sont complémentaires : ils permettent de poser les pierres angulaires de la définition du prendre soin.

En effet, selon elles, prendre soin revêt trois grandes dimensions : c'est une démarche, mais également une construction collective, avec une finalité bien précise.

L'infirmière 2 va dans ce sens mais en positionnant le patient au cœur des préoccupations des soignants inscrits dans le prendre soin : « *tout d'abord il y a le patient. Il va tourner autour du patient, du résident* ». Le prendre soin apparaît donc comme une démarche d'accompagnement dont le patient serait le métronome.

L'infirmière n°2 aborde une deuxième pierre angulaire du prendre soin : la dimension collective. Selon elle, le prendre soin ne peut se concevoir et se mettre en œuvre que si ses principes sont partagés au sein d'une équipe interdisciplinaire et si elle inclut, au-delà du patient, son entourage. Le prendre soin ne relèverait pas, à ses yeux, d'une démarche individuelle. De fait, elle précise : « *ça regroupe pas mal de choses et de professionnels* » mais également « *il y a aussi la famille de ce patient-là.* »

Enfin, le prendre soin ne serait pas qu'une question de posture ou de concept, il conditionnerait, selon les 2 infirmières, le devenir des patients ou des résidents en mettant le primat sur le maintien de l'autonomie et en posant le socle d'un projet de vie individualisé. Ainsi, au-delà des déficits et des handicaps, l'infirmière 1 insiste sur le fait que, dans le cadre du « prendre soin », il est nécessaire d'envisager les patients ou les résidents sous un angle de potentialités et d'atouts : « *Ce qu'elles savent déjà faire, ce qu'elles savent encore faire, ce sur quoi la maladie n'a pas impacté* ».

3.2.2. Caractériser le prendre soin.

Lorsque les deux infirmières envisagent les caractéristiques d'un prendre soin de qualité, celles-ci mettent en avant les valeurs du soignant étroitement liées à l'environnement du patient.

En effet, elles s'accordent sur des valeurs soignantes au cœur de notre profession : l'attention à l'autre, l'adaptabilité ainsi que l'écoute. Ces trois valeurs sont finement liées puisqu'on les retrouve lorsque l'on évoque l'empathie, voire la sollicitude. La première infirmière évoque l'attention à l'autre, dans le sens où elle prend en considération les besoins de l'autre afin de l'accompagner dans ces difficultés : notion d'accompagnement qu'elle évoque dans un premier temps dans la définition du prendre soin.

Ensuite, les deux infirmières décrivent l'adaptabilité du soignant face aux patients, aux résidents. L'infirmière 2 explique que d'une journée à une autre un patient peut être différent, donc, que ses besoins peuvent l'être également. En ce sens, l'écoute, le questionnement des personnes

soignées se révèle incontournable. L'infirmière 2 enquête alors auprès du patient, dans l'objectif de « *savoir comment il est, savoir s'il est coopérant.* »

Lorsque nous parlons de prendre soin d'une personne, les deux infirmières s'accordent sur le fait que cela sera possible uniquement suite à l'accord du patient.

L'environnement du patient est alors la première chose auxquelles les soignants portent une attention particulière. Le respect du rythme de chaque individu paraît essentiel pour l'infirmière 2, elle exprime « *prendre le temps avec le patient, essayer d'aller à son rythme* ». Elle insiste sur cette notion en parlant également du maintien de l'autonomie des personnes accompagnées : même si cela prend parfois plus de temps, il est important de les laisser faire un maximum de choses.

Enfin, les deux infirmières trouvent important de définir les besoins de l'individu afin de lui apporter un prendre soin de qualité. En effet, elles insistent sur le fait qu'il est important d'évaluer ce dont a besoin le patient, et non pas partir des besoins définis par les soignants eux-mêmes. Cela permet aussi de s'assurer que le patient remplit les conditions adéquates afin de pouvoir l'accompagner par exemple lors de sa toilette. L'infirmière 2 insiste sur le fait de « *savoir s'il est détendu, et détecter les signes de douleurs* ».

3.2.3. Caractériser l'entrée en institution.

L'entrée d'un patient en institution est une période charnière, celle-ci nécessite un accompagnement de la part des équipes soignantes.

Tout d'abord, les deux infirmières s'accordent sur le fait que le vécu de l'entrée en institution par le patient dépend de son mode d'entrée. Selon son état de santé, physique, mental, social et/ou ses conditions de vie à domicile, une décision médicale peut être prise. L'entourage peut également être amené à formuler une demande afin qu'une personne puisse entrer dans une structure. Mais, il arrive également qu'une personne, afin de se sentir rassurée, moins seule, voire pour bénéficier de soins et d'accompagnement au quotidien, demande elle-même son entrée en institution.

Ensuite, l'infirmière 1 met en avant la notion de structuration de l'accueil de la personne. Tout d'abord, elle nomme l'entretien d'accueil de la personne, que celui-ci se déroule dans une pièce calme et cela afin de définir les objectifs de la prise en soin. Deuxièmement, elle insiste sur le fait que la personne en institution se doit de connaître les personnes avec lesquelles elle va être en relation : « *on présente toutes les personnes qu'elle croise, les soignants surtout* », « *on présente les collègues, on les nomme, on enlève les masques la première fois pour leur faire un petit coucou* », « *elle situe qui on est, ce qu'on va faire, quel type de personnel est ce qu'elle a rencontré* ». Elle poursuit son

explication en mettant en avant la visite des locaux, d'emblée, afin que la personne puisse avoir des repères dans la structure.

Pour finir, lorsque j'ai questionné les deux infirmières sur cette entrée en institution, elles ont toutes les deux insisté sur les émotions ressenties par le patient dans cette grande étape. L'IDE 1 assimile cela avec de nombreuses inquiétudes que peuvent avoir les patients : « *s'adapter directement à la personne, si elle a des idées préconçues, réalistes ou pas* », « *verbaliser pour qu'on la rassure* ». La posture soignante permet donc d'en savoir plus sur le ressenti de la personne accueillie. Quant à la deuxième infirmière, celle-ci insiste sur les sentiments de solitude et de tristesse des individus. Elle cite pour exemple des situations auxquelles les patients doivent faire face : « *ils savent que c'est leur dernière maison, il y a beaucoup de tristesse* », « *nostalgie de leur ancienne vie* », « *ils reparlent beaucoup de leurs maisons* », « *ils ont moins de visites, ils voient moins leurs proches* », « *ils vont avoir leur famille au téléphone et vont savoir qu'ils font un repas de famille et qu'ils ne sont pas conviés* ». Ici, elle associe l'entrée en institution de la personne à un deuil. Le deuil de sa vie d'avant.

3.2.4. Qualifier la vulnérabilité et la transposer dans une relation de soins.

A la lecture de la définition de la vulnérabilité selon Ricoeur, les avis des deux infirmières divergent. Effectivement, alors que l'une d'entre elle exprime son désaccord face à cette définition, l'autre l'illustre par une vulnérabilité des soignants face à différentes situations.

Bien qu'elle ne soit pas en accord avec la totalité de cette vision de la vulnérabilité, l'infirmière 1 voit la vulnérabilité comme une aptitude - ou une inaptitude - des patients. Cela est donc relié directement à un contexte singulier. En effet, elle met en avant la vulnérabilité face à l'environnement qui entoure le patient dans le sens où la malveillance d'autrui peut avoir un impact sur les individus. Elle l'illustre par une situation qu'elle a rencontré avec quelques patients : « *ils peuvent avoir une certaine vulnérabilité au sens où elles peuvent, entre guillemets, se faire avoir, par du démarchage par exemple* ». Elle met également l'accent sur les troubles psychiatriques qui fragilisent les sujets et les rendent alors vulnérables : « *sous prétexte qu'ils ont des troubles psychiques et qu'il peut y avoir une certaine fragilité, ils vont se faire avoir* ». Afin d'accompagner au mieux les personnes qui peuvent être vulnérables, l'infirmière met en avant différents moyens de préventions qui peuvent être mis en place.

Premièrement, des mesures de protection juridiques peuvent aider les patients dans leur quotidien. Mais elle souligne également la vigilance accrue des professionnels afin de pouvoir mettre en garde les patients face à des situations qu'ils pourraient rencontrer dans leur quotidien. Enfin, l'écoute des équipes soignantes est selon elle indispensable afin d'accompagner au mieux ces personnes vulnérables : « *c'est juste être vigilant, attentif et disponible aussi* ».

L'infirmière 2 a pour sa part abordé la vulnérabilité des soignants face à leur quotidien. Elle définit la notion de vulnérabilité comme un processus individuel, pouvant être alimenté par notre vécu et nos valeurs. Elle l'illustre comme quelque chose de singulier, se référant à un contexte particulier : face à la mort « *vulnérable face à la mort* », voire, « *face à aux émotions que l'on peut ressentir* », « *on n'est pas tous en capacité de gérer nos émotions* ».

3.2.5. Les bienfaits de l'utilisation de la musique.

Dans la dernière partie des entretiens avec les infirmières je leur ai demandé de me raconter des situations où elles avaient mis en place de la musique.

Quand j'analyse les deux entretiens je remarque que la musique a pu être initiée au cœur de nombreux soins, et dans la vie quotidienne des soignants et des patients. Dans un premier temps les deux infirmières ont fait paraître des souvenirs où la musique avait été utilisée dans le cadre de la fin de vie d'une personne. Il transparaît également que la musique a pu être utilisée dans des situations dites de « *crises* ». En effet, une infirmière met en avant une situation où le patient, atteint de la maladie d'Alzheimer, parvenait à se canaliser de son hétéro agressivité lorsque les soignants lui mettaient de la musique classique. Elle explique que cet homme avait un attrait particulier pour ce type de musique. L'autre infirmière l'illustre également : cela permettait d'aider un patient très anxieux à gérer ses crises d'angoisse. En effet, le fait de mettre de la musique donnait la possibilité à ce patient de se recentrer sur lui, et ainsi de gérer ses émotions et sa crise d'angoisse.

Élément auquel je n'avais pas du tout pensé lors de l'écriture de ce mémoire, les deux infirmières m'ont donné des exemples concrets d'utilisation de la musique, mais cette fois en groupe, à des instants donnés. Une infirmière affirme que lorsqu'elle réalise l'accueil des patients au centre de jour, la musique permet d'adoucir l'entrée des patients. De même que, sur une période, certains patients -qui jouaient de la guitare- aimaient jouer le matin lors de l'arrivée des autres patients.

