

No :

**UNIVERSITÉ FRANÇOIS RABELAIS
UFR DE MÉDECINE-TOURS
&
AFRATAPEM**

Association Française de Recherches & Applications des Techniques
Artistiques en Pédagogie et Médecine

**UNE EXPÉRIENCE D'ART-THÉRAPIE
A DOMINANTE MUSICALE
DANS UNE
UNITÉ DE SOINS PALLIATIFS**

Mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-Thérapie
de la Faculté de Médecine de Tours

Présenté par Claire Oppert

Directeur de mémoire : Docteur Jean-Marie Gomas
Directeur de formation : Monsieur Richard Forestier
Lieu de stage : Hôpital Sainte Perine 11, rue Chardon Lagache, Paris
Année 2011

PLAN :

Remerciements	p. 7
Glossaire	p. 8
Introduction	p. 10

Première partie

Chapitre 1

A. Les soins palliatifs renouvellent le regard de la médecine sur les patients en fin de vie

1. Les soins palliatifs sont conçus comme médecine de fin de vie p. 12
2. Les soins palliatifs visent à la préservation de la qualité de vie p. 13
3. Le travail interdisciplinaire est un socle de l'accompagnement des personnes en fin de vie p. 13
4. Les soignants accompagnent « la crise de fin de vie » des malades p. 13

B. Les personnes en fin de vie sont aux prises avec diverses douleurs et souffrances

1. La personne en fin de vie est aux prises avec la douleur physique p. 14
2. La personne en fin de vie est aux prises avec des souffrances psychologiques p. 15
3. La personne en fin de vie est aux prises avec des souffrances sociales p. 16
4. La personne en fin de vie est aux prises avec des souffrances spirituelles p. 17
5. La souffrance globale comprend douleurs et souffrances p. 17

Chapitre 2

A. La musique est l'Art consistant à ordonner et assembler sons et silences au cours du temps

1. Le son est une manifestation de l'énergie de la vibration de l'air p. 18
2. Le son contrairement au bruit répond à une intention humaine p. 18
3. La musique est une organisation de sons qui portent en eux un signifié propre p. 18
4. Le modèle musical est donné par l'harmonie du monde p. 19

B. Les pouvoirs de la musique sont multiples

1. La musique peut avoir un pouvoir expressif p. 19
2. La musique peut avoir un pouvoir d'entraînement p. 20
3. La musique peut avoir un effet relationnel p. 20
4. La musique peut avoir un pouvoir cathartique p. 21
5. La musique peut avoir un pouvoir éducatif p. 21

C. La musique implique le corps et l'esprit

1. La musique peut élaborer un sens au-delà du langage p. 21
2. La musique peut produire des effets sur le corps p. 22
3. L'écoute et la pratique de la musique sont distinctes p. 22
4. Les différents instruments de musique ouvrent des univers sonores différents p. 22
5. Les œuvres musicales sont connues par les auditeurs au moment où elles sont jouées p. 23

Chapitre 3

La musique peut revigorer la saveur existentielle de la personne en fin de vie

1. La musique peut agir bénéfiquement sur le corps douloureux p. 24
2. Le pouvoir expressif de la musique peut accompagner la souffrance morale p. 24
3. L'effet relationnel de la musique peut agir bénéfiquement sur les personnes en fin de vie p. 25
4. La musique au-delà du langage convient aux personnes en fin de vie qui manquent souvent de mots à l'approche de la mort p. 25
5. L'écoute de la musique semble adaptée l'état de fatigue profond et à l'état cognitif parfois altéré des personnes en fin de vie p. 25
6. L'écoute du violoncelle « vivant » semble particulièrement adaptée auprès des personnes en fin de vie p. 26

Chapitre 4

A. Une discipline propose une amélioration de la qualité de vie de la personne en fin de vie en utilisant les pouvoirs de l'Art dans une visée thérapeutique

1. L'art-thérapie est une spécialité à part entière p. 26
2. L'œuvre d'art est un point de rencontre p. 27
3. Le plaisir et l'émotion esthétiques sont distincts p. 27

B. L'art-thérapie s'adresse aux profondeurs de l'être humain

1. L'art-thérapie s'adresse aux parties saines de la personne malade p. 27
2. L'art-thérapie repose sur des fondements scientifiques p. 28
3. L'art-thérapie repose sur des fondements humains p. 28

Deuxième Partie

Chapitre 1

A. Mise en place de séances d'Art-Thérapie à dominante musique au sein de l'Unité de Soins Palliatifs de l'Hôpital Sainte Perine

1. L'Unité de soins palliatifs de Sainte Perine est l'une des plus importantes structures de l'Assistance Publique de Paris p. 29

Chapitre 2

A. L'atelier d'Art-Thérapie s'articule autour de la présence de l'art-thérapeute avec son violoncelle en lien étroit avec l'équipe médicale

1. L'art-thérapeute réalise un nombre important de prises en charge p. 29
2. Les objectifs de l'art-thérapeute communs à l'équipe pluri-disciplinaire valorisent l'approche globale de la personne en fin de vie p. 30
3. La relation entre l'art-thérapeute et le patient est au cœur de la prise en charge p. 30
4. L'art-thérapeute opte pour la méthode contemplative auprès des patients en fin de vie p. 31
5. L'art-thérapeute propose un large répertoire d'œuvres musicales aux patients en fin de vie p. 32

6. Les patients en fin de vie réagissent par une expression et une communication verbale ou non verbale ou par une relation hors verbale p. 33
7. Les stratégies envisagées par l'art-thérapeute pour parvenir aux objectifs établis s'adaptent à chaque cas rencontré p. 33
8. La fiche d'observation se concentre sur les capacités esthétiques et relationnelles p. 34
9. L'évaluation des observations de l'art-thérapeute apporte un éclairage original p. 35

Chapitre 3

Trois études de cas

- A. Le cas de Madame Monique p. 35
 1. L'état de base fait apparaître un état d'angoisse particulièrement intense ressenti par la patiente p. 36
 2. L'objectif thérapeutique général qui est la diminution de l'angoisse est suivi par des objectifs intermédiaires p. 36
 3. La stratégie envisagée va se centrer sur le traitement archaïque de l'information afin d'agir positivement sur le traitement sophistiqué p. 36
 4. Les faisceaux d'items choisis sont l'intention artistique, l'implication corporelle et l'implication relationnelle de la patiente p. 36
 5. La première séance d'art-thérapie bouleverse Madame Monique p. 37
 6. La présence du mari de Madame Monique influe sur le déroulement de la deuxième séance p. 38
 7. La troisième séance manque d'échapper au contrôle de l'art-thérapeute p. 38
 8. L'évaluation montre une diminution de l'angoisse p. 39
 9. Le bilan de la prise en charge s'avère positif au regard des objectifs thérapeutiques fixés p. 40

- B. Le Cas de Madame Marie p. 40
 1. L'état de base fait apparaître un état douloureux de haute intensité p. 41
 2. L'objectif thérapeutique général est l'atténuation de la douleur p. 41
 3. La stratégie envisagée est le détournement de l'attention par l'écoute du violoncelle p. 41
 4. Les faisceaux d'items choisis sont les positions algiques, l'expression du visage et l'expression du regard de la patiente p. 41
 5. Le déroulement de la séance est marqué par deux temps distincts p. 41
 6. L'évaluation des observations illustrée par un graphique montre une nette diminution de la douleur p. 42
 7. Le bilan positif de la séance présenté à l'équipe médicale ouvre des questionnements p. 43

- C. Le cas de Madame Adélaïde p. 43
 1. L'état de base fait apparaître une famille très conflictuelle autour de la patiente somnolente p. 43
 2. L'objectif thérapeutique général est la stimulation sensorielle de la patiente pour raviver la saveur existentielle dans un état de conscience diminué p. 44
 3. La stratégie thérapeutique de la première séance va se centrer sur la stimulation sensorielle de la patiente ainsi que sur la restauration de la relation du fils avec sa mère p. 44
 4. Au cours de première séance, la présence du fils de la patiente fait s'adjoindre de nouveaux objectifs à l'objectif initial p. 44

5. Les items d'observation des deux séances sont l'expression du regard du fils et des filles de Madame Adélaïde ainsi que la prise en compte de leurs paroles p. 45
6. La stratégie thérapeutique de la deuxième séance se centre sur la restauration des relations des enfants entre eux p. 45
7. L'évaluation de la première séance montre une restauration de la relation entre la mère et son fils p. 45
8. La deuxième séance rassemble de façon inattendue les membres de la famille autour de la patiente p. 46
9. L'évaluation de la deuxième séance montre un apaisement des relations des enfants entre eux p. 46
10. Le bilan de la prise en charge présenté à l'équipe est repris par un médecin au cours d'interventions dans des colloques médicaux p. 46

Troisième Partie

Chapitre 1

L'art-thérapeute pour être efficace doit travailler sous l'égide de l'objectivité

