

# **Accompagner en Eïnophonie des sujets avec troubles de comportement en EHPAD**

## ***Le point de vue du praticien Souffle-Voix***

Par Benjamin Grenard, le 2 septembre 2019

La rédaction de ce rapport intervient après 7 journées de travail conduites sur un peu plus d'une année de juillet 2018 à août 2019, avec des résidents de l'EHPAD *La Sagesse* à St-Laurent Sur Sèvre.

Le travail des pratiquants comme celui des accompagnants évoluant et progressant sans cesse, ce rapport est d'abord et avant tout le reflet momentané d'un processus en cours. Ce dispositif s'inscrit dans le cadre des recherches menées autour de la prise en charge non médicamenteuse dans l'accompagnement des personnes âgées qui présentent des troubles du comportement au sein de cet EHPAD.

La pratique d'Eïnophonie est la combinaison de deux pratiques :

- l'Eïnothérapie
- le Souffle-Voix (aussi appelé Pneumaphonie).

Chacune de ces pratiques est conduite par un spécialiste de la discipline. Il y a donc au moins systématiquement 2 animateurs dans le dispositif.

Dans ce rapport, quand je parle du Souffle-Voix, il s'agit exclusivement de la prise en charge par la voix et la respiration. Quand je parle d'Eïnothérapie, il s'agit exclusivement de la partie thérapeutique de lâcher-prise, qui, le plus souvent, précédait le Souffle-Voix. Par conséquent, quand je parle d'Eïnophonie, il s'agit donc du temps de pratique incluant les deux disciplines.

En tant que spécialiste Souffle-Voix, ce rapport vise surtout à évaluer l'impact de ma discipline dans le dispositif. J'invite les lecteurs, par voie de conséquence, à se référer au rapport de mes confrères pour évaluer au mieux la pertinence de l'ensemble du dispositif.

La troisième partie permettra de cerner des aspects techniques du Souffle-Voix et aussi l'un de ses intérêts en complément de l'Eïnothérapie.

## **1/ Description du dispositif retenu en EHPAD et analyse par rapport aux pratiques habituelles**

Durant cette année, chacun a bénéficié de séances individuelles dans un groupe de 4 ou 5 personnes, auquel était consacré environ 45-50 minutes. Chaque résident a donc bénéficié en moyenne de 10-12 minutes par session, chacune étant espacée de deux mois. On peut donc estimer à un peu plus d'1h10 le temps de pratique d'Eïnophonie de chacun sur une année.

Dans ce temps, le souffle-voix ne constitue qu'une des deux parties et emploie moins de la moitié du temps réel de pratique, le travail d'Eïnothérapie préalable au Souffle-Voix s'installant davantage dans le temps. Dans cette pratique, l'observation des autres pratiquants joue un rôle important (neurones-miroirs). Le temps sur une année dans lequel le résident a été plongé dans l'atmosphère de l'Eïnophonie est donc de 5h15, avec une pratique individuelle et effective d'1h10, où le temps consacré au Souffle-Voix en tant que tel n'a pas excédé 40 minutes sur une année. Ce calcul se fonde d'ailleurs sur le cas de résidents ayant pratiqué l'année entière, ce qui n'est pas le cas pour tous.

En Souffle-Voix, pour des personnes en bonne condition physique, on considère habituellement que le travail est particulièrement efficient par stage de 3 jours. Dans ce dispositif, les stagiaires sont 10 à 12 et passent chacun deux fois par jour. Ils bénéficient donc globalement de 30 minutes par jour de travail intense concentré en très peu de temps et, fait non négligeable considérant l'impact des neurones-miroirs, ils assistent à l'intégralité des 3 jours (soit 21h en 3 jours contre 4h30 en 1 année en EHPAD) et donc à tous les passages individuels des autres stagiaires. Une autre formule efficace consiste à recourir à des sessions individuelles très rapprochées, à raison de 4 séances en 7 ou 8 semaines : de cette manière, les habitudes antérieures peuvent disparaître au profit d'un meilleur *habitus* respiratoire et vocal et d'une posture plus enracinée et verticalisée.

Pour juger de l'efficacité du Souffle-Voix dans le cadre retenu en EHPAD, on pourrait donc penser que la pratique reste trop légère ; Or, un certain nombre de résultats sont manifestes. Ils sont certes en deçà de ce que nous obtenons dans un dispositif habituel, mais considérant le peu de temps de pratique et le fait que l'intensité de celle-ci est en elle-même beaucoup plus légère, les résultats sont, de notre point de vue, plus que significatifs.