Dans toutes ces situations, les infirmières s'accordent à dire qu'il y a de nombreux bénéfices pour les patients. Tout d'abord, cela peut procurer aux personnes de la détente, une sensation de bien-être, un apaisement, notamment lorsque les deux infirmières racontent les situations où les patients ont besoin de se canaliser. En effet, par rapport à cette situation l'infirmière 2 exprime : « *on mettait de la musique et c'était dingue car ça le calmait énormément. Il était du coup détendu, et on ne l'entendait plus* ». Cette même infirmière insiste sur le fait qu'apporter de la musique aux patients permet de les transporter dans leurs souvenirs, ces musiques qu'ils aimaient tant, qui ont bercé leur jeunesse, voire des événements marquants pour eux : « *c'était symbolique* » dit-elle au sujet d'une situation de fin de vie. Une autre part importante des bénéfices pour le patient sont les émotions qu'ils

ont ressenties lors de ces situations. Les deux infirmières s'accordent en exprimant : « *des sourires alors que ce sont des personnes fermées en temps normal* », « *ça amène du positif, de la bonne humeur* », « *jusqu'à en émouvoir certains* », et, « *l'ouverture émotionnelle* ». En ce sens, elles s'accordent sur des émotions qui peuvent se manifester par du non verbal ou du verbal. La musique apporte alors du positif auprès des patients. La musique est aussi associée à des instants de partage pour les patients. Un partage avec les professionnels, voire entre patients. L'IDE 2 exprime que lorsqu'ils mettent de la musique dans les parties communes, notamment où les patients prennent leur repas : « *cela nous arrive aussi de nous mettre à chanter et les résidents nous regardent et se mettent à chanter* ». La première infirmière insiste sur le partage entre les patients : « *cela a animé notre temps d'accueil très chaleureux et très vivant entre toutes les personnes* ».

D'après les dires de l'IDE 1, il ne faut pas négliger que dans le partage, il y a également un partage d'émotions. Au sujet d'une situation racontée, elle me dit « *cela nous a beaucoup touchés* ». D'un œil extérieur, et à la recherche du non verbal, j'ai pu observer que lorsque l'infirmière 1 parle de la musique au cœur du soin, celle-ci est transportée. Son non verbal était alors très expressif, j'ai pu percevoir une certaine fierté de sa part : un grand sourire, des yeux brillants.

Les deux infirmières ont souhaité terminer les deux entretiens en insistant sur une approche différente du soin. La première infirmière énonce : « *je voulais juste insister sur le fait que la chimie, les médicaments, on ne peut pas passer à côté c'est sûr mais il ne faut pas oublier qu'il y a pleins d'autres choses qui peuvent être complémentaire auxquelles on ne pense pas forcément* ». La seconde infirmière complète cette vision : « *on n'y pense sûrement pas assez souvent car c'est non médicamenteux et qu'en fait ça apporte beaucoup* ».

Partie IV : Discussion.

Pour cette dernière partie de mon mémoire, j'ai fait le choix d'approfondir trois notions qui me sont parues indispensables au fil de mes recherches et de mes analyses. Tout d'abord, nous allons nous intéresser particulièrement à l'entrée en institution d'une personne âgée, ensuite, à l'utilisation de la musique lors des soins, et nous terminerons par un focus sur les émotions des soignants et des patients...

4.1. L'entrée en institution, une étape charnière !

Lorsque l'on parle de l'entrée en institution d'une personne âgée, notamment lorsqu'elle entre dans un EHPAD, son bien être fait figure d'objectif prioritaire. En effet, lorsque je compare mes recherches théoriques ainsi que l'analyse des deux entretiens, de nombreux éléments sont mis en évidence.

Tout d'abord, la place de la personne en institution est réglementée depuis 1999 -revue en 2007- par la Charte des droits de la personne âgée. Celle-ci insistant sur la place à part entière des personnes en institutions. Depuis de nombreuses années, plus exactement depuis 1789, chaque individu se voit attribuer un certain nombre de droits. Ainsi, il apparaît comme une évidence que même si un individu entre dans une institution, tout ou partie de ses droits soient maintenus. Il me semble essentiel de poser ici les grandes lignes de ces droits : le choix de vie, le cadre de vie, la présence et le rôle des proches, la liberté d'expression, la préservation de l'autonomie, le respect de la fin de vie, la protection juridique et des droits, l'accès aux soins, l'accès à une vie sociale et culturelle, ...

Ensuite, lors de l'analyse des entretiens, les infirmières expliquent que le mode d'entrée des personnes en institution définit aussi le vécu de la vie au sein de celle-ci. En effet, bien qu'un individu puisse faire le choix de son plein gré d'entrer en institution pour des raisons qui lui sont propres : par exemple pour lutter contre la solitude, ou bien pour un accès aux soins facilité, il n'en est pas de même pour tous les individus. Effectivement, une décision médicale ou familiale peut avoir été prise. Ainsi, une personne qui a fait le choix de cette nouvelle vie va pouvoir se préparer psychologiquement à entrer en institution.

Nous pouvons alors nous rapporter aux différentes phases du deuil de Kübler Ross que va traverser l'individu : le déni, la colère, la tristesse, la résignation, l'acceptation. Mais il ne faut pas oublier que chaque personne est différente et qu'assurément, certaines personnes n'arriveront pas à

l'acceptation de leur situation. Une des infirmières a pu exprimer lors de l'entretien qu'une personne va faire face à de nombreux deuils lors de son entrée en institution. Cela est en accord avec Donnio (2005) qui voit le domicile des individus comme un symbole d'attachement immatériel. En effet, je pense que pour chacun d'entre nous, notre domicile, notre logement, notre cocon, -appelons-le comme bon nous semble- est le principal lieu de nos souvenirs. En ce sens, et dès qu'une personne entre en EHPAD, elle laisse derrière elle tout un tas de souvenirs qui lui sont chers. Je pense qu'il est important de ne pas négliger qu'il y a le deuil du domicile mais également tout ce qui s'y rattache : un rythme de vie, et des habitudes de vie qui se voient transformées. Le manque de visites de leurs proches peut également leur procurer une sensation d'oubli, une infirmière exprime : *"ils vont avoir leur famille au téléphone et vont savoir qu'ils font un repas de famille et qu'ils ne sont pas conviés"*.

J'imagine également que l'institution peut faire peur à l'entourage des patients. Effectivement, en tant que soignants nous ne faisons pas toujours attention à de nombreux petits détails qui sont pour nous du quotidien. Mais n'est-ce pas vrai que lorsque nous entrons dans une institution, une certaine odeur s'en dégage ? Il y a peut-être une réflexion à mener également sur le probable manque d'intimité pour les familles lors des visites. L'entrée en institution est alors une période parfois difficile pour les patients, mais je pense également pour leur entourage.

Assurément, et d'après toutes mes recherches, cette période d'entrée en institution est compliquée pour un bon nombre de personnes. A l'aube de la construction de mon mémoire, j'ai souhaité mettre cette problématique en avant. En effet, si les personnes font le deuil de tout un tas d'habitudes dès lors qu'elle rentre dans une structure, n'y aurait-il pas la possibilité de leurs rappeler des souvenirs par exemple par le biais d'une musique ?

4.2. Utilisation de la musique, une thérapie ?

La substantifique moelle de mon mémoire était bien sûr axée sur la musicothérapie. Cela est apparu comme une évidence après avoir vécu ma situation d'appel, il fallait absolument que je comprenne comment cela était possible ? Que s'était-il passé ? était-ce seulement le fruit du hasard ?

Tout d'abord, lors de mes recherches, j'ai compris la façon avec laquelle la musique exerçait son pouvoir sur le cerveau. En effet, si je m'appuie sur mes recherches, la musique, une fois captée par nos oreilles va se transformer en signal électrique et de ce fait va arriver dans de nombreuses aires cérébrales. Il est important de comprendre qu'elle va agir particulièrement sur les aires de la mémoire, des émotions et des mouvements. Depuis quelques années, la musique est reconnue comme un

moyen efficace d'entrer en communication avec les patients, en leur apportant de nombreux bénéfices : elle a une visée antalgique et anxiolytique par exemple.

J'ai ensuite pu bénéficier de l'expérience des infirmières dans deux services différents pour illustrer l'utilisation de la musique et les bienfaits que cela apporte. En effet, elles m'ont toutes les deux montré que la musique pouvait être bénéfique pour les patients, pas uniquement dans les soins, mais également dans leur vie quotidienne. L'utilisation de la musique est alors vécue comme un plaisir, et un rappel aux souvenirs. J'ai tout de suite fait le lien avec mes recherches sur les deuils.

La musique m'anime, c'est une certitude. Tout au long de ma formation, j'ai mis un point d'honneur à pouvoir l'immiscer lors de chacun de mes stages, dès lors que la situation pouvait s'y prêter. Lors de mon 4^{ème} semestre, j'ai effectué un stage dans un service de soins de suite et de réadaptation durant 10 semaines. J'ai pris en soin une femme âgée de 42 ans, celle-ci présentait un retard mental de naissance : je vais l'appeler Mme Z. Mme Z était entrée pour des troubles digestifs à type de vomissements pendant et après chaque prise de repas. De nombreuses explorations avaient été menées : aucune anomalie fonctionnelle n'était mise en évidence, les médecins l'expliquaient par un trouble psychique. J'avais pu échanger durant de longs moments avec Mme Z, celle-ci m'avait parlé du décès de ses parents depuis peu de temps, cela était un énorme bouleversement pour elle. Un soir, alors que le service était calme, je me suis assise près de Mme Z après lui avoir servi son plateau repas. Soudain, elle me dit qu'elle aimerait écouter de la musique de Michel Sardou, les lacs du Connemara. Je saisis alors mon téléphone et lui mets la musique, tout en lui rappelant l'importance de prendre son repas en même temps... Mme Z s'est mise à chanter, rire, danser, un vrai moment de bonheur pour elle. Ce n'était pourtant qu'une simple musique... Les musiques se sont alors enchaînées, Mme Z s'est installée à sa table, et à manger la totalité de son plateau repas. Aucun vomissement n'a alors suivi. Je me suis questionnée sur la question du hasard de cette situation. Cela n'était sûrement pas dû uniquement à l'utilisation de la musique, mais cela m'avait permis de créer un lien avec Mme Z, un lien de musique, un lien de confiance, un lien de bonheur. Les jours qui ont suivis, une routine s'est alors installée avec les équipes soignantes lors des prises de repas de Mme Z : les soignants lui mettaient systématiquement une musique. Cela lui a permis de reprendre du poids petit à petit et ainsi de rentrer à domicile dans les semaines qui ont suivies.