1. Le monde des Idées est le modèle de l'objectivité en philosophie p. 47
2. L'orientation objective de l'esthétique suppose l'existence de la beauté idéale fondée sur le modèle divin p. 48
3. L'objectivité musicale est en lien avec l'harmonie du monde qui lui donne son modèle p. 48
4. La douleur est d'abord un objet de la science p. 49
5. La loi de la mortalité est une loi universelle et une nécessité d'ordre général p. 49
6. L'objectivité fonde l'aspect scientifique de la relation thérapeutique p. 49
7. Les méthodes de l'art-thérapie tendent vers l'objectivité p. 50
8. La nature de l'homme pose des limites à l'objectivité pure p. 50

Chapitre 2

L'art-thérapeute pour être efficace doit travailler sous l'égide de la subjectivité

1. Le modèle de la subjectivité en philosophie place l'homme au centre p. 51
2. L'orientation subjective de l'esthétique suppose une beauté déterminée par l'homme lui-même p. 51
3. La musique est un art de la sensation subjective par nature p. 52
4. La subjectivité dans la musique est liée à la notion de durée ou temps vécu p. 53
5. La douleur est une donnée subjective p. 53
6. La mort est vécue « comme un malheur privé et une tragédie personnelle » p. 54
7. La subjectivité prime dans la relation thérapeutique p. 54
8. L'art-thérapie travaille dans le champ du ressenti et de l'émotion p. 55
9. La subjectivité pure n'existe pas de par la nature même de l'homme p. 55

Chapitre 3

L'art-thérapeute pour être efficace doit allier objectivité et subjectivité

1. Des pensées philosophique tendent vers la réunification de l'objectivité et de la subjectivité	p. 56
2. La vision bergsonnienne de l'art dépasse les clivages des modèles esthétiques extérieur et intérieur à l'homme	p. 57
3. L'exploration de l'univers musical par l'homme permet de dépasser la dualité objectif/subjectif	p. 57
4. Le concept de « souffrance globale » allie l'objectif et le subjectif	p. 58
5. La mort est « objectivité subjective »	p. 58
6. La relation thérapeutique apparaît comme une nouvelle modalité du pacte de soins	p. 59
7. L'observation et l'évaluation de l'art-thérapeute allient objectivité et subjectivité	p. 59
8. Le « cube harmonique » est une modalité objective qui permet de mettre à jour la subjectivité des personnes	p. 60
9. L'accompagnement en soins palliatifs et l'art-thérapie ont des voies proches	p. 60
Conclusion	p. 61
Bibliographie	p. 64
Graphique n°1	p. 66
Graphique n°2	p. 67
Annexe 1	p. 68
Annexe 2	p. 70

Remerciements

Au Docteur Jean-Marie Gomas pour son extrême compétence et la richesse de son expérience, pour son ouverture d'esprit, son soutien dans mes projets et pour la confiance qu'il m'a accordée ;

A toute l'équipe de l'Unité de soins palliatifs de l'Hôpital Sainte Perine pour son accueil chaleureux, sa disponibilité, sa joie à la musique et son dévouement au service des patients ;

A tous les nombreux patients du service qui m'ont guidé dans mon travail, pour leur écoute, leur regard et leurs paroles extraordinaires ;

A Richard Forestier pour son exigence et la « formation transformante » qu'il propose.

GLOSSAIRE

Art : acte volontaire orientée vers l'esthétique

Art I : domaine de l'archaïsme et de l'expression brute

Art II : domaine du sophistiqué et de l'Art conventionnel

Acharnement thérapeutique : soins prolongés futiles, sans aucun bénéfice pour le patient

Ankylose : diminution ou impossibilité absolue des mouvements d'une articulation naturellement mobile.

Anxiolytique : se dit d'une substance psychotrope agissant essentiellement sur l'anxiété et ses composantes somatiques

Catharsis : purification

Chimiothérapie : méthode de traitement des maladies (cancers) par des substances chimiques.

Dyspnée : difficulté à respirer s'accompagnant d'une sensation de gêne ou d'oppression

Euthanasie : acte délibéré d'un tiers entraînant la mort d'un malade

Ethique : qui concerne la morale

Escarres : nécrose de la peau et des tissus sous-jacents, formant une croûte noire puis un ulcère

Heuristique : qui consiste ou qui tend à trouver, à créer

Maladie léthale : qui provoque la mort

Mimésis : imitation

Nociceptif : désigne un stimulus capable d'induire une lésion tissulaire

Neuropathie : altération fonctionnelle ou modifications pathologiques intéressant le système nerveux périphérique

Opération artistique : organisation d'éléments de nature à orienter l'expression humaine vers l'Art

Radiothérapie : méthode de traitement fondée sur l'action biologique des rayonnements ionisants et plus spécialement des rayons X

Sonde parentérale : : nutrition par voie veineuse

Stoïciens : qui se rapporte à l'école philosophique fondée par Zénon

Définitions tirées du Dictionnaire français Larousse 2008, sauf pour Art et Opération artistique définition de l'AFRATAPEM, et euthanasie définition du Dr Gomas, rapport commissions affaires sociales Communauté Européenne, 2002

*« J'ai pris mon congé. Souhaitez-moi bon voyage, mes frères ! Je vous tire ma révérence.
Voici, je mets mes clefs sur la porte ; je résigne tous droits sur ma maison. Accordez-moi seulement au départ quelques bonnes paroles. »*

Rabindranath TAGORE

(L'offrande lyrique XCIII, traduction André Gide)

Introduction

Aussi loin que remontent mes souvenirs d'enfant, j'ai toujours souhaité trouver ma place dans « le monde du soin » et dans « le monde de l'art ». Idéal tenace- s'il en est, inspiré, qui sait, par un père médecin et une mère artiste.

Mes études de philosophie à la Sorbonne m'ont fait entrevoir l'étendue des questionnements humains et les limites d'une pensée qui ne parvient à pénétrer et transformer la vie.

Ma formation de violoncelliste au Conservatoire Tchaïkovsky de Moscou, les divers diplômes, les concours internationaux, les concerts de par le monde et la responsabilité pédagogique d'une classe de violoncelle au sein d'un Conservatoire, m'ont engagés activement sur les voies exigeantes des musiciens professionnels.

C'est précisément parce que, à aucun moment, ne s'est éloigné de mon esprit, l'idée du « soin », entendu comme « prendre soin », c'est à dire d'abord sollicitude envers autrui et marque du souci que l'homme porte à l'homme, que je me suis trouvée, à de nombreuses reprises, à jouer dans « l'ombre » des salles de concerts, dans divers hôpitaux, instituts pour jeunes personnes handicapées, maisons de retraite et prisons. Durant sept années, et en collaboration avec Howard Buten, j'ai créé un « atelier violoncelle » dans son Centre Adam Shelton pour jeunes autistes profonds, à Saint Denis, en frayant, par le pouvoir de la musique, des chemins de communication inusités vers ces jeunes dits « incommunicants ».

En entreprenant la formation d'art-thérapie de l' AFRATAPEM (Association Française de Recherches et Applications des Techniques Artistiques en Pédagogie et Médecine), ainsi que le Diplôme Universitaire d'art-thérapie de la Faculté de Médecine de Tours, j'ai fait fi des conseils de ce génial artiste-psychologue-écrivain qu'est Howard Buten, à qui je renouvelle en passant toute ma reconnaissance et mon admiration. Il n'a eu cesse, en effet, de me répéter qu'il me fallait surtout ne jamais, jamais rien apprendre, car, disait-il, « ce que tu fais avec ton violoncelle et les jeunes du Centre, ça marche trop bien. » Inutile de s'encombrer avec le poids de connaissances théoriques qui tuent l'intuition. Soit dit en passant, il est lui-même l'un des plus éminents spécialistes de l'autisme, directeur de recherches au plus haut niveau et bardé de diplômes et de récompenses de toutes sortes. Mais son âme d'artiste, présentait cette part indicible qui participe au miracle de la rencontre entre l'être humain et l'art dans une visée de soin, et qui ne peut se laisser saisir par les concepts- aussi pointus soient-ils.

Allier le « monde du soin » et le « monde de l'art » dans l'art-thérapie, « discipline d'avant-garde aux antécédents millénaires »¹, c'est intégrer l'art, qui est en lui-même porteur d'éléments actifs sur l'homme, à un processus thérapeutique, à travers la spécificité d'un métier original. C'est ce que la formation tourangelle se propose d'apporter, en posant les bases méthodologiques et scientifiques d'une discipline paramédicale où il s'agit bien et en tout premier lieu de mettre l'Art au service de l'être humain.

Le domaine des soins palliatifs, qui prend le parti d'accompagner les fins de vie de chaque être humain comme un être vivant jusqu'à l'extrême bout de la vie, propose dans sa démarche l'infinie diversité des attitudes d'humanité. Comme l'art. Comme la musique.