Si le dispositif devait être modifié par la suite, précisons d'abord que, par session, le temps consacré au Souffle-Voix pour les résidents était suffisant. Chanter dans le cadre spécifique du Souffle-Voix suppose un effort physique exigeant et ce d'autant plus, considérant l'âge des résidents. Si on voulait accentuer la pratique, une des

pistes serait de penser en terme de fréquence, en prévoyant éventuellement des sessions plus rapprochées.

Enfin, il serait intéressant d'envisager la pratique d'exercices uniquement basés sur le Souffle.

## 2/ Constat de départ et résultats obtenus

Si on gardera en tête que les conditions physiques et mentales de chacun des résidents peuvent être très différentes (et que chacun doit absolument être accompagné dans sa singularité), le temps du rapport est d'abord celui de la synthèse et de l'évaluation. A ce titre, sans être exhaustif, il est possible de dégager des constantes liées à l'âge et à l'état de santé des résidents dans leur ensemble :

- Surdité plus ou moins accusée
- Perte du tonus musculaire
- Fatigabilité rapide
- Dismorphies corporelles importantes : dos courbés notamment
- Système respiratoire atrophié et, partant, capacités respiratoires diminuées
- Pour un certain nombre également, état de mal-être se manifestant par un manque d'énergie, une lassitude, une irritabilité rapide, un repli sur soi
- Problèmes de mémoire
- Difficulté de concentration
- Difficulté à faire face et à s'adapter à une situation nouvelle

Force est de constater que, sur tous ces critères, la très grande majorité des résidents ont été capables dans le cadre des séances de se dépasser de manière impressionnante. On se r f rera au rapport d'Audrey Caillé, psychologue, qui connaît les résidents au quotidien et a assisté aux séances, de même qu'elle a  ouvr  en tant qu'einoth rapeute. Le fait d'avoir été au bout de leur séance individuelle, ne serait-ce même que rentrer dans la pratique en tant que telle, n'avait absolument rien d'évident, vu leur état de santé.

Concernant les points ci-dessus, on peut dire que :

- **Le fait que les personnes, souffrant de déficiences auditives prononcées, soient capables dans leur grande majorité de rapidement chanter juste**, alors même qu'elles entendent habituellement difficilement les paroles prononcées à voix haute, est à la fois une des conséquences rapide et naturelle du Souffle-Voix et, certainement, en même temps, l'un des faits les plus étonnants. Pour certains, la perte quasi totale de l'audition, l'incapacité même à communiquer avec eux par la voix parl e, rend ce fait d'autant plus extraordinaire. Ce constat est connu dans la Pneumaphonie « classique » : nous obtenons ainsi des résultats avec des personnes avec une d fici nce auditive

importante, ou des personnes qui ont été jugées inaptes à chanter juste lors de cours de chant traditionnels. Si ces résultats ne sont pas systématiques, ils sont en revanche suffisamment et parfaitement tangibles pour être notés, notamment par rapport à un cours de chant traditionnel. L'observation de ce fait n'en est ici que plus manifeste, considérant l'état de santé et l'âge des résidents. Pour le pneumaphoniste, la personne entend alors avec son corps. Elle a lâché le contrôle et c'est un des signes qui témoigne qu'elle se laisse porter.

- La perte du tonus musculaire, la fatigabilité et les difficultés de concentration auraient pu être des freins dans la pratique. Non seulement les résidents se sont dépassés, mais **ils ont été capables d'une capacité de centrage étonnante pendant le temps de chant.**
- **Chez un grand nombre, la faculté à donner de la puissance vocale était patente, alors que le tonus global de la personne ne permettait pas de s'y attendre.**
- Chez les quelques résidents qui témoignaient de logorrhées délirantes, **tous ont mis leur flot de paroles de côté pendant le temps où il a fallu se centrer sur le chant.** Quelques-uns en étant juste centrés en silence sur le praticien qui étaient en mesure de capter leur attention, la plupart en investissant totalement l'activité de chant.
- Parmi les bénéfices « invisibles » de la pratique, on peut déduire du point précédent que les résidents qui souffrent de délires non verbaux empoisonnant néanmoins leur intériorité, ont pu vraisemblablement basculé, lors du temps de pratique, dans un état intérieur serein exempt de délires. **Certains signes extérieurs comme des expressions de visage apaisées, une communication plus naturelle, des sourires, accréditent cette thèse. Quand nous demandions à la fin de la pratique comme le résident se sentait, il a quasiment toujours formulé son contentement.**
- **Dès la deuxième séance, un nombre significatif de résidents ont reconnu les animateurs ou ont été capables de se remémorer les activités.** Avec le temps, cela a été le cas pour la quasi totalité des participants.
- Dans un certain nombre de cas, des modifications ont été apportées pendant la séance sur les dysmorphies corporelles. On a pu assister à **des dos qui se redressaient** à plusieurs reprises pendant la pratique de chant.