Une autre situation m'a particulièrement marquée plus récemment en 3^{ème} année, lors d'un stage dans le domaine de la santé mentale. Ce stage s'est déroulé dans un hôpital de jour. Un matin, un patient atteint de troubles schizophréniques est arrivé au centre jour avec le visage fermé, le dos voûté, un véritable repli sur soi. Ce patient était d'un naturel très ouvert à la discussion et particulièrement souriant. C'est moi qui ai réalisé son accueil, changement de masque et prise de température. Ce patient m'a alors expliqué que depuis son réveil, il ressentait une certaine difficulté

respiratoire, une gêne, et qu'il avait une sensation d'oppression. Il me raconte qu'il fait régulièrement des crises d'angoisse et que celle-ci est particulièrement difficile à gérer pour lui. En accord avec les infirmières présentes ce jour, j'ai proposé à ce patient d'écouter une musique de relaxation, ce qu'il a tout de suite accepté. Il s'est alors installé dans une position confortable, et j'ai mis une musique de relaxation. Je l'ai alors laissé seul durant 15 min à sa demande. A mon retour, il m'explique avoir eu la sensation de voyager en Irlande, que certains instruments lui faisaient penser à ça. Ce qui m'a le plus marqué dans cette situation, c'est sa posture et son visage : il avait retrouvé le sourire, il se tenait droit et ne se sentait plus angoissé. Nous avons alors instauré un temps de musique chaque matin lors de son arrivée.

Lorsque j'ai interrogé les deux infirmières, à la fin de chacun des entretiens, celles-ci m'ont dit quelque chose que je pense très évocateur de l'utilisation de la musique. Elles ont pu exprimer que la musique fait partie intégrante de notre quotidien, mais c'est quelque chose vers laquelle nous ne nous tournons pas facilement au quotidien pour les patients. En effet, je pense que bon nombre d'entre nous écoute la musique à des moments différents : au réveil, dans la voiture, en famille, ... Cela nous rappelle donc à quel point la musique nous suit dans notre quotidien. A contrario, dans les services, c'est une méthode que l'on rencontre peu. Si je pousse ma réflexion un peu plus loin, les personnes qui vivent par exemple en EHPAD ont pour la plupart aux alentours de 80 ans. Je pense donc qu'à leur époque ils se servaient plus de leur poste de radio pour écouter la musique, se tenir informé des informations, que de la télévision vers laquelle on se dirige plus facilement maintenant.

Afin d'appuyer ma réflexion, je pense que l'utilisation de la musique, bien qu'elle puisse être une thérapie pour les patients, pourrait en être une pour les soignants. En effet, lors de l'utilisation de la musique dans ses situations de soin, ma vision du soin a totalement changé. Je connais la nécessité de soigner l'Autre par le biais de thérapie dites traditionnelle, mais, le fait de pouvoir apporter aux patients un « petit plus » dans les soins m'a permis de valoriser mon travail. La relation thérapeutique et de confiance que j'ai pu créer avec les patients grâce à cela est très importante. Le fait qu'un patient puisse accepter un soin, voire adhérer à un programme thérapeutique et ceux grâce à une relation de confiance, est très important pour moi.

Lors de la construction de mon mémoire j'ai essentiellement axé mes recherches sur l'action de la musique sur le cerveau. Or, lorsque j'ai interrogé les deux infirmières, celles-ci ont de nombreuses fois abordé le sujet des émotions : les émotions des patients mais également leurs propres émotions. De plus, lorsque j'ai vécu toutes ces expériences où la musique a pu s'immiscer au cœur du soin, de nombreuses émotions ont surgies au fond de moi...

4.3. Les émotions du soignant face à l'émoi du patient.

Dans un premier temps, toutes les situations que j'ai rencontrées, ou que les infirmières m'ont décrites, ont un point commun : la vulnérabilité de la personne soignée. En effet, lors de mes recherches je me suis intéressée particulièrement à cette notion. Souvent interprétée comme une caractéristique dite négative pour un individu. Or, d'après mes recherches le fait d'avoir conscience de la vulnérabilité d'autrui permet au soignant d'adapter sa posture et ainsi d'établir une relation sécuritaire et égalitaire avec le patient.

Si je m'appuie sur les dires des deux soignantes, les patients, ressentent énormément d'émotions lorsqu'ils écoutent de la musique au quotidien. En effet, elles ont pu remarquer l'apparition de sourires, un apaisement, de la joie sur leurs visages. Le fait d'avoir conscience de ces émotions procurées pour les patients peut-il avoir un impact sur les soignants ?

Chaque soignant, du fait de sa singularité, est doté de nombreuses valeurs soignantes qui lui sont propres. Lorsque j'ai effectué des recherches je me suis particulièrement intéressée à la sollicitude. Pour rappel la sollicitude est définie par le dictionnaire Le Larousse comme "des soins attentifs, affectueux à l'égard de quelqu'un". Lorsque nous parlons de prendre soin de l'Autre, beaucoup de soignants insistent sur le fait qu'il ne faille pas s'attacher, mettre une certaine distance professionnelle. A contrario donc de cette définition qui cible l'affect. Mais je me questionne quant à cette valeur soignante : ne permet-elle pas de se sentir au plus proche de l'Autre afin d'en partager les émotions ?

Je pense par ailleurs que ces émotions sont ressenties par le soignant, si celui-ci s'autorise à entrer en relation avec l'Autre, plus particulièrement lorsqu'il répond à une certaine sollicitude. Dans ma pratique professionnelle en tant qu'auxiliaire de vie à domicile, j'ai partagé de nombreux moments avec les patients, dont je m'occupais au quotidien, sans jamais me questionner sur cette fameuse distance professionnelle. En effet, lors de mes interventions au domicile des patients, je m'assurais systématiquement qu'il ne manque de rien, je faisais en sorte de répondre à leurs besoins au maximum. Par ailleurs, lorsque je rentrais chez moi, les soucis du travail n'envahissaient pas mon quotidien. Je pense donc que c'est aussi ça la juste distance, savoir donner et recevoir des Autres, avoir des émotions, juste ne pas être accablée lorsqu'une situation se dégrade. Ressentir des émotions n'est pour moi pas quelque chose de négatif, il ne fait que renforcer le côté humain de notre travail.

Si j'émet l'hypothèse que les émotions soient un partage entre deux individus, il paraît évident que lors de ma situation d'appel de nombreuses émotions ont été ressenties d'une part et d'autre.

4.4. Nouveau regard sur la situation de départ.

Cette analyse n'est bien sûr que le fruit de ma propre réflexion, elle est basée sur mes recherches, elle est faite uniquement de mon ressenti et de supposition de ma part. Celle-ci est donc discutable et peut être appréhendée de différentes façons.

Si je me replonge dans ma situation de départ quelques années auparavant, ce travail d'initiation à la recherche a pu m'apporter beaucoup de réponses. Tout d'abord, lorsque j'ai réalisé l'accompagnement de Mme X, de nombreuses questions m'ont traversé l'esprit. Je pense que sans même m'en rendre compte j'ai été touchée par la façon dont Mme X pouvait exprimer son refus. De plus, ma posture de jeune étudiante ne m'a pas permis d'affirmer auprès de l'aide-soignante à qui je me suis adressée pour lui exprimer que je ne me sentais pas capable de réaliser ce soin. En effet, le fait que Mme X soit totalement fermée lors de mon entrée dans la chambre et que je doive absolument réaliser ses soins de confort a totalement bousculée mes valeurs soignantes d'écoute, de compréhension et avant tout de respect de l'Autre. Je me rends compte que ma posture était au-delà de l'empathie dans cette situation, en effet, la sollicitude est la notion la plus adaptée par rapport à mes ressentis. De nombreuses émotions se sont accumulées au fond de moi, notamment une certaine tristesse face à l'incompréhension de la réponse de l'aide-soignante. En effet, j'ai eu la sensation d'abuser de mon pouvoir de soignante : Mme X étant vulnérable, elle n'a pas pu exprimer oralement son refus. L'organisation de cette institution insistait sur le fait de réaliser une toilette complète chaque jour, il n'y avait donc pas de place pour la parole de cette résidente. Je ne me suis pas sentie en accord avec moi-même.

Ensuite, lorsque j'ai pu mettre en place la musique dans les jours qui ont suivis la relation de soin à totalement changée. Mme X, bouleversée par ses émotions, s'est ouverte, si je peux me permettre, comme une fleur au printemps. Son regard, sa posture, ont totalement changé. Le fait d'entendre le son de sa voix m'a totalement chamboulée, c'est pourquoi j'ai fait le choix de m'asseoir à ses côtés et de prendre le temps de partager cet instant avec elle. Le fait que ce soit une chanson d'amour lui a sûrement rappelé de nombreux souvenirs avec son mari. Il venait la voir chaque jour, lui portait un bisou et l'appelait toujours par des petits surnoms.

Mme X, en quelque sorte enfermée au fil des années dans son propre corps, avait fait face à de nombreux deuils de sa vie d'avant, au-delà même je pense d'une entrée en institution. Cette musique lui avait sûrement permis de voyager dans sa vie passée, ou la musique rythmait son quotidien.

4.5. De la question de départ à la question de recherche...

Lors de mes recherches et grâce aux réponses des professionnels j'ai pu apporter un certain nombre d'éclaircissement à ma question de départ. J'ai par ailleurs pu me questionner tout au long de ce travail, c'est ainsi que ma question de recherche serait la suivante : *En quoi l'utilisation par l'infirmière d'une musique connue auprès d'une personne vulnérable impacte-elle les émotions au cœur de la relation soignant-soigné ?*

Partie V : Conclusion.

Afin de réaliser ce travail d'initiation à la recherche, je me suis appuyée d'une situation que j'ai vécu lors d'un stage lors de ma première année de formation. Cette situation m'a beaucoup touchée, et interpellée. En effet, beaucoup de questionnements au cours de l'analyse de cette situation m'ont permis d'arriver à ma question de départ. Cette question de départ m'a permis de définir des notions clés qui ont orienté mes lectures et mes recherches. Ensuite, j'ai interrogé deux infirmières travaillant dans des services différents. Le regroupement de toutes ces données m'a permis d'apporter des réponses à ma questions de départ, mais également d'avoir une réflexion différente sur ma situation d'appel.