¹ Professeur E. Aron *Préface de Tout savoir sur l'art-thérapie* de Richard FORESTIER, p.6

Dans la première partie de ce mémoire est décrit de quelle façon les soins palliatifs visent à la préservation et l'amélioration de la qualité de vie des patients, le confort et la communication au sein de l'histoire familiale. Les multiples douleurs et souffrances subies par les patients entraînent de lourdes pénalités. En s'interrogeant sur la nature de la musique, dominante de l'art-thérapeute, on peut évoquer les multiples effets et pouvoirs que provoque la musique à la fois sur le corps et sur l'esprit de l'homme. En cernant la nature des liens entre la musique et les soins palliatifs, on peut émettre l'hypothèse de la pertinence de l'utilisation de la musique auprès des personnes en fin de vie.

Dans la deuxième partie, sont présentées trois études de cas, qui illustrent une partie du travail réalisé par l'art-thérapeute au cours de ses cinq mois de stage pratique dans l'Unité de soins palliatifs de l'Hôpital Sainte Perine. Sont établis à la fois les objectifs, les méthodes et le répertoire employé par l'art-thérapeute, l'orientation de ses stratégies, les divers types de réactions des patients à l'écoute de la musique et enfin les évaluations qui permettent de confirmer les hypothèses avancées en première partie.

Dans la troisième partie, au regard des questionnements essentiels portés par l'art-thérapeute dans l'ensemble de sa démarche thérapeutique, sont posés les prémisses d'une réflexion sur l'objectivité et la subjectivité. Cette réflexion traverse à la fois la pensée philosophique et son orientation esthétique, puis plus particulièrement la musique, mais aussi la douleur, la mort, la relation thérapeutique et les fondements de l'art-thérapie.

Il s'agit d'ouvrir des chemins de réflexion sur l'implication de l'homme dans son rapport essentiel à ce qui l'entoure et aux autres humains, afin de mieux cibler la pertinence de son action dans une réunification originale du « monde du soin » et du « monde de l'art ».

Chapitre 1

« *Tout ce qu'il reste à faire quand il n'y a plus rien à faire* » Thérèse Vanier²

A. Les soins palliatifs renouvellent le regard de la médecine sur les patients en fin de vie

Les soins palliatifs se définissent comme « des soins actifs dans une approche globale de la personne atteinte de maladie grave évolutive et terminale. Leur objectif est de soulager les douleurs physiques ainsi que les autres symptômes et prendre en compte les souffrances psychiques, sociales et spirituelles. Les soins palliatifs et l'accompagnement sont interdisciplinaires, s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille, à ses proches, au domicile ou en institution. Les soins palliatifs considèrent le malade comme un être vivant et la mort comme un processus naturel. Ceux qui les dispensent cherchent à éviter les investissements et les traitements déraisonnables. Ils se refusent à provoquer intentionnellement la mort. Ils s'efforcent de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'au décès et proposent un soutien aux proches en deuil. Ils s'emploient par leur pratique clinique, leur enseignement et leur travail de recherche à ce que ces principes puissent être appliqués. »³

1. Les soins palliatifs sont conçus comme médecine de fin de vie

Le XX^e siècle a permis un déni de la mort tout à fait singulier au regard des siècles précédents par l'évolution sociale de l'Occident fortement bouleversé par les progrès techniques et scientifiques, l'impression de maîtrise sans limites qu'affiche la médecine concentrée sur la maladie à vaincre et dont la valeur et l'efficacité même se reconnaissent d'abord dans sa capacité à prolonger la durée de la vie. Ainsi l'hôpital tend à dénier la mort vécue comme un échec de la médecine, ou plus précisément de la médecine occidentale, essentiellement centrée sur l'art de guérir, c'est-à-dire faire disparaître la maladie et rétablir la santé grâce aux multiples techniques de diagnostics et à la thérapeutique avec son véritable arsenal technologique. Pourtant quand la médecine ne peut plus guérir, le malade est encore en droit d'attendre des soins et une attention et « qu'elle (la médecine) l'aide à vivre sa dernière maladie qui, elle, ne guérira pas et aura raison de lui. »⁴. Au terme de la vie, il y a toujours quelque chose à faire, ainsi la mort se trouve réintégrée au niveau des soins et de la prise en charge globale de la personne, comme une véritable dimension de la vie.

On connaît la distinction anglaise entre « cure » et « care », guérir et soigner.

Ainsi, les soins palliatifs se fixent l'objectif de venir en aide aux malades parvenus au terme de leur vie et pour lesquels le « cure » n'est plus possible mais en revanche, le « care » reste une nécessité impérative. Le passage du curatif au palliatif n'est plus perçu comme le signe d'une défaite, ni d'un abandon des malades, ni d'un retrait ou abstention de soins mais plutôt la décision de recourir à une autre logique de soins qui permet de maintenir la présence et défendre autant que possible la qualité de vie, en luttant notamment contre la douleur.

Cicely Saunders, lors de la création du Saint Christopher Hospice⁵, a souligné que le soin palliatif était en fait intriqué avec le soin curatif dans une continuité de soin.

« La frontière entre palliatif et curatif est mouvante, car il s'agit en fait d'une approche globale du malade où ces deux « états d'esprit » sont intriqués. Ce qui relie de manière indissociable ces deux approches, c'est le caractère potentiellement mortel de la maladie. »⁶

² Thérèse Vanier a été l'assistante de Cicely Saunders au St Christopher Hospice

³ SFAP, Définition et statuts, 1992

⁴ ABIVEN. Maurice, *Pour une mort plus humaine*, p.13

⁵ Premier hospice moderne de soins palliatifs, dans la banlieue de Londres, créée en 1967

2. Les soins palliatifs visent à la préservation de la qualité de vie

Pour bien des malades et en accord avec leur désir le plus souvent exprimés, la qualité de vie doit être d'autant plus privilégiée que la quantité de vie est menacée. C'est au nom de cette qualité de vie que les soins palliatifs s'inscrivent tout d'abord contre la pratique de l'acharnement thérapeutique et également contre l'intégration de l'euthanasie dans le contrat de soin. Cela suppose une prise en charge globale de la personne et non plus de sa maladie par toute une équipe pluri-disciplinaire, grâce au contrôle efficace de la douleur, des soins de confort appropriés et une présence et une écoute attentives. Toute minute de vie est un instant d'espoir qu'il faut respecter et animer de sens. L'objectif des unités de soins palliatifs est donc de préserver la qualité de vie de la personne humaine, jusqu'à son terme, grâce aux thérapeutiques de confort, mais également à l'environnement affectif constitué autour du mourant, avec sa famille et le personnel soignant.

3. Le travail interdisciplinaire est un socle de l'accompagnement des personnes en fin de vie

Le travail interdisciplinaire des soignants apparaît comme une nécessité première pour tendre vers cette qualité optimale d'accompagnement.

« Dans le vaste domaine du soin palliatif, avec ses problèmes spécifiques (physiques, émotionnels, sociaux et spirituels), il n'est pas possible de soigner en expert qu'au travers d'une équipe » dit Linda Jackson, membre de l'équipe de Cicely Saunders.

Chaque membre de l'équipe apporte ses propres qualités professionnelles, source de confiance, avec une compréhension du but commun, de son rôle unique et de sa contribution à son accomplissement. Il n'y a pas de regard soignant qui puisse, seul, embrasser tout le champ de l'expérience douloureuse d'autrui dans sa radicale complexité. Personne en effet ne possède l'expérience pour tout maîtriser et il revient à l'équipe ce partage des responsabilités et des qualifications. Le travail d'équipe apparaît comme un tremplin solide pour réfléchir et agir avec une approche positive et une créativité réelle en face de problèmes qui sans cela seraient écrasants. « Et le fardeau sera allégé car il sera porté par plusieurs » écrit Bridget Wood. Dans l'accompagnement des grands malades en fin de vie, comme pour toute tâche qui ne peut être portée que par une équipe, la réflexion éthique n'est ni superflue ni seconde ; elle constitue, au contraire, le fondement nécessaire d'une pratique qui associe, sur le terrain, des professionnels et des non professionnels conscients de leur responsabilité. C'est elle qui permet d'établir et de maintenir les consensus fondateurs.

4. Les soignants doivent accompagner « la crise de fin de vie » des malades

Les soins palliatifs naissent de l'aveu d'impuissance à guérir, du consentement à la finitude humaine, de l'humilité devant le tragique de la mort. La mort de chacun, même s'il existe des « morts sereines », reste un événement singulier et tragique, lié à l'humaine condition.

Au-delà du corps malade et mourant, il s'agit de venir en aide à une personne en crise, la crise de sa fin de vie où le malade doit se resituer au cœur de sa propre histoire dans un « chemin d'effort de restauration de soi-même »⁷. Cette dynamique ne met pas simplement son équilibre psychologique en jeu mais bien sa condition d'homme. Dès lors, travailler dans un service de soins palliatifs, oblige chaque soignant à ne plus chercher refuge dans les « choses à faire » mais à développer une certaine « qualité d'être » pour aborder le malade et sa famille et vivre l'instant présent. Le soignant doit respecter le caractère unique de chaque patient, dont la vie ne lui appartient pas. Il convient de toujours veiller à maintenir le malade dans la

⁶ GOMAS Jean-Marie, *Soins palliatifs, Réflexions et pratiques*, p.23

⁷ JACQUEMIN Dominique, *Ethique des soins palliatifs*, p.72

place d'acteur central de la relation soignante. La compétence à prendre soin des autres sert de rempart contre les effets destructeurs des sentiments d'impuissance face à la mort et à l'angoisse existentielle.