- **La majorité des résidents se sont mis à respirer pendant la pratique de chant.** Il y a ici des différences manifestes entre les toutes premières séances et les dernières, où un plus grand nombre témoignaient de cycles respiratoires plus complets. Un petit nombre restent toujours au bout de sept séances dans un geste respiratoire très limité. A noter que pour ceux qui ont fait des progrès, il a tout de même fallu quelque temps – souvent quatre ou cinq séances – ce qui permet d'espérer encore des progrès pour d'autres.
- Lassitude et repli sur soi qui étaient ce dont les résidents témoignaient en début de séance ont, la très grande majorité du temps, laissé la place, au fur et à mesure de la séance, **à la capacité à s'ouvrir au moment présent, à entrer en relation les uns avec les autres, voire à montrer de l'intérêt pour l'autre.**

L'Eïnothérapie comme le Souffle-Voix montrent en situation habituelle un net changement du sommeil. En Souffle-Voix, les témoignages de personnes qui font des nuits beaucoup plus conséquentes se manifestent très vite. En EHPAD, l'Eïnophonie n'a eu aucune incidence sur les relevés *vivago*, certainement en raison d'un dispositif léger et d'une pratique qui privilégie la douceur.

### **3/ Des spécificités du dispositif en EHPAD pour la pratique du Souffle-Voix à la conduite de l'élan vital : *insuffler du vivant***

La partie qui vient reste assez technique. J'invite néanmoins chacun à la lire. Les pneumaphonistes et eïnophonistes y trouveront bien entendu matière. Mais je pense que beaucoup d'autres peuvent y trouver un intérêt. La première moitié fait part des aménagements du dispositif et, partant, permet de se représenter le mode d'interactions qui s'est mis en place avec les résidents ainsi que des exigences de la pratique pour ce public particulier. La seconde moitié, bien que plus technique, est à mon avis essentielle. Car elle permet de dégager ce qui est peut-être le cœur de la pratique Souffle-Voix et ce qui en fait une pratique intéressante dans un cadre thérapeutique.

La Pneumaphonie dispose de toute une gamme d'outils possibles, notamment posturales mais pas exclusivement. Pour la quasi totalité des résidents en EHPAD, la mobilité est fort réduite, la masse musculaire est amoindrie, l'endurance physique considérablement diminuée. Il va donc de soi de mettre de côté toute une batterie d'outils potentiellement fort efficaces mais qui supposent une certaine condition physique. D'un autre côté, la Pneumaphonie a, depuis 40 ans, évolué. Si le champ de recherches est longtemps passé par du physique pur, voire par des postures sollicitantes, la Pneumaphonie s'est largement épurée au fil des années pour ne garder que l'essence de la pratique. Avec des pratiquants hors EHPAD, conserver un bras levé en position debout produit le plus souvent des résultats significatifs. En EHPAD,

même cette posture ne serait pas possible pour beaucoup. D'autres problématiques supposaient d'aménager la pratique.