Assurément, toutes ces recherches m'ont poussé dans ma réflexion, pour avoir une vision différente de l'entrée d'une personne dans une institution par exemple. Le fait qu'un individu qui entre dans une institution quelle qu'elle soit, puisse faire face à des deuils, me permet de comprendre que les comportements et les attitudes de chacun vont différer. En EHPAD, nous parlons de la vie d'avant, mais une personne à qui un médecin vient d'annoncer une maladie, curable ou non, sait que sa vie va potentiellement changer, à court ou moyen terme. Il est donc normal qu'une période d'adaptation se mette en place. Je pense que d'en avoir conscience, et d'avoir compris dans les grandes lignes ce fonctionnement, est un réel atout pour ma future pratique soignante. D'autre part, la notion de vulnérabilité était pour moi imprécise. Or, cette notion revêt une importance pour adapter ma posture soignante. Selon moi, le fait de comprendre qu'une personne est vulnérable, permet de mettre en avant des valeurs soignantes pour accompagner au mieux ces personnes. Aussi, lorsque je me suis confrontée à la notion de sollicitude, je n'en avais jamais entendu parler auparavant. Cette valeur soignante est selon moi portée par de nombreux professionnels. L'empathie étant une notion bien plus commune, les soignants se qualifient ainsi plus facilement avec cette notion. Or, selon moi la sollicitude est un trait de personnalité plus axé sur l'affect que sur la compréhension de l'Autre. De plus, pouvoir m'assurer d'accorder la musique au quotidien dans ma future pratique professionnelle est un réel plaisir. Bien que je n'aie pas effectué de recherches sur les émotions, j'ai pu pousser ma réflexion autour de ce sujet. Cela m'a fait prendre conscience de toutes les émotions que je peux ressentir au quotidien.

Ce mémoire d'initiation à la recherche est un travail que j'ai accompli tout au long de cette troisième année de formation en soins infirmiers. Bien qu'au départ, je ne me faisais pas confiance

quant à la réalisation de ce travail, j'ai une certaine satisfaction du travail escompté. En effet, ma curiosité et mon attrait particulier pour ce sujet de recherche m'ont permis de réaliser ce travail avec beaucoup de plaisir. Ce sujet, aussi passionnant soit-il, est pour moi un réel atout pour ma future carrière professionnelle.

BIBLIOGRAPHIE

Articles :

- Dugravier, R. & Barbey-Mintz, A. (2015). Origines et concepts de la théorie de l'attachement. *Enfances & Psy*, 66, p14-22.
- Donnio, I. (2005). L'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. *Gérontologie et société*, 28(112), p73-92.
- Mistycki, V. & Guedeney, N. (2007). Quelques apports de la théorie de l'attachement : clinique et santé publique. *Recherche en soins infirmiers*, 89, p43-51.
- Voulminot & Cottey & Sanchez, (2019). La musique adoucit le soin. *L'infirmière magazine*, n°409, p30.
- H. Chaput & D. Boujon Ladrech, (2015). Prendre en compte la fragilité dans la pratique soignante. *Soins gérontologie*, n°111, p19 à 22.
- Furstenberg, C. (2011). La clé des soins relationnels : la sollicitude en chemin au domicile. *Recherche en soins infirmiers*, 107, 76-82.
- C. Sautereau, (2013). Subjectivité et vulnérabilité chez Ricoeur et Levinas, *Etudes Ricoeuriennes*, Vol 2, n°2. p. 14.
- E. Lemoine & L. Lange & F. Chapuis & P. Vassal (2014). Relation soigné soignant : réflexions sur la vulnérabilité et l'autonomie, *Ethique&Santé*, Volume 11, Issue 2, p 85 à 90.
- G. Cervellin & G. Lippi (2011). From music-beat to heart-beat : A journey in the complex interactions between music, brain and heart, *European Journal of Internal Medicine*, Volume 22, Issue 4, p. 371-374.

Articles de lois :

- Vulnérabilité, Code pénal, Article 434-3.
- Charte des droits des personnes âgées créée en 1999 et revisitée en 2007.

Cours théoriques :

- UE 2.2 S1 : Cycles de la vie et grandes fonctions. *CM : connaissances infirmières sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux*, Mr Desevedavy. 2019.

Dictionnaire :

- Définition « le soin », Le Larousse en ligne, [Définitions : soin, soins - Dictionnaire de français Larousse](#).

- Définition « la vulnérabilité », Le Larousse en ligne, [Définitions : vulnérabilité - Dictionnaire de français Larousse](#).
- Définition « la sollicitude », Le Larousse en ligne, [Définitions : sollicitude - Dictionnaire de français Larousse](#).
- Définition « le deuil », Le Larousse en ligne, [Définitions : deuil - Dictionnaire de français Larousse](#).
- Définition « la sollicitude ». A. Furetière, Dictionnaire universel de Furetière, (1690), dans le dictionnaire en ligne Le Robert. [Sollicitude - Définitions, synonymes, conjugaison, exemples | Dico en ligne Le Robert](#).

Emission de radio :

- H.Platel & E. Bigand, Emission sur le subconscient et le cerveau mélomane, France inter, 01/2005. [Le subconscient et le cerveau mélomane du 01 janvier 2015 - France Inter](#)

Image :

- Image de couverture, [REISO - La liste des parutions - Recherche appliquée : « Bien vieillir avec la musique »](#).

Ouvrages :

- W. Hesbeen, *Prendre soin à l'hôpital*, 1997.
- M.F Collière, *Le premier art de la vie*, 1998.
- MA. Ripoché, *Prendre soin, Care, Caring*, 2012.
- C. Fleury, *Le soin est un humanisme*, 2019.
- P. Ricoeur, *Soi même comme un autre*, 1990.
- F. Gros, *Sollicitude*, 2012.
- Bowlby, *La théorie de l'attachement*, 1969.
- E. Kubler-Ross, D. Kessler, *Sur le chagrin et sur le deuil*, 2011.
- J.F Wolff, *Pourquoi la musique ?*, 2015.

Site internet :

- S. Guétin, Music care, 2005. <https://www.music.care>

ANNEXES

I. Guide d'entretien.

Bonjour, je m'appelle Lucie DALRONCO et je suis étudiante infirmière en 3ème année au CHU de Pontchaillou à Rennes. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, je me permets de venir vers toi pour te poser quelques questions. La thématique de mon mémoire est : la place de la musique dans le prendre soin. Cet entretien sera totalement anonyme. Es-tu d'accord pour que cet entretien soit enregistré ? Je te remercie.

1-Quel est ton parcours professionnel ?

2-Qu'est ce qui t'a motivé à venir travailler dans ce service ?

→ Qu'est ce qui te plaisait quand tu as fait le choix de travailler dans ce service ?

3- Si tu devais définir le prendre soin avec tes mots, qu'est-ce que tu dirais ?

→ Donne-moi ta propre définition de prendre soin.

4- Quand tu prends soin d'un patient, à quoi fais-tu attention ? A quoi es-tu vigilant ?

→ Quand tu t'occupes d'un patient, qu'est-ce que tu observes chez lui ?

5- Quels sont les indices qui te font penser que tu te trouves dans un prendre soin de qualité ?

→ Quand tu observes un patient, sur quoi te base tu pour te dire que tu es dans un prendre soin de qualité ?

→ Quels sont tes critères ?

→ Quelles sont tes valeurs soignantes en lien avec le prendre soin de qualité ?

6- Qu'est-ce que la personne peut ressentir lors de son entrée en institution ?

→Selon toi, qu'est-ce que signifie, pour la personne âgée, l'entrée en institution ?

→ Face à quels genres de deuil la personne se retrouve-t-elle ?

7- "La vulnérabilité de l'individu, ou sa fragilité, peut donc trouver son sens originaire dans la temporalité elle-même : subissant une série de péripéties et de rencontres qu'il n'a pas nécessairement initiées, dont le sens lui échappe ou lui paraît dissonant, l'individu s'expose et se

trouve dépossédé de lui-même.” (P. Ricoeur, “Autonomie et vulnérabilité,” *Le juste 2* (Paris, Éditions Esprit, 2001), 86.).

-Qu'est-ce que tu en penses ?

-A ton avis, dans quelle mesure, la vulnérabilité engage le soignant ?

→ Qu'est-ce que cette définition de Ricoeur, te fait penser de la vulnérabilité ?

→ Qu'est-ce que tu fais en tant que soignant face à une personne vulnérable ?

8- Qu'est-ce qu'apporte la musique dans le prendre soin d'une personne ?

→ A quoi peut servir la musique lorsque tu prends soin d'une personne ?

→ Qu'est-ce qu'elle peut apporter en plus ?

Dans quelles situations as-tu recours à la musique auprès des personnes âgées ?

→ Quand prend tu la décision d'utiliser la musique ?

→ Qu'est ce qui fait que dans une situation tu ressentes le besoin d'utiliser la musique ?

9- Est ce que tu te souviens d'une situation avec une personne âgée où la musique à fait la différence dans le prendre soin ?

→ Peux-tu me décrire une situation où, lorsque la musique à été initiée, le prendre soin à pris une tout autre tournure ?

10- As-tu quelque chose à rajouter ?

→ Remerciement de l'infirmière interrogée

→ Rappel sur la garantie de l'anonymat.

II. Retranscription des entretiens.

III. 1. Retranscription du premier entretien.

EIDE : Je me permets de venir vers toi pour te poser quelques questions. La thématique de mon mémoire, c'est la place de la musique dans le prendre soin. Cet entretien est totalement anonyme, il sera anonymisé. Es-tu d'accord pour que j'enregistre l'entretien ?

IDE : OK.

EIDE : Alors je voudrais savoir déjà quel est ton parcours professionnel ?

IDE : Je suis infirmière depuis 2010, donc diplômée depuis douze ans. Depuis que je suis diplômée j'ai toujours travaillé en psychiatrie. Avant d'être infirmière, j'ai été ASH puis aide-soignante. J'ai un parcours atypique puisque j'ai fait une première fois l'école d'infirmière mais j'ai arrêté, et je suis passée par aide-soignante pour retourner en école d'infirmière.

EIDE : Et qu'est ce qui a motivé à venir travailler dans ce service ?