Les soins palliatifs invitent à reconnaître la valeur de tout être humain jusque dans sa mort ainsi qu'à risquer un cheminement au service de cette personne en « crise de fin de vie ».

« La logique des soins palliatifs est porteuse d'une éthique qui est celle de l'humain. L'approche de la mort n'enlève rien à la dignité de l'homme »⁸.

Ainsi, les soins palliatifs peuvent redonner vigueur et sens à la maxime qui résume toute l'éthique médicale : « Guérir parfois, soulager souvent, consoler toujours. »

B. Les personnes en fin de vie sont aux prises avec diverses douleurs et souffrances

« Innombrable est la douleur humaine »⁹.

Quand on parle de la douleur ou de la souffrance, apparaît cette ambiguïté sémantique, le dictionnaire renvoyant l'une à l'autre aux plans sémantiques et étymologiques, donnant à saisir ce terme aussi bien comme douleur physique que comme souffrance psychique- ce qui lui confère un statut paradoxal de point de convergence du somatique et du psychique.

Douleur et souffrance apparaissent comme des phénomènes multi-dimensionnels, complexes, qui ont des origines variables et non univoques. La douleur est ce qui fait mal. La souffrance est ce qui altère le bien-être existentiel.

1. La personne en fin de vie est aux prises avec la douleur physique

Selon la définition de l'International Association for the Study of Pain (I.A.S.P),

« La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à des lésions tissulaires réelles ou potentielles ou décrites en des termes évoquant de telles lésions ».

Il existe trois types de douleurs : les douleurs nociceptives, les douleurs neuropathiques et les douleurs psychogènes.

La douleur par excès de nociception correspond à une stimulation agressive (par exemple une fracture), elle représente 90% des douleurs et est générée par des modifications du système nerveux. Elle est déclenchée par une gamme de stimuli intenses (algogènes) dus à une lésion ou à une maladie. Le caractère douloureux du stimulus ne peut être défini que par la sensation que perçoit le sujet souffrant; elle a des caractéristiques sensori-discriminatives – spatiales, temporelles, qualitatives, et représente la réponse affective et émotionnelle de l'individu aux stimuli algogènes, dans cette situation.

La douleur neuropathique est provoquée par des lésions du système nerveux central, du système nerveux périphérique (par exemple douleur du membre fantôme).

La douleur psychogène relève de composantes propres à chacun, douleur ressentie par le sujet et que le soignant devra toujours considérer comme vraie.

La douleur aiguë est d'apparition récente. Elle joue le rôle de système d'alarme, elle informe le cerveau du danger qui menace l'intégrité du corps. Elle est utile pour orienter le diagnostic et disparaît souvent au terme d'un traitement approprié.

Une douleur qui se prolonge de trois à six mois est dite douleur chronique et va entraver plus gravement la vie du sujet. Tous ses rapports à autrui et à son environnement seront perturbés et sa vie en sera grandement altérée. Cette douleur est comme le rappel lancinant d'une affection incurable, elle n'a pas de fonction, tarabuste le corps et envahit le champ de la conscience.

⁸ RICOT Jacques, *Philosophie et fin de vie*, p.22

⁹ LAFAY Arlette, *Approches pluridisciplinaires de la Douleur*, p.9

Il apparaît qu'il y a autant de douleurs éprouvées que d'individus qui les subissent. La douleur ne prend sens qu'au regard du sujet qui la supporte en fonction de ses expériences antérieures et de son histoire. La douleur physique transforme profondément celui qui l'expérimente, elle marque une rupture, elle isole et apporte avec elle doutes et interrogations. La douleur altère, entrave et envahit toutes personnes qui s'y trouvent confrontées. « La douleur de longue durée altère le temps de vivre, ronge l'individu qui en souffre. »¹⁰.

La douleur a des conséquences sur l'humeur et le comportement et provoque souvent l'agressivité ou le repli sur soi. La sensation douloureuse est celle qui, curieusement, se transmet le moins facilement et contrairement à l'émotion, elle apparaît comme impartageable. « En fait, le sentiment le plus intense que nous connaissons, intense au point de tout effacer, à savoir l'expérience de la grande douleur physique, est à la fois le plus privé et le moins connaissable de tous. »¹¹.

La douleur physique touche un grand nombre de mourants. Dans les années 1980, des études ont montré que plus de 50% de cancéreux souffraient de douleurs physiques permanentes et qui étaient mal contrôlées par les médicaments antalgiques. L'étude majeure de Larue¹² a montré que 7 malades sur 10 atteints de cancer souffraient de douleurs non calmées mais 8 médecins sur 10 étaient contents de leurs traitements pour ces mêmes malades.

Ces douleurs permanentes peuvent durer jour et nuit durant des semaines et des mois, envahissant progressivement le champ de la conscience du malade qui en vient à ne plus penser à rien d'autre. Il n'y a d'ailleurs pas que les douleurs directement liées au cancer- ou aux autres pathologies, qui posent problème. Tous les symptômes qui peuvent accompagner la fin de vie et plus particulièrement l'agonie sont sources de difficultés et entraînent de lourdes pénalités : l'inappétence, les troubles du transit intestinal, les escarres, les ankyloses, la dyspnée, la sécheresse buccale, la nausée et les vomissements.

2. La personne en fin de vie est aux prises avec des souffrances psychologiques

La souffrance est passivité au sens étymologique : elle est reçue, subie.

L'homme apprend à pâtir du *trop* de la douleur physique mais aussi du *manque* d'un être cher, autrement dit souffrir par défaut, souffrir dans son âme. Il est vrai qu'une certaine forme de souffrance accompagne toute vie humaine qui cherche à se réaliser.

« Mais la souffrance apparaît le plus souvent comme un pur fait qui écrase l'homme et l'empêche de vivre »¹³.

Chaque individu réagit et se comporte différemment devant la souffrance selon son histoire, l'éducation qui l'a modelé et sa culture qui lui fait interpréter les événements d'une certaine façon.

Si le traitement de la douleur permet de soulager un grand nombre de patients, il s'avère que la maladie grave qu'il n'est plus possible de guérir et l'imminence de la mort, induisent d'autres souffrances intimement intriquées avec cette douleur.

« La souffrance est un phénomène psycho-biologique : outre ses composantes anatomiques et physiologiques, elle a une dimension psychologique. » écrit Cicely Saunders, exprimant ainsi l'intuition fondamentale de l'existence des différentes composantes de la souffrance éprouvée par les personnes en fin de vie.

¹⁰ JOUSSELLIN Charles, *Douleur tu perds ton temps*, extrait du résumé au dos de l'ouvrage

¹¹ ARENDT Hannah, *Condition de l'homme moderne*

¹² LARUE F., BRASSEUR L., COLLO. 24- LARUE F., COLLEAU SM., BRASSEUR L., C. S. Cleveland. *Multicentre study of cancer pain and its treatment in France*. BMJ. 1995; 310: 1034-37

¹³ ABIVEN Maurice, *Face à celui qui meurt*, p.101

L'*appréhension* amplifie grandement la douleur chronique humaine. L'*appréhension* est semblable à forme de conscience de l'avenir, une peur de voir l'état présent si éprouvant se maintenir ou s'aggraver ou comme le dit le Docteur Mount, « cette effrayante précision de la perrenité de la douleur. » Contre l'*appréhension*, le soignant doit envisager un double remède : un traitement médical, médicamenteux ou autre , adéquat et adapté, et d'autre part la parole qui rassure et apaise. Elisabeth Kübler-Ross résume en ces termes cette réalité à laquelle tout thérapeute se trouve confronté « Bien des échecs dans le traitement de la douleur physique proviennent de ce que le malade est abandonné à sa détresse et à sa solitude. »

L'*angoisse* renforce également la douleur. M. Renault, en se référant à Lacan, distingue la peur dont l'objet existe dans la réalité, l'anxiété dont l'objet est représenté dans le champ imaginaire et l'*angoisse* qui n'a pas d'objet perçu ou imaginé auquel il puisse se rapporter. Très souvent, la douleur physique est la conséquence d'une maladie grave, incurable, qui progresse inéluctablement. Par elle, la maladie s'impose à la conscience du patient « et avec elle la découverte de la fragilité, de la précarité, de la vulnérabilité de l'existence. »¹⁴ Le malade, sur son lit, fait plus ou moins clairement la découverte bouleversante de la possibilité concrète de la mort et n'a plus la ressource d'évacuer les questions qui l'assaillent. C'est alors que l'*angoisse de mort* apparaît. La personne en fin de vie s'interroge sur les circonstances de sa mort et redoute l'avènement de cette mort irreprésentable et inconnaissable.