Voici quelques exemples d'aménagement :

- **La position du pneumaphoniste face au pratiquant a été retenue** pour favoriser le contact et pallier les déficiences auditives des résidents : parler en face était plus compréhensible. Le pneumaphoniste ne disposait donc pas de la vue de profil qui est pour lui un indicateur précieux du rapport centre-verticalité. *A contrario*, ce face-à-face fait jouer les neurones-miroirs à plein : l'exemple du pneumaphoniste, lui-même centré et verticalisé induit cette donnée chez le pratiquant. Plus d'une fois, il nous a même été donné de constater que le processus de verticalisation se passait simultanément chez le praticien et chez le résident. Si la disposition en face-à-face nous a privé de plus de finesse dans l'évaluation de la verticalité de chacun des résidents d'une séance sur l'autre, il n'en demeure pas moins que ce choix a démontré son efficience *in situ*.
- J'ai évoqué les difficultés posturales des résidents, même pour relever le bras. Nous avons dans le même esprit choisi de **laisser les résidents dans leur fauteuil**. Dans la vision pneumaphonique, ce n'est certes pas la meilleure des postures, mais force est de constater qu'elle n'a pas empêché le travail de se faire.
- En lieu et place de relever le bras, **laisser les mains déposées sur les cuisses, paumes vers le haut est déjà une posture plus favorable pour respirer**. Cela modifie légèrement l'inclinaison de la musculature de la cage thoracique de telle manière à sentir plus d'ouverture dans l'inspiration. **Décroiser les jambes et déposer les pieds sur le sol** permet également une meilleure assise dans le bassin.
- La formule *yéiyouya* se révélant trop complexe pour beaucoup la première séance, il a fallu très souvent passer par *alléluia*. Cela dit, **dès la deuxième séance, on a noté que les résidents s'adaptaient et, très rapidement, ils furent capable de s'astreindre à la formule yéiyouya**, souvent même sans support écrit.
- **Pour beaucoup, travailler sur une octave au début est déjà en soi suffisant. Certains résidents arrivent à deux.** A titre de comparaison, quelqu'un en bonne condition physique peut atteindre deux octaves et demi, voire trois avec une voix solidement construite et unitaire (selon les critères de la Pneumaphonie), et même bien plus en utilisant des techniques comme la voix de tête.



De même que dans l'exercice habituel du Souffle-Voix, posture et accompagnement du praticien sont essentiels. J'aimerais ici focaliser sur quelques aspects :

- **Le praticien peut aisément parler fort**, du fait de la surdité des résidents mais aussi au sens où il constitue un exemple de la manière dont on donne son énergie dans la voix.
- Si la voix de l'accompagnant peut être puissante, **son accompagnement se révélera au contraire toujours subtil et en douceur pour s'adapter à la fragilité des résidents**. Il arrive souvent, avec un public habituel, que le premier temps de la Pneumaphonie consiste à laisser revenir le centre de gravité vers le bas puis solliciter fermement l'énergie : cela équivaut à un *réveil* de l'énergie de la personne, afin de solliciter son élan vital après lui avoir fait percevoir les prémices de ses racines corporelles. Une fois l'énergie sollicitée, les « vannes » sont ouvertes et la (re)construction de l'instrument et de la verticalité se font d'autant plus rapidement et solidement, par la puissance. Souvent, après ce premier temps, quand le pratiquant est réveillé et sollicite par lui-même son énergie – sa *flamme* au sens vocal et humain – l'accompagnement se fera plus subtil : la construction va pouvoir s'opérer avec finesse mais toujours avec *l'énergie du vivant*. Avec les résidents, le premier temps serait par trop brutal, irrespectueux de leur santé, voire contre-productif. J'utilise donc dès le début une stratégie proche du second temps, en me contentant de travailler avec la matière sonore telle qu'elle est donnée par le résident, en acceptant son centre gravité vacillant puis, en douceur, à le conduire à plus de profondeur. En d'autres termes, **je fais en sorte que l'élan vital se manifeste progressivement**, plutôt que d'ouvrir les vannes subitement.
- Le pneumaphoniste lisant ces lignes aura donc compris qu'il n'est pas nécessaire de travailler ni dans la posture ni dans la force. **La structuration du geste respiratoire est le critère essentiel. Il s'agit d'induire avec le clavier la bonne respiration, en suivant, à chacune d'entre elles, le flux, tout en l'approfondissant progressivement**. Il est probable que le néophyte qui observe une séance ait l'impression que le rythme ne varie guère. Et pourtant, il s'établit un dialogue de fond entre le corps, la respiration du pratiquant et la conduite du praticien. Celui-ci s'assure que la respiration se fasse non volontairement, mais plutôt par elle-même, et conduit le phénomène toujours un peu plus profondément à chaque fois. Il y a donc des micro-variations naturelles qui s'immiscent dans le rythme dues à ce dialogue. Il s'agit de les cultiver quand elles se manifestent spontanément, voire de les induire. On pourrait dire que **la notion de rythme en Souffle-Voix, suppose tout à la fois une continuité et un soutien du tempo – lequel enclenche un processus inflexible, moteur, entraînant – et, dans le même temps, de**

**légères variations qui résultent de la fluctuation de la respiration et de l'adaptation du corps.** De fait, l'observation montre que, à chaque cycle de respiration, celle-ci se manifeste de manière différente en tant qu'*espace* dans le corps.