IDE : Alors en fait, ça a commencé ou j'étais dans une unité dite de réhabilitation au long cours. Et en fait j'ai commencé à m'intéresser à l'éducation thérapeutique. J'avais envie de faire un diplôme universitaire, mais je ne savais pas trop lequel. J'avais besoin de retrouver un peu de souffle et du coup, j'étais intéressée par le DU éducation thérapeutique sur lequel j'étais tombée un peu par hasard et on m'avait dit OK pour que tu fasses le DU, mais fait d'abord la formation de 40 heures pour voir si ça te plaît. Ça m'a plu. Du coup, j'ai attaqué le DU et pendant le DU j'ai créé un programme d'éducation thérapeutique sur les émotions. Mon guidant de mémoire à l'époque était un praticien hospitalier sur le centre de jour. Et du coup, suite au DU, j'ai pu venir une journée par semaine pour préparer ce programme d'éducation thérapeutique, là pour continuer à y travailler et pour qu'on le dépose l'ARS en tant qu'éducation thérapeutique. Et en venant ici, je me suis rendu compte que les soins de réhabilitation psychosociale et tous les soins de remédiation cognitive que pouvait proposer le centre de jour m'intéressaient beaucoup. Du coup, ensuite, j'ai postulé et je suis arrivée au centre de jour, il y a maintenant cinq ans. Depuis cinq ans, je suis au centre de jour, j'y ai été pendant quatre ans à temps plein et depuis octobre 2020, je suis à mi-temps ici et sur le centre régional en réhabilitation sociale de Bretagne.

EIDE : Nous allons parler maintenant spécifiquement du prendre soin. Est-ce que tu pourrais me définir, le prendre soin avec tes mots, ce que c'est selon toi ?

IDE : Pour moi, le prendre soin, c'est accompagner, c'est accompagner les personnes qui observent qu'elles peuvent avoir des difficultés si elles n'observent pas qu'elles peuvent avoir certaines difficultés, qu'elles ont du mal à pointer. C'est les aider à y voir clair dans leur parcours, dans l'histoire de leur maladie, dans leur histoire de vie, pour au mieux les accompagner avec ce qu'elles savent déjà faire, ce qu'elles savent encore faire, ce sur quoi la maladie n'a pas impacté. Et aussi pour développer avec elles soit ce qui a été perdu, soit ce qui a été un petit peu diminué pour pouvoir travailler avec, avec les personnes en collaboration, pour les mener vers leur projet de vie et leur projet, leur projet de vie à long terme.

EIDE : D'accord. Quand toi tu prends soin d'un patient. A quoi es-tu particulièrement vigilante ?

IDE : Par rapport à ma manière de faire ?

EIDE : C'est vraiment sur les caractéristiques de ton prendre soin. En fait, qu'est-ce que tu observes chez lui le patient.

IDE : Alors, avant d'observer des choses, je vais d'abord prendre connaissance de ce qu'il veut. Parce que je pars du principe que si c'est moi qui décide pour lui, l'objectif sera peut-être atteint avec un peu de bol, mais il le sera certainement moins que si c'est lui qui a posé son propre objectif. Donc déjà, je veux être vigilante à voir si moi, les idées que je peux avoir en tête de proposition, de soins ou d'accompagnement correspondent déjà à ses difficultés, à ce qu'il a travaillé et corresponde également à ses envies. Et du coup, on va essayer de travailler ensemble. Voilà, vous avez telles difficultés, donc moi je vais être vigilante à vous accompagner sur ces difficultés là si vous vous en faites la demande. Mais je vais être aussi vigilante à vous apporter, à vous accompagner sur les choses qui sont véritablement nécessaires et m'adapter également à sa temporalité, à ses habitudes de vie, au-delà de ses désirs, ses envies, de ses loisirs. Parce que si, par exemple, il me dit qu'il n'aime pas du tout les travaux manuels, je ne vais pas aller forcément but en blanc lui dire c'est quand même important donc il faudrait que vous fassiez de la mosaïque. Voilà, il n'y a pas forcément d'intérêt. Donc du coup la première chose vraiment qui va me servir et que je vais essayer de fouiller un peu. C'est quelles sont ses envies à lui, quel est son projet de vie pour pouvoir après lui proposer des choses qui correspondent à ce projet-là.

EIDE : Et du coup, quels sont les indices que va te donner le patient qui vont te faire penser que tu trouveras en prendre soin de qualité ?

IDE : Déjà son accord. Si effectivement il me dit qu'il n'y a pas de problème, visiblement la proposition n'était pas trop déconnante. Redis-moi la question exactement.

EIDE : Quels sont les indices qui te font penser que tu te trouves dans un prendre soin de qualité ?

IDE : Le fait qu'il soit en accord. Le fait qu'il vienne déjà. Le fait de savoir si, effectivement, oui, il arrive à se mobiliser, à se motiver pour être là au moment où on a défini ensemble ou il devait être là pour poursuivre certains soins. Donc, sa présence mais également son implication. S'il est actif pendant le ce qui est proposé ou s'il est plutôt passif. Après, ce n'est pas parce qu'une personne est passive qu'elle ne va pas en tirer des bénéfices. Mais effectivement, on ne note pas les choses de la même manière dans l'implication s'il est plus passif ou actif. S'il vient d'accord, mais s'il vient avec plaisir, ça aussi. Et puis la qualité aussi pour moi, c'est est-ce que parce que notre but en fait en réhabilitation, c'est aussi qu'on ré entraîne les choses sur le centre de jour, mais l'idée, c'est qu'ils doivent aussi transposer chez

eux et se servir des billes qu'on leur donne pour pouvoir faire après de leur côté. Et un accompagnement de qualité, effectivement, ce n'est pas magique, ce n'est pas en un claquement de doigts qu'on arrive à tout ça. Mais si effectivement la personne me dit « Oh bah du coup, la recette qu'on a fait en culino, je l'ai faite à la maison. Bon, je l'ai laissé cramer, mais c'était bon quand même ». C'est que la personne a su se ressaisir des choses qu'elle a su transposer chez elle. Et du coup, là, ça a été judicieux de faire ça. Et visiblement, la personne a su s'en saisir.

EIDE : Est-ce que tu sais ce que peut ressentir une personne lors de son entrée en institution ? Qu'est-ce que ça signifie pour elle ?

IDE : Je ne sais pas. Ce n'est pas si simple que ça, parce qu'une entrée dans une institution ou en tout cas une nouvelle admission dans une nouvelle structure, c'est dépendant de tellement de choses. Alors déjà il y a la personne, déjà son intérêt et ce qu'elle a envie de venir ou pas, est-ce qu'on l'oblige à venir. Après, je pense que moi, d'un point de vue personnel, je n'imagine rien de ce qu'elles peuvent se penser que de ce qu'elles peuvent imaginer ou penser. Je vais attendre qu'elles verbalisent. Alors après, je pense que la qualité de l'accueil peut contribuer au bien-être à l'arrivée. Et si par exemple, on est dérangé à trois reprises pendant l'évaluation ou si quand on fait la visite du centre de jour, il y a un patient qui est un peu moins bien. Ça peut du coup perturber un peu l'arrivée. Je ne suis pas sûr qu'il y ait qu'il y ait un modèle lambda, transposable de toutes les manières, bien sûr. L'idée, c'est véritablement de s'adapter directement à ce que veut la personne si elle a des idées préconçues, réalistes ou pas. Voir si elle arrive à verbaliser dessus pour qu'on la rassure sur le fait que non, ça ne se passera pas comme ça. Les choses sont faites de telle manière ou si, au contraire, il s'agit directement de dire bah oui, effectivement, vous avez, vous vous êtes fait une bonne idée. C'est ça qu'on fait ensemble. Je pense que ça joue beaucoup sur l'accueil d'un nouvel arrivant, sur son système. Et puis le fait de dire que quand on fait visiter les locaux systématiquement, on présente toutes les personnes qu'elle croise, les soignants surtout. Et du coup, c'est vrai que on présente les collègues, on les nomme, on enlève les masques la première fois pour leur faire un petit coucou, pour qu'elle se situe un petit peu qui on est, ce qu'on va faire ? Quel est le type de personnel qu'elle a rencontré ? Donc ça, je pense que ça joue aussi. Après, on ne peut pas enlever effectivement des fois de la tête que parce que c'est aussi en lien avec le mode d'admission sur le centre de jour. Ça peut venir de psychiatres libéraux, de médecins généralistes, de choses comme ça qui ont connaissance des dispositifs. Ils remplissent systématiquement une fiche de liaison ou ils vont donner des informations sur la pathologie, le traitement. Et on demande systématiquement si la personne est d'accord pour venir ou pas. Donc forcément, nous, on a déjà une petite idée en tête. Si la personne dit que oui, si le médecin qui a rempli la fiche de liaison note oui, il est au courant, mais que la personne derrière nous

dit non, mais oui, on en a parlé, mais je ne veux pas venir. On sait très bien que les choses ne vont peut-être pas être si faciles. On dirait que ça nous fait un petit peu tilt parce qu'on se dit Ouh là là, attention, il y a un risque de perte de vue. Et puis il y a des personnes aussi qui peuvent ne pas être d'accord. Et puis en fait, ce qu'on est amené à leur proposer, tout compte fait va leur plaire. Oui, moi on m'a dit que c'était pour parler de la maladie, mais ce que vous me dites, la mosaïque ou la musique, ça m'intéresse plus. Par contre, je ne veux pas entendre parler de la maladie maintenant, mais je veux venir sur la musique. OK, ok, il n'y a pas de problème. C'est une première étape. Et à nous après de voir par quel biais est-ce qu'on peut soit effectivement finir par acquérir la confiance avec sa personne, apprendre à la connaître, voir ce qui lui plaît, ce qui lui plaît moins. Et puis, au fur et à mesure de la route que la relation va se construire, on va réussir à voir. Bah, pourquoi est-ce qu'elle ne veut pas entendre parler de la maladie ? Est-ce que c'est le côté groupe qui la gêne parce qu'elle n'a pas envie de parler devant tout le monde, ce qui peut s'entendre dans ces cas-là, on évoque les choses au fur et à mesure. On peut proposer de l'individuel. Ou est-ce que c'est véritablement le fait qu'elle est en blocage du mot ? Par exemple, il y a eu un diagnostic de schizophrénie. Elle ne veut pas entendre parler de schizophrénie, mais par contre, elle est d'accord pour dire que oui, j'ai des symptômes. Oui, ça me pose quelques problèmes dans ma vie. Je veux bien travailler là-dessus. Vous ne voulez pas entendre parler de schizophrénie ou de troubles bipolaires ? En soi, on s'en fiche. C'est fonctionnel en fait. Oui, mais d'accord, vous ne voulez pas entendre parler de ce terme-là. Vous êtes par contre d'accord pour dire que oui, il y a certains médicaments qui peuvent vous aider et apaiser certaines situations d'angoisse ou de stress, ou voir même apaiser certaines cellules. Pas de soucis, on s'arrête à ça et on voit du coup comment on s'accroche beaucoup moins en fait au premier choc, mais plus aux répercussions qu'il y a sur la vie quotidienne. Donc, si la personne ne veut pas entendre parler de la maladie, mais qu'elle est ok pour dire qu'il y a des répercussions sur son quotidien, au niveau fonctionnel, on parle, on peut quand même bosser. C'est le principal. Tout ça pour moi, ça fait aussi la qualité de l'accueil.