L'*angoisse* entraîne des pénalités sous forme de désordres physiologiques : pression artérielle, troubles cardiaques et respiratoires, de désordres émotionnels : colère, tristesse, sentiment d'irréalité et de désordres cognitifs : troubles de la mémoire, difficulté de concentration.

3. La personne en fin de vie est aux prises avec des souffrances sociales

La souffrance crée l'isolement et la rupture. Isolé dans sa souffrance, le malade refuse souvent le contact avec autrui, refuse parfois même toute communication et descend ainsi dans le creux de la plus grande solitude. On est toujours seul dans la souffrance et l'affrontement de la mort mais le plus éprouvant, c'est de se sentir solitaire et abandonné. Comme le dit Philippe Deschamps, aumônier d'hôpital : « La souffrance, cette intruse, amène le malade à une attention exclusive à soi-même ; disloquant, diminuant ses relations aux autres...le malade s'éprouve seul à souffrir. » Le caractère le plus dramatique de cette souffrance consiste alors à écarter ceux dont on aurait le plus besoin. Il apparaît que dans le cadre des soins palliatifs, qu'il s'agisse du proche ou du soignant, le respect de l'autre, consiste d'accepter qu'avec ou sans raisons compréhensibles, il interrompe le dialogue et refuse toute proposition.

Le malade confronté à la gravité de son état, doit très souvent renoncer à son *statut social*. Il se trouve à l'écart des réseaux relationnels constitués pendant sa vie professionnelle, ses responsabilités comme ses compétences liées à son travail ne représentent plus aucune valeur. Le sentiment d'inutilité et de frustration, ajouté à des préoccupations financières ou administratives, le mènent vers une dissolution du sentiment de sa valeur et de son identité sociale.

La maladie bouleverse également les *rôles familiaux*. Le malade, contraint de renoncer à l'avenir avec les siens, interroge douloureusement son statut de conjoint ou de parent. Que deviendront les projets qu'il a conçu pour et avec ses proches ?

L'*altération de l'image corporelle* du malade, qui est le signe de l'aggravation de sa maladie, provoque souvent un sentiment d'humiliation, un dégoût de soi-même et un désespoir qui

¹⁴ VERSPIEREN Patrick, *op. cité*, p.107

conduit le malade à s'isoler des autres, afin d'éviter leur regard et son « effet miroir » dévastateur, qui lui fait éprouver son état comme une déchéance signe d'une atteinte de sa dignité.

La *perte d'autonomie* se traduit d'une part par des dégradations corporelles, une diminution des capacités motrices jusqu'à la dépendance totale, et d'autre part par une altération de sa conscience et de sa vigilance, conduit le malade à recourir aux autres pour le moindre de ses actes et de ses gestes. La maladie et la proximité de la mort font craindre le morcellement du corps et l'effondrement de soi. C'est la relation instaurée entre le malade, ses proches et les soignants qui peut contribuer dans une certaine mesure à réunifier et pacifier le patient au cœur de sa souffrance morale et sociale.

4. La personne en fin de vie est aux prises avec des souffrances spirituelles

Quand l'épreuve de la maladie grave la retranche du monde, la personne en fin de vie s'interroge sur la fatalité de sa maladie et plus généralement sur le sens de son existence. Comprendre le sens de sa peine, s'apparente dans un premier temps à tenter de comprendre le sens de sa vie.

Le patient éprouve une souffrance qui le conduit à un questionnement d'ordre spirituel qui touche à sa condition humaine : qu'est-ce que je vis, qu'est-ce je suis ?

« Le spirituel serait donc en rapport avec ce qui tisse la dynamique d'une existence, une dynamique présente en chaque homme, pour le situer dans un horizon qui donne une plénitude de sens aux expériences de sa vie ». ¹⁵

Même les mots qui jusque là exprimaient les convictions les plus profondes peuvent être brutalement frappés de non-sens. La maladie situe le patient devant la mort de façon entièrement nouvelle. Il est confronté à la question existentielle fondamentale : à quoi sert-il de vivre, si c'est pour mourir ? « Et tel est peut-être le plus tragique de la maladie léthale, celle qui conduit à la mort : être affronté aux interrogations les plus graves précisément au moment où notre édifice intellectuel et spirituel est remis en cause ». ¹⁶ De douloureux sentiments d'absurdité, de culpabilité, d'injustice totale ou d'échec global de la vie, apparaissent chez beaucoup de malades. Il s'agit là d'une véritable souffrance spirituelle qui surgit au plus profond de l'être, aussi bien chez ceux qui adhèrent à une foi religieuse que chez ceux qui se disent incroyants.

Le grand malade a un travail difficile à accomplir, celui du « dessaisissement », ce qui exige de lui de changer radicalement d'attitude par rapport à la vie.

Pour l'accompagnant, il s'agira d'être, autant que possible, une présence vivante à l'écoute de celui qui s'en va, comme l'exprime Alice du Pontavice, il s'agit d'être « à l'écoute non d'un mort en puissance ne laissant qu'un vide, mais de celui qui vit une expérience, celle d'une phase importante de la vie. Et ainsi le malade pourra vivre pleinement jusqu'à sa mort...il saura qu'il est digne de respect, qu'il continue à exister aux yeux des autres et n'est pas rejeté de la vie, qu'il est sujet d'une rencontre et non pas seulement objet de soins ».

5. La souffrance globale comprend douleur et souffrance

La notion de souffrance globale- terme dont fait désormais usage la pratique des soins palliatifs, conduit à penser globalement la prise en charge et les souffrances du malade en fin de vie. La phase terminale de la vie entremêle en effet d'une manière intime, pour un certain nombre de mourants, douleurs physiques éprouvantes et souffrances morales inévitables et envahissantes. Les auteurs britanniques qui, avec Cecily Saunders, ont commencé à s'y arrêter, n'ont pas trouvé d'autres mots pour la décrire que celui de *total pain*, traduisible en

¹⁵ JACQUEMIN Dominique., *Ethique des soins palliatifs*, p.68

¹⁶ VERSPIEREN Patrick, *op. cité*, p.187

français par « souffrance totale » ou, plutôt, « souffrance globale » avec ses composantes physiques, psychologiques, sociales et spirituelles.

Le concept de souffrance totale traduit toutes les composantes de ce que le patient va endurer dans son cheminement du diagnostic à l'évolution fatale.

Le soignant se doit de connaître ces différentes composantes pour essayer de répondre à la demande du patient, et essayer de l'accompagner et d'aider à son accompagnement par la famille proche, les amis, les autres soignants, les bénévoles.

On conçoit combien une telle souffrance globale ne peut être prise en charge par une seule personne, mais par une équipe unie.

Chapitre 2

A. La musique est l'Art consistant à ordonner et assembler sons et silences au cours du temps

1. Le son est une manifestation de l'énergie de la vibration de l'air

Tout objet susceptible de vibrer peut produire un son. La production de ce son est obtenue par la mise en vibration de l'air.

Un son se propage, c'est à dire va de sa source (émetteur) à tout récepteur approprié s'il y a entre les deux une chaîne continue de matière. En effet, la vibration de l'objet se transmet aux particules d'air environnantes, créant une onde vibratoire qui se propage de proche en proche dans toutes les directions, un peu comme les vaguelettes produites par un caillou jeté dans l'eau. L'oreille humaine peut percevoir des sons très graves (16 Herz) et très aigus, à la limite des ultras sons (16000 Herz). Les sons purs n'existent pas dans la nature. L'homme perçoit le plus souvent des sons complexes (la voix par exemple) constitués de plusieurs sons purs émis simultanément. Lorsque le nombre de sons purs mélangés s'élève et accroît la complexité du son, on parle de bruit.

2. Le son contrairement au bruit répond à une intention humaine

Le bruit et le son se perçoivent tous deux par l'ouïe mais le bruit est caractérisé par l'aspect naturel et non intentionnel de sa production. Le son est caractérisé par sa qualité et sa volonté d'émission. Le son devient musical quand il engage une organisation qui produit un plaisir esthétique ou dit autrement, le son ressenti comme agréable sera appelé musical. Théophile Gauthier caractérisait avec humour la musique comme « le plus cher de tous les bruits. »

S'appuyant sur l'impression d'unité et de cohérence des sons les uns par rapport aux autres, le musicien prend plaisir à ordonner et assembler les sons - s'il est compositeur, à les produire - s'il est interprète, à les écouter simplement - s'il est amateur de musique ou esthète.

3. La musique est une organisation de sons qui portent en eux un signifié propre

L'organisation volontaire des sons en tant que telle ne suffit pas à définir la musique.

Peut-être faut-il y ajouter une organisation de sons qui portent en eux un signifié propre.

La musique commence là où les sons organisés ont un sens. Le compositeur Igor Stravinsky¹⁷ se pose la question de savoir si le chant des oiseaux constitue de la musique ou non, il en arrive à la conclusion qu'on ne peut les considérer comme tel, parcequ'il n'y a pas là de volonté d'organiser les sons. Dans le chant des oiseaux, il y a quelque chose de spontané, sans

¹⁷ STRAVINSKY Igor, *Poétique Musicale*

volonté de cohérence ou de logique particulière, ce qui interdit selon lui de considérer cela comme de la musique.