Sous ce dernier aspect très technique qui paraîtra certainement abscons à certains, je mise sur le fait que les lecteurs sauront néanmoins deviner derrière – sinon tout à fait distinguer – **une propriété inhérente au vivant** : la manifestation de l'élan vital caractérisé par une pulsation soutenue et continue, toujours vibrant de manière particulière avec une imprévisible et spontanée élasticité.

Cette légère irrégularité est purement et intuitivement musicale, à l'image de ce que serait un léger *rubato*. Cela distingue les musiciens les uns des autres, chacun animant le temps avec sa respiration propre. Cela distingue aussi les humains des robots, ou même plus généralement le vivant de la technologie.

En fait, **cette discrète irrégularité est tout autant et naturellement, non pas seulement musique, mais, aussi, physiologie.** D'ordinaire, chez qui que ce soit, les battements de cœur ne sont par exemple jamais réguliers, fluctuant au gré de l'inspiration ou de l'expiration. C'est la variabilité de la fréquence cardiaque, dont l'amplitude est d'ailleurs considérée comme un signe de bonne santé. Mais surtout, même sur un moment bref où la régularité paraît être de mise, les études montrent des micro-variations qui font la singularité de chaque pulsation.

**En faisant vivre cette pulsation particulière par le souffle et la voix à la personne, on la rattache donc au vivant** : une avancée pulsée et inexorable constituée d'instantanés singuliers, totalement uniques. Le Souffle-Voix est une manière particulière d'insuffler du vivant, « ouvrant et structurant » dans le même temps. Il s'agit donc d'un complément intéressant à toute l'approche thérapeutique sur les angoisses de mort qui est intégrée dans le dispositif de l'EHPAD.

C'est à **cet élan et cette pulsation retrouvés** que j'attribue les manifestations de joie et de communication spontanée, telle qu'on a pu les voir en de multiples occasions chez les résidents. L'harmonie, la communication et le partage sont à mon sens des prolongements naturels et directs de cet élan vital.

Je citerai seulement le cas particulier d'une résidente, complètement perdue dans le quotidien à un degré très poussé – désorientation, perte de mémoire, impossibilité de reconnaître les gens – qui se mit à sourire, presque à rire en se tournant vers son voisin, à peine les derniers sons émis. Quelques temps avant, la psychologue lui avait remis le papier où il était mentionné l'heure du rdv pour l'Eïnophonie. Alors qu'elle était complètement perdue, elle lui dit dans un éclair étonnant de lucidité : « ah oui ! C'est là où on apprend à respirer ! ».

Les sessions d'Eïnophonie s'inscrivent hors du temps et de l'espace. C'est une chose qui est palpable dans l'atmosphère pour ceux qui assistent à une séance. Hors du temps et de l'espace, sortis de leur intériorité étouffée par un mental envahissant, les résidents sont capables de retrouver leurs aptitudes naturelles. L'anecdote précédente



démontre que des percées salutaires peuvent se manifester dans le quotidien, ne serait-ce qu'à l'évocation d'un mot qui évoque cette atmosphère propre.

L'enjeu d'une poursuite éventuelle de l'activité réside désormais dans le fait d'asseoir davantage des résultats positifs dans le quotidien.

Je remercie, au terme de cette expérimentation, mes collègues eïnothérapeutes, Bernard Sensfelder, Mylène Mathieu, la psychologue et eïnothérapeute Audrey Caillé, l'aide-soignante Guenaëlle, et l'ensemble de l'équipe de l'EHPAD pour cette belle aventure humaine. Enfin, j'adresse mes remerciements et ma reconnaissance toute particulière à Monsieur Paul Raymond, directeur de *La Sagesse*, pour son accueil et plus encore, pour avoir impulsé et soutenu avec audace ce projet autour de l'Eïnophonie.