EIDE : Je vais donner juste une petite phrase à lire c'est une phrase de Ricoeur sur la vulnérabilité. Tu me diras ensuite ce que tu en penses ?

IDE : Je ne suis pas forcément tout de suite en accord avec tous les termes de cette phrase. En tout cas pas avec la chute.

Face péjorative de la vulnérabilité ? Parce que pour moi, être vulnérable, ça peut amener des difficultés. Mais être vulnérable, ce n'est pas forcément une difficulté en soi. Mais c'est peut-être moi qui n'ai pas la bonne distance envers la vulnérabilité. Alors pour les mots, les personnes qui viennent en soin au centre de jour qui effectivement peuvent avoir une certaine vulnérabilité au sens où elles

peuvent, entre guillemets, se faire avoir, par exemple par du démarchage ou des choses comme ça ou là. Effectivement, on a plus tendance à être vigilant, alors faut savoir qu'il y en a quand même une bonne proportion. Ce n'est pas non plus une grosse majorité, mais il y a une bonne proportion des personnes qui viennent en soins sur le centre de jour, qui sont sous curatelle, curatelle renforcée ou même tutelle. On en a peu maintenant sous tutelle, mais on en a encore quelques-unes. Et effectivement, nous, notre rôle, ça va être juste, donc vraiment dans un premier temps, d'être vigilants avec eux et de leur rappeler qu'effectivement ils peuvent avoir une certaine fragilité à se faire avoir. Et que du coup, s'ils ont besoin qu'ils ont des doutes ou qu'ils arrivent pas à dire non, des choses comme ça, systématiquement de nous contacter pour voir si effectivement il y a un risque de malveillance des personnes qui ont pu les solliciter ou si au contraire, ils peuvent y aller.

Par exemple, un patient s'était fait avoir, pour le coup il avait signé un truc ou il avait payé le triple de ce qu'il payait actuellement. Du coup donc il en a parlé à l'équipe, ça le mettait dans un état de stress pas possible parce qu'il voyait au-delà du fait de s'être fait avoir, pas plus il allait payer. Sauf que cette personne était sous curatelle. Donc, c'est une vigilance qu'on a, mais on ne part pas non plus du principe que, sous prétexte qu'ils ont des troubles psychiques et qu'il peut y avoir une certaine fragilité, ils vont se faire avoir. C'est juste être vigilant, attentif et disponible aussi.

EIDE : On va passer à la musicothérapie. Mais selon toi, qu'est-ce que peut apporter la musique dans le prendre soin d'une personne ?

IDE : Au centre de jour, actuellement on a plus qu'un seul soin type musicothérapie. On a commencé la musique au centre de jour il y a maintenant six ans. C'est un ou deux bénéficiaires du centre de jour qui, un jour, sont arrivés avec leur guitare. Cela à animé notre temps d'accueil, puis d'autres personnes sont arrivées avec d'autres instruments et cela à permis un temps d'accueil très chaleureux et très vivant entre toutes les personnes. Et puis en plus, on en avait un ou deux qui avaient quand même un super level et ça vous en calmait plus d'un. La manière dont je le dis, c'est ça. Ma manière de parler est très brute de décoffrage. Mais voilà, on sentait qu'il y avait quelque chose qui se posait en fait, jusqu'à en émouvoir certains. On voyait que ça réveillait des choses, mais que ça les réveillait dans le bon sens, que ça ouvrait aussi l'échange avec certaines personnes. Et puis on s'est aussi rendu compte que ça servait aussi à faire marcher un peu de Gingins, à créer un peu de l'envie d'émulation, tout ça. Et du coup, il y a des collègues de l'époque qui se sont dit Oh, il faudrait qu'on essaye de monter un groupe de musique et on avait trois quatre sous le coude, et, plusieurs instruments différents et du coup, les collègues de l'époque ont pris contact avec une association et ils ont joués en groupe.

Et puis donc, il y a maintenant trois ans, déjà, là, on voyait bien que si on y mettait effectivement les objectifs de la musicothérapie, la détente, ouverture émotionnelle, l'ouverture culturelle, toutes ces choses-là. Mais on a aussi observé que ça pouvait aider à travailler un peu les troubles cognitifs, sans véritablement parler de remédiation cognitive au sens propre tel qu'on l'entend. On voyait qu'il y avait quand même des choses à faire au niveau de la concentration, de la mémorisation, de l'organisation, de la planification. Et toutes ces petites choses qui peuvent être altérées avec les troubles psychiques. On voyait que c'était allier le plaisir, le loisir, mais en y mettant des objectifs : s'obstiner à se tenir au fait de venir régulièrement, être à l'heure, par respect pour les autres et pour soi, de suivre une partition, de suivre le timing, le tempo de la chanson. Ça demande de la concentration et ramener tout ça bout à bout ainsi il y a quand même aussi un point de vue social, une cohésion qui se faisait. C'était véritablement devenu un groupe. Le groupe a fait trois ou quatre représentations en mode scène concert. L'un des usagers qui venaient faire de la musique sur le groupe, fait de la MAO depuis plusieurs années et un jour, il est venu enregistrer le groupe avec leur accord. Il est reparti chez lui avec le morceau enregistré et puis il a commencé à le retravailler, l'arranger, rajouter un instrument en plus par le biais de la MAO. Et puis, dans le même timing, la danse a commencé à arriver en santé mentale. On a commencé à en parler beaucoup et on s'est dit que le patient avait quand même énormément de compétences en musique. Mais alors comment est-ce qu'on pourrait essayer d'allier un peu ces compétences en posant aussi des objectifs avec lui, pour lui mais aussi avec les autres ? Comment est-ce qu'on peut faire bénéficier les autres usagers du centre de jour de se patient, de ses compétences et de son expérience de vie ? Au fur et à mesure, le groupe a continué et en même temps on a commencé à réfléchir. Comment est-ce qu'on pourrait faire bénéficier les autres usagers de la MAO et donc de la musique, mais sans avoir la pratique instrumentale ? L'idée, c'était véritablement de pouvoir faire profiter les gens, de créer de la musique, de mettre en note ce qu'ils avaient dans la tête, leur ressenti, leur vie quotidienne. Tout ça, mais sans savoir jouer du pipeau, de la flûte traversière ou du triangle. Et que de se servir du coup de ce lien là avec le patient qui pouvait se créer pour pouvoir avoir les bénéfices qui vont avec, avec tout ce qui est la réalisation de la musique donc, et ce qu'on a observé du coup depuis avec les Mao. Donc déjà pour le patient ça a été assez impressionnant parce qu'au niveau organisation de choses comme ça, c'était assez compliqué. Ils avaient du mal à tenir un planning. Il y avait de temps en temps des loupés. Ce n'était pas cata mais ça manquait de fluidité. Et en fait, depuis que lui, il a été mis du poids en tant qu'animateur de l'atelier de Mao et qu'il a gagné en organisation, il a gagné en concentration, en mémorisation. Et en fait après, on a découvert aussi que c'était son rêve de gosse en fait, que d'animer un atelier de musique pour d'autres personnes. Donc on a observé tout ça comme bénéfices pour lui et puis pour les personnes. C'est vrai qu'on voyait vraiment au premier plan une espèce déjà de détente, d'ouverture aussi

d'ouverture culturelle, parce que des fois, il venait avec en tête un morceau qu'ils voulaient reproduire. Donc c'est arrivé qu'ils reproduisent des morceaux tel quel. Et puis tiens, essaye de faire ça comme ça pour voir ce que ça donne. Et puis de mettre vraiment en application les idées qu'il avait dans la tête, de ne pas forcément réussir à mettre sur papier, sur l'ordi l'idée qu'il avait en tête. Et le fait de voir qu'il y avait aussi des choses positives, des choses agréables qui puissent sortir de leur tête. Et du coup, c'est vrai qu'on voit que les personnes reviennent régulièrement, s'accrochent, sont là, qu'il n'y a pas et viennent quand même.

Ça montre aussi qu'il y a encore des choses à travailler au niveau de l'organisation, mais au moins, ils en ont envie. Et du coup, à partir du moment où l'envie est là, l'envie, le plaisir. On voit bien que la motivation, elle est aussi plus facile à poser. Quand on voit par quel biais on a réussi à les motiver, on peut essayer aussi d'extrapoler ce biais là et d'essayer de le mettre sur un autre truc pour qu'on puisse se servir de ce biais pour engendrer de la motivation pour autre chose. Donc ça, c'est super chouette. Et puis, on a pu aussi observer que le principe même de création donnait aussi de l'estime de soi.

EIDE : Est-ce que tu t'es déjà utilisé toi la musique dans des situations particulières ?

IDE : À l'accueil par exemple, en bas, il y a un poste avec toute une pelletée de cd qui savent qui peut mettre ce qu'ils veulent quand ils veulent. Quand il n'y en a pas, on va proposer soit de mettre la radio souvent le matin. Des fois ils disent oui, des fois ils disent non. Il y a également le fait que, par exemple sur mon programme d'éducation thérapeutique sur les émotions qu'on a au centre de jour, il y a certaines séances où on propose de mettre de la musique parce qu'au niveau émotionnel, ça peut éveiller certaines choses agréables ou désagréables. Et on a par exemple un patient sur le centre de jour qui appelle très régulièrement, qui est très anxieux, qui angoisse d'angoisse et qui va tout le temps en train de se dire je vais faire une crise d'angoisse là et du coup, j'angoisse, je me fatigue. Et lui, il a beaucoup attiré à la musique. C'est-à-dire qu'à la base, il joue de la guitare. Il a été aussi sur le groupe de musique. Et régulièrement, on lui dit d'écouter de la musique. Ce n'est pas de nier l'angoisse, c'est essayer de penser à autre chose d'agréable.

EIDE : Pour terminer, est ce que tu te souviens d'une situation particulière où la musique a fait toute la différence dans l'approche ? Quelque chose qui t'a particulièrement marqué ?