Dans la Grèce antique, les plus grands musiciens sont aussi mathématiciens et philosophes. La musique n'est pas une discipline isolée en elle-même mais fait partie au contraire d'un grand ensemble. Ainsi, sont imposées les premières lois musicales, celle de l'harmonie- ces lois même qui permettent un développement de la musique occidentale fondé sur une cohérence absolue.

4. Le modèle musical est donné par l'harmonie du monde

La tradition fait naître les muses de Zeus l'Olympien et de Mnémosyné. Les neuf muses possèdent un véritable pouvoir de révélation musicale, ainsi toute connaissance humaine passe par l'initiation à la musique. La musique a été donnée aux hommes pour servir de « règle et de modèle à leur âme ».¹⁸

Les penseurs et les musiciens de l'Antiquité ont posé les bases d'une réflexion sur la musique en établissant tout d'abord la nature divine du son, puis le rapport visible de chaque son dans l'espace et enfin l'organisation qui sous-tend le développement de leur agencement naturel.

Il y a un ordre immuable et divin qui règle le mouvement des astres et les rapports numériques qui séparent les planètes sont en lien direct avec la musique depuis la création du monde. L'« harmonie des sphères » est l'organisation des espaces et mouvements des planètes qui correspond à l'harmonie musicale ou organisation des espaces et des mouvements sonores. Pythagore voit dans l'harmonie de l'univers la source de la beauté, et dans la vision de sa symétrie les prémisses du bien. Le système philosophique de Pythagore repose sur un équilibre de proportions simples dont il trouve le modèle dans la musique. Il a imaginé assez concrètement la subdivision de l'espace acoustique et la mesure des rapports dans lesquels se situaient les sons. A la base est la fameuse expérience de la forge. En entendant résonner l'enclume sous le poids de différents marteaux, Pythagore aurait découvert les premiers rapports numériques des quatre intervalles consonnants : l'unisson, l'octave, la quarte et la quinte. Il remarque que si l'on bloque en son milieu une corde de lyre, on peut produire dans chacune des deux moitiés une note sonnante à l'octave. Les deux tiers de la corde produisent une note plus haute d'une quinte que le pincement de la corde entière, et les trois-quarts une note plus haute d'une quarte. Tous ces intervalles sont agréables à entendre. Ces trois consonances ou « symphoniai » sont la base de toute la musique grecque théorique et pratique. L'agrément ressenti à l'audition de la musique traduit la reconnaissance implicite des rapports mathématiques qui la sous-tendent.

« Le son est la chose numérale par excellence dans son rapport entre la longueur de la corde et le son produit ».¹⁹

Ainsi, la consonnance rapportée au nombre fait de la musique l'égale des mathématiques, qui sont des sciences sœurs.

B. Les pouvoirs de la musique sont multiples

1. La musique peut avoir un pouvoir expressif

Dans la vision des penseurs de l'Antiquité, la musique est d'abord une science.

Mais la musique n'est-elle qu'une science ? Si l'on reprend cette idée exposée précédemment que la musique est la manière d'organiser les sons de telle sorte qu'ils puissent avoir un sens, on pourrait dire que ces sons sont précisément en mesure de porter en eux l'expression de celui qui les organise, en l'occurrence l'auteur ou le compositeur. Ainsi, de

¹⁸ PLATON, *Timée*, 47

¹⁹ FORESTIER Richard, *Tout savoir sur l'art-thérapie*, p.58

science, la musique devient Art. Parcequ'elle porte en elle un message, qui peut être poétique, et qu'il s'agit de trouver et de transmettre ensuite. La musique exprime et provoque des émotions, et utilise des moyens sensibles pour parvenir à ses fins. Elle possède ce privilège de pouvoir exprimer dans une unité, dans une même phrase, des sentiments très divers et peut-être aussi des sensations intenses et richement habitées car superposables dans une même expression musicale.

Nous pouvons dire que la musique peut avoir un pouvoir expressif car elle se présente comme une expression volontaire humaine orientée vers l'esthétique, « la nature de l'expression humaine implique un effet fondé sur cette confrontation entre les mondes intérieurs et extérieurs de l'homme ».²⁰

De façon générale, l'impression qui est cette capacité qu'a l'homme de recevoir des informations extérieures par les sens, provoquent en lui une stimulation des facultés mentales comme la mémoire, l'imaginaire ou l'intelligence, qui stimule une réaction corporelle complexe définie comme le pouvoir expressif de l'art.

2. La musique peut avoir un pouvoir d'entraînement

Ce que l'on nomme le pouvoir d'entraînement de la musique peut s'observer tout d'abord quand à l'écoute de la musique, qui est aussi expression par le corps, l'être humain commence à s'impliquer corporellement. Il se met à bouger en cadence avec la musique. Une musique rythmée par exemple entraîne les pieds à battre spontanément la pulsation.

Mais l'âme de l'homme aussi est entraînée. Le mouvement de l'âme humaine unie au mouvement musical entraîne l'esprit humain. Platon, dans *Les Lois*, nous dit que c'est le principe de sympathie, telles deux cordes de lyres qui résonnent par sympathie, qui régit cette action d'entraînement de l'âme. Ce principe de l'attraction des semblables, permet un accord capable de faire vibrer l'âme du monde avec l'âme de l'homme.

Ainsi, l'œuvre d'art en général, et la musique en particulier, ont l'étrange propriété d'entraîner celui qui la contemple. En approfondissant la notion d'imitation qui est le propre de l'art dans l'Antiquité, la musique imite, non plus des formes sensibles comme la nature ou des actions, mais l'âme elle-même. Ainsi, apparaissent des styles artistiques correspondant aux différents états d'âme possibles : une musique harmonieuse et régulière imite l'âme du sage vertueux, son unité d'âme, une musique majestueuse, impressionnante imite l'âme du brave, une musique rapide et folle imite l'âme de l'homme attiré par les plaisirs terrestres. De même, le plaisir que l'on ressent en contemplant une œuvre d'art correspond aux plaisirs de ces différentes formes d'âmes comme le plaisir effréné, l'exaltation guerrière, la joie provoquée par la sagesse. On comprend alors pourquoi Platon se méfie de l'art et de son pouvoir. Pour lui, seules les œuvres imitant une âme sage et vertueuse sont belles, car leur unité est celle de l'âme qu'elles imitent, ce qui ne veut pas dire qu'elles soient les seules à provoquer du plaisir : le Beau n'est pas nécessairement l'agréable.

3. La musique peut avoir un effet relationnel

Un principe de sympathie, à l'image de celui qui unit le divin et la musique peut aussi s'instaurer entre deux hommes dans la musique et par la musique²¹. Ce lien entre l'artiste et plus généralement la communauté des hommes produit un effet relationnel qui permet l'épanouissement de l'activité artistique de l'homme et de sa faculté critique.

L'artiste qui produit une œuvre d'art musicale - et ceci est d'ailleurs commun à toutes les techniques artistiques, pose dans le temps et l'espace, une détermination formelle qui implique les autres hommes. Il instaure par là même un processus de communication quand il y a transmission d'informations et un processus de relation quand se crée un état singulier de

²⁰ FORESTIER Richard, *Tout savoir sur l'art occidental*, p.218

²¹ PLATON, *Phèdre*, 260

coalescence. Selon ce principe de relation par coalescence, quand plusieurs musiciens jouent ensemble, ils parviennent à créer un rapport intime et une connivence, à ne plus faire qu'un tout en gardant leur personnalité propre.

4. La musique peut avoir un pouvoir cathartique

La musique liée aux paroles peut produire des effets purificateurs sur l'homme. La révélation de la vérité qui émane des discours, accompagnés par la musique, a le pouvoir de mener les âmes et tout auditeur peut en subir les effets de façon non contrôlée.

Aristote, dans la *Poétique*, perçoit le lien entre le processus de la catharsis musicale et le développement de l'harmonie corporelle. Pour lui, la musique révèle - outre le besoin d'imitation de l'homme et de la nature humaine et la capacité de traduire les facultés de l'âme, une valeur éthique et de ce fait, joue un rôle essentiel dans l'éducation et la formation des jeunes.

5. La musique peut avoir un pouvoir éducatif

« La meilleure éducation est celle qui a son origine dans la musique, parce que l'harmonie et le rythme pénètrent jusqu'au plus profond de l'âme et ils en prennent possession, donnant à celui qui en bénéficie sagesse et raison. »²²

La doctrine platonicienne de l'éthos conçu comme l'« effet produit par la musique sur le tempérament ou sur la psychée des individus et par conséquent sur le bon fonctionnement de la société et de l'état » est à l'origine de notre conception de la musique. L'éthos est un mot grec qui signifie le caractère, l'état d'âme, la disposition psychique. La musique en tant que telle joue pour Platon un rôle de tout premier plan dans la bonne éducation des enfants, car elle rentre par les oreilles et crée une disposition vers la Raison avant même qu'ils soient en mesure de comprendre le mot Raison.

La musique doit être « la partie maîtresse de l'éducation », dit-il, « parce que le rythme et l'harmonie sont particulièrement propres à pénétrer dans l'âme et à la toucher fortement ; et que, par la beauté qui les suit, ils embellissent l'âme, si l'éducation a été donnée comme il convient, tandis qu'elle s'enlaidit dans le cas contraire ; et aussi parce que l'éducation musicale convenablement donnée fait sentir très vivement la négligence et la laideur dans les ouvrages de l'art et dans ceux de la nature. On en est alors justement offusqué, et tout en louant les belles choses et en les recueillant joyeusement dans son âme pour en faire sa nourriture et devenir un honnête homme, on blâme justement les vices, on les hait dès l'enfance, avant de pouvoir s'en rendre compte par la raison, et quand raison vient, on l'embrasse et la reconnaît comme une parente, avec d'autant plus de tendresse qu'on a été nourri dans la musique ».

C'est la raison pour laquelle il faut veiller au type de musique qu'on tolère dans la Cité. Les musiques mauvaises, s'insinuent peu à peu dans l'âme et changent son orientation de façon tout à fait imperceptible au début. Et quelles sont les mauvaises musiques ? Celles qui à force de les écouter, rendent le caractère violent, ou trop langoureux et triste, ou encore, lascif.

C. La musique implique le corps et l'esprit

1. La musique peut élaborer un sens au-delà du langage

« De la musique avant toute chose », écrit Verlaine. Voulait-il signifier par là que la musique a préexisté à toutes choses ? La musique serait-elle donc antérieure au langage, de même que le chant à la parole ?

²² PLATON, *la République*

Rousseau dans son *Essai sur l'origine des langues*²³, parle du chant comme de l'origine vraisemblable de toutes les langues.

Lorsque nous utilisons des mots, chaque mot a un signifié que n'a pas chaque son.

Il semble que nos pensées latentes peuvent devenir perceptibles à travers une communication non-verbale alors qu'elles sont difficilement explicables dans le langage verbal. Ainsi peut-il y avoir une expression et compréhension directe d'un individu à un autre à travers la pensée musicale sans qu'il faille nécessairement passer par une traduction verbale. C'est ce que Arnold Schönberg exprimait en écrivant : « J'ai mis en musique des textes que je ne comprenais pas, mais ma musique les comprenait. »

La musique représente une sorte de raccourci, qui permet de faire ressentir l'essentialité des thèmes qu'elle aborde sans passer par le langage.

« Langage d'universelle audience, expression de pensées sans concepts, fluide et immatérielle, la musique peut le miracle. Elle va au-delà du sens des mots et elle parle directement à l'âme sans s'adresser à la raison. »²⁴.

2. La musique peut produire des effets sur le corps

La participation du corps joue dans la musique un rôle essentiel. Il peut être intéressant d'observer et d'essayer de pénétrer le sens des comportements de l'individu confronté à la musique, avec ses réactions personnelles, spécifiques par rapport aux ondes sonores qui l'envahissent. L'homme primitif frappe le sol avec ses pieds, bat des mains et fait bouger son corps en cadence ; dans cette participation totale, le corps est tantôt le support, tantôt l'instrument musical lui-même, quand il chante ou quand il émet des sons.

Le lien entre le monde auditif et le monde corporel peut s'observer dans le processus de la marche qui est différent selon qu'il s'agisse d'une procession ou d'une marche guerrière.

De même, la production de la musique nécessite l'implication du corps. Pour produire de la musique, l'artiste doit s'impliquer physiquement. Cependant, l'homme est limité physiquement, ce qui induira nécessairement une limitation dans la réalisation de l'idée musicale.

3. L'écoute et la pratique de la musique sont distinctes

L'écoute de la musique concerne la contemplation de l'œuvre musicale qui est une stimulation et une perception sensorielle particulière où l'activité spirituelle de l'homme se trouve engagée dans un mouvement qui va de « l'extérieur vers l'intérieur ».

« Lorsque le contemplateur cherche et trouve son plein épanouissement ainsi que la plénitude de ses sensations au contact de la beauté, c'est un esthète. »²⁵

Dans l'action artistique qu'est la pratique musicale, le mouvement inverse a lieu puisque il y a une production volontaire de l'homme et une complémentarité entre les activités intériorisées et extériorisées de l'artiste.

4. Les différents instruments de musique ouvrent des univers sonores différents

La musique a commencé par le chant. Il semblerait que la forme primitive – originelle, de la musique, c'est le chant. La voix humaine est l'instrument privilégié, car c'est celui que l'on porte en soi. Il ne peut y avoir d'instrument plus approprié que celui qui est donné par l'organisation naturelle.

²³ ROUSSEAU Jean Jacques, *Essai sur l'origine des langues*

²⁴ DUMESNIL René, *Nature du drame wagnérien*

²⁵ FORESTIER Richard, *op. cité*, p.201

Tout autre instrument est forcément extérieur mais on revient toujours à une recherche des constituants de la voix humaine. Il y a toujours l'ombre de la voix humaine derrière chaque instrument. Le violoncelle possède la grâce de s'en rapprocher à l'extrême.

L'homme est aussi l'inventeur des instruments de musique, dont lui seul peut tirer des sons. La majeure partie des instruments primitifs créés par l'homme représente l'expérience sonore qu'il vit avec son propre corps. Si le corps humain est lui-même un instrument résonnant qui peut émettre des sons et recevoir des messages sonores, les instruments de musique sont des prolongements et des représentations du corps humain ; leur forme n'est pas due au hasard mais à un besoin inconscient de projection et d'identification.

Dans la Grèce antique, deux instruments retiennent particulièrement l'attention: il s'agit de la *lyre*, instrument d'Apollon attachée à la raison et l'*aulos*, instrument de Dionisos, attaché à l'instinct. La lyre est l'instrument par excellence préconisé pour la bonne éducation des enfants car son accord est fixe et ses airs sont reproductibles par tous les musiciens. Le rapport entre la longueur de la corde et le son musical est visible et donc imitable. La lyre obéit aux règles de l'harmonie divine, fondement de toute beauté.

L'*aulos* a un statut plus controversé puisque il provoque en premier lieu une importante déformation du visage de l'instrumentiste et qu'il permet des modulations très subtiles avec l'utilisation de demi tons voire de quart de tons, ce qui apparaît totalement incompatible avec cette harmonie divine. L'intervalle du ton qui est l'espace sonore compris entre la quarte et la quinte constitue la plus petite unité sonore non divisible et en rapport direct avec l'organisation divine matérialisée par les mouvements des astres.

Il s'agit là bien de deux orientations de la musique, l'une faite de lumière et d'harmonie, l'autre de ténèbres, de chaos et de démesure. « La lyre permet de comprendre, l'*aulos* permet de ressentir ».²⁶

Ainsi, la musique utilise des outils particuliers qui sont les différents instruments de musique, qui sont capables de nous émouvoir et de nous faire bouger.

Tout *instrument à vent* prolonge le souffle. Souffler, c'est expulser, rejeter. Les peuples primitifs attribuaient aux instruments à vent des vertus magiques.

La multitude des *instruments à percussion* a probablement son origine dans le rythme cardiaque et dans l'utilisation des bras et des jambes, de la marche dans la danse, le jeu et le travail.

Les *instruments à cordes* sont plus en contact avec le corps. La guitare se pose sur le corps et a un galbe de corps de femme, violon et alto, faits pour chanter l'amour, s'appuient sur l'épaule gauche. Le violoncelle, qui nous intéresse particulièrement puisqu'il est l'instrument de l'art-thérapeute, a forme humaine et ce sont des termes d'anatomie qui désignent les parties de sa caisse de résonance : tête, ventre, dos... De plus, et c'est important dans la suite de notre étude, c'est celui dont le timbre se rapproche le plus de la voix humaine.

5. Les œuvres musicales sont connues par les auditeurs au moment où elles sont jouées

L'œuvre produite par le musicien doit être écoutée par l'auditeur dans un temps particulier c'est à dire simultanément à son exécution.

La musique en effet se déroule dans le temps, d'où l'idée d'une linéarité. La musique peut être définie comme un art du temps.

Dans le temps musical, on peut distinguer la division du temps (pulsations, mesure, rythme...), son déroulement (tempo, ralenti, accélération...), et son organisation (durée, forme, répétitions, successions...). La pulsation entraîne la musique, le tempo en donne la vitesse générale et le rythme avec ses cellules internes induit la dynamique de l'œuvre.

²⁶ FORESTIER Richard, *Tout savoir sur la musicothérapie*, p.27

S'il existe un temps musical de l'interprète principalement lié aux questions d'interprétation, il existe aussi un temps musical de l'auditeur qui dépend de la façon dont il perçoit la musique, de sa connaissance, de sa mémoire et aussi de son état psychologique et sanitaire.