IDE : Oui, mais alors là, ce n'était pas au centre, ce n'était pas en santé mentale. Ça peut être tout autre chose, c'était en soins palliatifs. J'étais en stage à l'époque. En quatre semaines de stage, on avait eu 25 décès et les filles m'avaient dit là, on est quand même sur du record, on est désolé, mais

en même temps, c'est la vie. Mais bon, ça, c'était il y a quinze ans. Et un jour, on a dû accompagner une personne en fin de vie et qui nous a demandé de mettre les quatre saisons de Vivaldi pendant qu'elle partait. En fait, il était prévu que cette personne-là, c'était véritablement la toute fin et qu'elle devait avoir une injection de type hypnovel pour vraiment l'apaiser et qu'elle s'endorme paisiblement. En fait, alors qu'elle souffrait énormément, elle avait beaucoup de culpabilité de décéder parce qu'elle savait que les jours précédents, elle savait qu'elle allait mourir. Et elle culpabilisait parce qu'en fait, elle avait refusé les soins, parce qu'on lui avait proposé de la chimio, mais palliative. Et elle avait refusé. Et du coup, elle culpabilisait énormément d'avoir refusé ce soir-là pour ne pas continuer encore un petit peu de se battre, mais au fond elle était tellement épuisée. Elle culpabilisait aussi parce qu'elle avait des enfants d'une vingtaine d'années. Mais grâce à cette musique j'ai le souvenir de la voir partir apaisée, sans souffrance malgré toute cette culpabilité qu'elle portait.

EIDE : OK super. On va conclure, mais, je voulais juste savoir si tu as quelque chose à ajouter.

IDE : Oui je voulais insister sur le fait que la chimie, les médicaments, on ne peut pas passer à côté c'est sûr mais il ne faut pas oublier qu'il y a pleins d'autres choses qui peuvent être complémentaires auxquelles on ne pense pas forcément.

III.2. Retranscription du deuxième entretien.

EIDE : Je me permets de venir vers toi pour te poser quelques questions. La thématique de mon mémoire, c'est la place de la musique dans le prendre soin. Cet entretien est totalement anonyme, il sera anonymisé. Es-tu d'accord pour que j'enregistre l'entretien ?

IDE : Bien sûr.

EIDE : Super merci. Alors on va, on va commencer. Peux-tu me dire quel est ton parcours professionnel ?

IDE : J'ai été diplômé infirmière en fin d'année 2018. J'ai commencé à travailler au centre hospitalier de ****, donc j'ai commencé à travailler un peu en médecine SSR, ensuite j'ai fait de l'USLD et là depuis deux ans, je suis sur l'Ehpad.

EIDE : Et qu'est qui t'a motivé à venir travailler dans ce service et avec ce public particulièrement ?

IDE : J'ai déjà fait pas mal de stages avec la personne âgée et j'ai également beaucoup travaillé en tant que ASH avant d'être à l'école, sur cet hôpital là et notamment à l'USLD. Et donc, quand j'ai postulé

directement ils m'ont proposé un poste, j'ai donc accepté. Et prendre soin des personnes âgées, c'est quelque chose qui me plaît bien.

EIDE : On va partir sur une autre partie qui va traiter plus spécifiquement du prendre soin. Donc si je te demande de définir le prendre soin avec tes mots, qu'est-ce que tu en dirais ?

IDE : Alors, le prendre soin, pour moi ça va être compliqué car ça regroupe pas mal de choses et de professionnels. D'abord, il y a, il y a le patient, mais il y a aussi la famille de ce patient-là. Et puis autour, il y a quand même des professionnels, des infirmières, des aides-soignantes, des ASH, des ergo, des kinés. C'est vrai qu'on travaille beaucoup en pluridisciplinaire. C'est d'essayer de construire ensemble quelque chose d'assez individualisé pour ce patient, et, essayer de créer un projet de soins individualisé. Il va tourner autour du résident, du patient.

EIDE : Maintenant, plus particulièrement sur le prendre soin. Quand tu prends soin d'un patient ou d'un résident, à quoi fais-tu particulièrement attention, à quoi es-tu vigilante en particulier ?

IDE : Je dirais en premier déjà c'est comment il est, s'il est coopérant. C'est surtout la question de voir si déjà il accepte le soin, savoir s'il est détendu, s'il n'a pas de douleur particulière, ce qui est difficile chez les personnes âgées, de détecter des signes de douleur. Surtout si ces personnes sont atteintes d'Alzheimer, c'est assez difficile. On fait aussi attention à l'environnement : on essaie de respecter un maximum le rythme du patient. A l'EHPAD c'est plus compliqué mais en unité Alzheimer on le fait systématiquement.

EIDE : Et du coup, quels sont les indices qui pourraient te faire penser que tu te trouves dans un prendre soin de qualité ?

IDE : Alors déjà, c'est d'essayer de prendre le temps avec le patient et même d'essayer d'aller son rythme. C'est aussi essayé de le laisser faire. S'il peut faire des choses par lui-même, de le laisser faire, ce qui est parfois quelque chose qu'on oublie de faire. C'est de laisser un maximum d'autonomie aux résidents. Et puis voilà quand le patient ou le résident est satisfait de ce qu'on fait, on est nous aussi content.

EIDE : Et quelles sont tes valeurs soignantes en lien avec un prendre soin de qualité ?

IDE : Alors moi je dirais vraiment l'adaptabilité, surtout dans notre métier. C'est essentiel, c'est sûr. S'adapter parce que d'un jour à l'autre, le patient peut être différent. Et c'est aussi, même si ce n'est pas vraiment une valeur, réévaluée en équipe. Le travail en équipe, surtout pour réévaluer parfois les

traitements ou même la prise en charge. Parfois même des choses qui peuvent parfois poser problème. Depuis peu mis en place des staffs, on peut parler d'éthique ou des choses comme ça.

EIDE : OK, super. J'ai maintenant une autre question, quand une personne âgée fait son entrée en institution selon toi, qu'est-ce qu'elle peut ressentir ?

IDE : En premier je dirai quand même pas mal de solitude, pour certains, c'est beaucoup ça. Parce que forcément, ils le verbalisent bien, ils ont moins de visites, ils voient moins leurs proches aussi. Et puis, on sent bien aussi qu'ils savent que c'est leur dernière maison, il y a quand même beaucoup de tristesse et de nostalgie de leur ancienne vie, ils font le deuil entre guillemets. Ça dépend aussi si leur entrée est une décision médicale ou un choix de leur famille, ou même leur propre choix. Dans certains cas, c'est plus difficile. Quand ils sont ici, ils entendent parler de la vente de leur maison, c'est souvent difficile pour eux forcément.

EIDE : C'est quelque chose qu'on ne pense pas forcément, mais ils font leur deuil quand même de leur vie d'avant c'est ça que tu veux dire ? mais le deuil de quoi particulièrement, tu as une idée ?

IDE : Ouais, complètement. Il y a beaucoup de personnes comme ça. Ce n'est pas facile, ils reparlent beaucoup de leurs maisons. Et puis les personnes vont avoir leur famille au téléphone et vont savoir qu'ils font un repas de famille et qu'eux ne sont pas conviés, c'est souvent très compliqué pour eux.

EIDE : Nous allons passer à la vulnérabilité. Je vais te lire plusieurs fois une citation de Paul Ricœur qu'il a écrit sur la vulnérabilité, ensuite, tu pourras me dire ce que tu en penses. "La vulnérabilité de l'individu, ou sa fragilité, peut donc trouver son sens originaire dans la temporalité elle-même : subissant une série de péripéties et de rencontres qu'il n'a pas nécessairement initiées, dont le sens lui échappe ou lui paraît dissonant, l'individu s'expose et se trouve dépossédé de lui-même."

**(Je lis plusieurs fois et l'IDE prend des notes)*

IDE : Alors je pense qu'elle est propre à chacun, à chaque soignant, par rapport à notre vécu et à nos valeurs. Je pense surtout qu'on est vulnérable face à la mort par exemple ou on n'est pas tous en capacité de pouvoir gérer nos émotions. Je pense aussi dans certaines situations d'urgence ou on n'est pas tous égaux sur nos capacités à pouvoir encaisser surtout par rapport à nos émotions.

EIDE : Alors du coup on va partir vraiment plus sur la musicothérapie. Selon toi, qu'est-ce que peut apporter la musique lorsque tu prends soin d'une personne ?

IDE : Je sais qu'on l'a utilisé avec un résident qui était en situation d'Alzheimer, c'est un monsieur qui écoutait beaucoup de musique classique, et du fait de sa démence frontale pouvait montrer une certaine agitation et une hétéro-agressivité. Plusieurs fois cela s'est présenté, on l'accompagnait dans sa chambre et on mettait de la musique et c'était dingue car ça le calmait énormément. Il était du coup détendu, et on ne l'entendait plus. Alors que cinq minutes avant il hurlait dans les couloirs ou même encore il se tapait la tête contre les murs. Je trouvais cela impressionnant, ça aide vraiment à détendre et amener le résident peut-être à des souvenirs ou des choses qu'il a vécu dans sa vie d'avant.

EIDE : Du coup, on a déjà un petit peu répondu à cette question mais dans quelle situation peux-tu avoir recours à la musique avec une personne âgée ? As-tu d'autres situations ?

IDE : Il y a la situation de ce monsieur mais c'est vrai que j'ai autre chose auquel je pense. Cela fait maintenant deux ans et demi, voire trois ans, que nous avons des bornes musicales dans nos salle à manger. On les utilise tous les jours et on voit vraiment que les résidents sont très réceptifs à cela. On essaie de mettre des musiques de leur époque. Et on remarque tout de même beaucoup de résidents pour qui cela leur permet d'apprécier le moment du repas. De même quand il y a de l'animation, on les sent vraiment réceptifs et des fois on a quand même des sourires alors que ce sont des personnes plutôt fermées en temps normal, ou qui ne communiquent pas trop. Cela permet parfois d'avoir de la communication non verbale chez ces personnes-là. Ça amène du positif et de la bonne humeur, même pour les soignants. Ça nous arrive aussi de nous mettre à chanter et les résidents nous regardent et se mettent à chanter.

EIDE : c'est super tu m'as parlé de plusieurs situations, mais as-tu une situation particulière en tête ?

IDE : Oui, on avait une dame qui était en fin de vie et on lui avait mis un film qu'elle appréciait particulièrement. Cette dame est partie sur le générique du film, c'était un de ses film préféré. Et comme elle est partie sur cette musique générique là on s'est beaucoup si c'était symbolique pour elle aussi cette musique de fin comme de la fin du film. C'était une situation assez impressionnante, qui nous a beaucoup touchés.

EIDE : afin de terminer je vais te demander si tu as envie d'ajouter d'autre chose en lien avec les thèmes que nous avons abordés durant cet entretien ?

IDE : non je pense avoir fait le tour de ce que j'avais à te dire. Mis à part qu'on n'y pense surement pas assez souvent car c'est non médicamenteux et qu'en fait ça apporte beaucoup.

III. Tableaux d'analyse.

Objectif n°1 : définir le prendre soin.

Caractéristiques	Thèmes	Items
Une démarche	Accompagnement	« Accompagner » (x2)
	Patient au cœur des préoccupations	« Tout d'abord il y a le patient Il va tourner autour du patient, du résident. »
Une construction collective	Equipe	« Ça regroupe pas mal de choses et de professionnels » « Pluridisciplinarité »
	Famille	« Il y a aussi la famille de ce patient-là »
Une finalité	Maintien de l'autonomie	« Ce qu'elles savent déjà faire, ce qu'elles savent encore faire, ce sur quoi la maladie n'a pas impacté. »
	Projet de vie individualisé	« Leur projet de vie » « Projet de vie individualisé »

Objectif n°2 : Identifier les caractéristiques du prendre soin

Caractéristiques	Thèmes	Items
	L'attention à l'autre	« Moi je vais être vigilante à vous accompagner sur ces difficultés si vous en faites la demande »

Caractéristiques	Thèmes	Items
Les valeurs du soignant	L'adaptabilité	« L'adaptabilité » « s'adapter parce que d'un jour à l'autre, le patient peut être différent ». « M'adapter à sa temporalité, à ses habitudes de vie, ses envies, ses loisirs ».
	L'écoute	« Savoir comment il est, s'il est coopérant »
Le patient comme métronome	Son rythme	« Prendre le temps avec le patient » « essayer d'aller à son rythme » « essayer de le laisser faire » « laisser un maximum d'autonomie au résident » « respecter un maximum le rythme du patient »
	Son accord	« Déjà son accord » « S'il accepte le soin »
	Ses besoins	« Prendre connaissance de ce qu'il veut » « Savoir s'il est détendu, détecter des signes de douleur »

Objectif n°3 : caractériser l'entrée en institution.

Caractéristiques	Thèmes	Items
	Décision personnelle	« Leur propre choix » « intérêt de venir »

Le mode d'entrée	Décision prise par un professionnel de santé	« Décision médicale » « Le mode d'admission [...]ça peut venir de psychiatres libéraux, de médecins généralistes »
	Décision prise par l'entourage	« Décision de leur famille »
Structuration de l'accueil	Entretien d'accueil	« Si on est dérangé pendant l'évaluation »
	Présentation du personnel	« On présente toutes les personnes qu'elle croise, les soignants surtout » « on présente les collègues, on les nomme, on enlève les masques la première fois pour leur faire un petit coucou » « elle se situe qui on est, ce qu'on va faire, quel type de personnel est ce qu'elle a rencontré ».
	Présentation des locaux	« Visite du centre » « on fait visiter les locaux systématiquement »
Les émotions ressenties par le patient	Tristesse	« Ils savent que c'est leur dernière maison, il y a beaucoup de tristesse » « nostalgie de leur ancienne vie » « ils reparlent beaucoup de leurs maisons »
	Solitude	« ils ont moins de visites, ils voient moins leurs proches » « ils vont avoir leur famille au

		téléphone et vont savoir qu'ils font un repas de famille et qu'ils ne sont pas conviés »
	Inquiétudes	« S'adapter directement à la personne, si elle a des idées préconçues, réalistes ou pas » « verbaliser pour qu'on la rassure »

Objectif n°4 : qualifier la vulnérabilité et la transposer dans la relation de soins.

Vulnérabilité des soignants :

Caractéristiques	Thèmes	Items
Processus	Individuel	« Propre à chacun, à chaque soignant »
	Alimenté par	« Par rapport à notre vécu et à nos valeurs »
Contexte singulier	Face à la mort	« Vulnérable face à la mort »
	Face aux émotions	« On n'est pas tous en capacité de gérer nos émotions »

Vulnérabilité des patients :

Caractéristiques	Thèmes	Items
Contexte singulier	Malveillance d'autrui	« Peuvent avoir une certaine vulnérabilité au sens où elles peuvent, entre guillemets, se faire avoir, par du démarchage par exemple »

	Troubles psychiatriques	« Sous prétexte qu'ils ont des troubles psychiques et qu'il peut y avoir une certaine fragilité, ils vont se faire avoir »
Moyens de prévention	Mesure de protection juridique	« Il y a une bonne proportion des personnes qui viennent en soin au centre de jour, qui sont sous curatelle, curatelle renforcée ou même tutelle »
	Vigilance accrue des professionnels	« Nous notre rôle ça va être juste, donc vraiment dans un premier temps, d'être vigilants avec eux et de leur rappeler qu'effectivement ils peuvent avoir une certaine fragilité à se faire avoir »
	Ecoute	« C'est juste être vigilant, attentif et disponible aussi »

Objectif n°5 : les bienfaits de l'utilisation de la musique.

Caractéristiques	Thèmes	Items
Différentes utilisations	Pour accompagner la fin de vie	« On avait une dame qui était en fin de vie [...] elle est partie sur le générique du film » « C'était en soins palliatifs. [...] on a dû accompagner une personne en fin de vie qui nous a demandé de mettre les 4 saisons de Vivaldi pendant qu'elle partait ».

	Face à des situations de crise	<p>« Un résident en situation d'Alzheimer » « du fait de sa démence frontale pouvait montrer une certaine agitation et hétéro agressivité »</p> <p>« Un patient du CDJ [...] qui est très anxieux, qui anguisse d'angoisse [...] a beaucoup d'attrait pour la musique »</p>
Des bénéfices pour le patient	Au quotidien	<p>« Nous avons les bornes musicales dans nos salles à manger »</p> <p>« Deux bénéficiaires du CDJ un jour sont arrivés avec leur guitare » « On va proposer de mettre la radio le matin »</p>
	De la détente, un apaisement	<p>« On mettait de la musique et c'était dingue car ça le calmait énormément. Il était du coup détendu, et on ne l'entendait plus »</p> <p>« La détente »</p>
	Des souvenirs rappelés	<p>« C'était un de ces film préféré »</p> <p>« C'est un monsieur qui écoutait beaucoup de musique classique »</p> <p>« C'était symbolique »</p>
	Des instants de partages	<p>« Cela nous arrive aussi de nous mettre à chanter et les</p>

		<p>résidents nous regardent et se mettent à chanter »</p> <p>« Cela a animé notre temps d'accueil très chaleureux et très vivant entre toutes les personnes »</p>
	Des émotions procurées	<p>« Des sourires alors que ce sont des personnes fermées en temps normal » « ça amène du positif, de la bonne humeur »</p> <p>« Jusqu'à en émouvoir certains » « l'ouverture émotionnelle »</p>
Des bénéfices pour les soignants	Un émoi	« Ça nous a beaucoup touchés »
	Une approche du soin différente	<p>« Je voulais juste insister sur le fait que la chimie, les médicaments, on ne peut pas passer à côté c'est sûr mais il ne faut pas oublier qu'il y a pleins d'autres choses qui peuvent être complémentaire auxquelles on ne pense pas forcément »</p> <p>« On n'y pense surement pas assez souvent car c'est non médicamenteux et qu'en fait ça apporte beaucoup ».</p>

ABSTRACT

During a clinical rotation, I was confronted with a situation that touched me by its novelty : I was able to use music at the heart of a treatment. This situation prompted me to carry out this end-of-study work and thus to research to what extent the nurse's use of famous music influences the nature of care for a vulnerable elderly person?

In the first part, I focused on the act of care in a general sense, as well as a precious value in nursing : solicitude. Then, I did my research on vulnerability in a comprehensive way. I also emphasized my research on the elderly, their attachment needs, their entry into an institution and the grief process that accompanies these changes. Finally, for the main topic of my research paper, I explored the use of music at the heart of care : its impact on the brain, as well as its use as a form of therapy. To complete my research,

I interviewed two nurses : one works in the mental health field and the other works in a nursing home. They were able to answer my questions on various subjects. First, the notion of care in their respective fields, but also the implications of someone's entry into an institution, vulnerability and finally the benefits of using music. I was able to get a lot of answers to my initial question, particularly about the impact of music on the brain.

In addition, I chose to center my research question on the impact of music on emotions. My question is: to what extent does the nurse's use of famous music impact the emotions at play at the heart of the nursing-care relationship with a vulnerable person ?

Keywords : music, music therapy, take care, vulnerability, emotions.

Au décours d'un stage, une situation m'a particulièrement touchée par sa singularité : j'ai pu utiliser la musique au cœur d'un soin. Cette situation m'a poussée à réaliser ce travail de fin d'étude et ainsi de réaliser des recherches afin de comprendre dans quelle mesure l'utilisation par l'infirmière d'une musique connue influence-t-elle la nature du prendre soin auprès d'une personne âgée vulnérable ? Dans une première partie, j'ai pu m'intéresser au prendre soin d'une manière générale ainsi qu'à une valeur soignante précieuse : la sollicitude. Ensuite, j'ai effectué des recherches sur la vulnérabilité, de manière globale. J'ai également accentué mes recherches sur les personnes âgées, leur besoin d'attachement, leur entrée en institution ainsi que leurs deuils qui en découlent. Enfin, sujet principal de mon mémoire, je me suis intéressée à l'utilisation de la musique au cœur des soins : son retentissement sur le cerveau, ainsi que son utilisation comme thérapie. Afin d'approfondir mes recherches j'ai interrogé deux infirmières : une travaillant dans le domaine de la santé mentale et l'autre en EHPAD. Elles ont pu répondre à mes questions concernant différents sujets. Tout d'abord, le prendre soin, mais aussi l'entrée en institution d'une personne, ensuite la vulnérabilité et pour finir les bienfaits de l'utilisation de la musique. J'ai pu obtenir de nombreuses réponses à mon questionnement de départ axé particulièrement sur l'incidence de la musique sur le cerveau. Par ailleurs, j'ai fait le choix de définir ma question de recherche en l'orientant particulièrement vers les émotions. Ma question est alors : en quoi l'utilisation par l'infirmière d'une musique connue auprès d'une personne vulnérable impacte-elle les émotions au cœur de la relation soignant-soigné ?

Mots-clés : musique, musicothérapie, prendre soin, vulnérabilité, émotions.