Chapitre 3

A. La musique peut revigorer la saveur existentielle de la personne en fin de vie

1. La musique peut agir bénéfiquement sur le corps douloureux

Nous avons évoqué les multiples pouvoirs que possède la musique.

Il convient de montrer à présent de quelle façon la musique peut avoir une action sur différents plans de l'être humain et en particulier de quelle manière elle est susceptible d'agir comme un véritable stimulus sur l'organisme douloureux des personnes atteintes de maladie grave et en fin de vie- et ceci parfois indépendamment de leur volonté. Son utilisation dans une visée d'atténuation de la douleur a fait l'objet d'études scientifiques qui ont montré sa capacité à estomper d'autres stimuli, modifier la respiration ou provoquer des décharges d'endomorphines. La musique est en mesure de compléter des traitements dans la gestion de la douleur et parfois de vaincre la résistance intangible et inexplicable aux médicaments. Elle peut à l'inverse, si elle n'est pas gérée et mal introduite auprès des patients, aggraver dangereusement le processus de la douleur. Les vibrations rythmées et les ondes sonores musicales affectent directement la fonction cérébrale, le pouls et la fréquence respiratoire.

Les effets somatiques de la musique sur l'organisme humain sont biologiquement déterminés.

Un morceau « brillant » exerce une action stimulante, augmente la fréquence du rythme cardiaque et le débit circulatoire sanguin et entraîne une vaso-dilatation capillaire.

Un morceau « apaisant » entraîne des effets inverses, ralentissement du rythme cardiaque, réduction du débit circulatoire sanguin et entraîne une vaso-constriction. Plusieurs études avec enregistrements polygraphiques en ont apporté la démonstration. De même, l'étude de l'appareil respiratoire met en évidence tantôt les effets stimulants, tantôt apaisants de la musique. Ainsi, la musique peut faire partie des stratégies thérapeutiques de la douleur. Le principe de ces stratégies consiste à « saturer » les nerfs avec des signaux provenant de stimuli sonores, jusqu'au moment où le patient n'a plus la « possibilité d'accumuler » les impulsions qui transmettent la sensation de douleur.

2. Le pouvoir expressif de la musique peut accompagner la souffrance morale

Il semble que c'est la qualité transcendante de la musique qui permet d'atteindre la personne dans le ressenti de ses souffrances, au-delà de la raison et de l'analyse,. Dans son essence, la musique, telle une déesse, voit dans les cœurs. C'est pourquoi elle seule, peut exprimer les mouvements qui forment la texture même de l'âme et par conséquent les méandres de la souffrance. Il existe un rapport entre la souffrance et la profondeur de l'œuvre. La souffrance, dans un sens proche de la pensée de Schopenhauer, est le fond même de l'existence. La musique est pour ce grand philosophe ce qui magnifie, transfigure la souffrance et par là même l'abolit.

La musique qui contribue à renforcer la sensation ou le sentiment, met en jeu l'affectivité profonde. Le « signifié » de la musique qui varie en fonction de la sensibilité de chacun et de sa structure intérieure, provoque aussi sur des personnes différentes des émotions similaires et donc suscite un certain consensus des émotions. La sensation et l'émotion induites par la tonalité et la dynamique sonore de l'œuvre jouée, peuvent entraîner une forme d'

« allègement » ou accompagnement de la souffrance. En faisant un lien entre la matière sonore musicale et les profondeurs de l'intimité de la souffrance, le vécu même de cette souffrance devient une expérience temporelle existentielle. De plus, « la musique élève et ennoblit tout ce qu'elle exprime »²⁷.

3. L'effet relationnel de la musique peut agir bénéfiquement sur les personnes en fin de vie et leur entourage

La souffrance du malade le sépare progressivement de son entourage et le confronte plus que jamais aux limites humaines. C'est en favorisant l'interaction sociale et entretenant le sentiment de communauté, que la musique peut permettre aux personnes confrontées à l'épreuve de la fin de vie de sortir de leur isolement dans un vécu partagé. L'action unifiante de la musique peut aider les patients et leur famille à faire face ensemble au sentiment de perte, d'anxiété et de désespoir qui peut les envahir à l'approche de la mort. Ce partage par la musique crée du lien entre les humains et peut apporter au malade la sensation d'être au-delà de la maladie et de dépasser le sentiment de dépendance et d'incapacité.

4. La musique au-delà du langage convient aux personnes en fin de vie qui manquent souvent de mots à l'approche de la mort

Il est souvent difficile aux patients comme aux proches d'évoquer un vécu psychologique dans cette période si cruciale qu'est la fin de la vie. L'épreuve de l'approche de la mort est pour une grande part indicible. Ce vécu échappe à la description langagière. La musique n'a pas besoin de mots pour l'indescriptible de la mort, elle peut faire surgir une idée, un sentiment ou une sensation, avec beaucoup plus de spontanéité et ce à un niveau d'intériorité qu'aucun autre langage ne saurait atteindre. Comment parler de la mort approchante qui est redoutable et impensable? Ce n'est pas au niveau des significations verbalisables qu'il faut rechercher le sens de la musique. Il y a en elle un accès direct à l'au-delà du langage. « Il n'y aurait ni musique ni besoin de musique s'il était possible de communiquer verbalement ce qui est facilement communiqué musicalement ». ²⁸. La musique semble être en mesure de prendre le relais de cette insuffisance des mots, ce « voile des mots » comme dit Bergson, de cette impossibilité à formuler dans un langage conceptuel la richesse et la complexité de la vie intérieure, l'élan vital et l'angoisse de mort.

Le langage de la musique comme « sensible sonore », est un langage sans mots qui coïncide avec l'essence même des sentiments. « Après le silence, ce qui s'en approche le plus pour exprimer l'inexprimable est la musique ». ²⁹.

5. L'écoute de la musique semble adaptée à l'état de fatigue profond et à l'état cognitif parfois altéré des personnes en fin de vie

Les personnes en fin de vie ressentent souvent un état de fatigue profond du à la maladie qui progresse. Elles sont parfois somnolentes, état induit fréquemment par les traitements antalgiques. Il semble alors difficile de les engager dans une activité –qu'elle soit artistique ou non, qui mobilise en eux de grandes forces, qui sont souvent diminuées voire absentes. L'écoute de la musique, si elle est d'abord réception, n'est pas synonyme de passivité.

Elle semble également particulièrement adaptée, aux malades déments, car la musique ne passe pas nécessairement par les circuits intellectuels, la compréhension et la cognition et peut toucher ainsi les personnes dans leur ressenti existentiel.

²⁷ GOETHE, *In Sprüche in Prosa (Maximes en prose, non traduit)*

²⁸ GASTON E.T, 1958

²⁹ HUXLEY Aldous, *Music at Night*

6. L'écoute du violoncelle « vivant » semble particulièrement adapté auprès des personnes en fin de vie

La voix quasi humaine du violoncelle semble avoir un impact particulièrement puissant sur les patients en fin de vie. En effet, cette voix ressemble parfois à leur propre voix, qui souvent se trouve affaiblie ou même éteinte par la maladie. Elle ressemble aussi à la voix de ceux qu'ils aiment et avec lesquels il est parfois si difficile de parler ou encore à la voix de ceux qu'ils ont aimé et qui ne sont plus là. La voix du violoncelle chante et parle tout à la fois, son timbre chaud et plaintif atteint particulièrement le champ des émotions, fait vibrer le corps et réchauffe le cœur. De plus, le fait que cet instrument soit joué par l'« artiste-thérapeute », apporte un élément de vie incontournable auprès des patients qui peuvent ressentir que la musique se crée au moment même où elle est produite, ce qui induit une différence essentielle avec l'écoute d'un disque – aussi beau soit-il. L'artiste ne joue pas deux fois de la même façon, d'une certaine façon, aucun retour en arrière n'est possible et cette expérience du jeu musical vivant est unique. Aucun enregistrement n'est capable de transmettre cette part précieuse de celui qui engage le fond de son être dans le partage d'émotions avec l'auditeur, dans le temps et dans l'espace présents. En effet, l'émotion que la musique vivante fait naître se vit dans l'instant.

Chapitre 4

Une discipline propose une amélioration de la qualité de vie de la personne en fin de vie en utilisant les pouvoirs de l'Art dans une visée thérapeutique

1. L'art-thérapie est une spécialité à part entière

L'art-thérapie se définit comme « l'exploitation du potentiel artistique dans une visée humanitaire et/ou thérapeutique »³⁰. Toutes les difficultés d'expression et de communication de l'homme et leurs dérivés, deviennent, par la disposition naturelle de l'art à travailler sur ces facultés, les indications privilégiées de l'art-thérapie. Les divers champs d'application de l'art-thérapie sont les déficits physiques, les déficits psychiques et les déficits socio-relacionnels.

L'art-thérapie prend en considération l'exploitation thérapeutique des effets produits par l'activité artistique d'une façon nouvelle et originale.

Il convient tout d'abord de distinguer l'art-thérapie de l'animation artistique et de l'atelier d'art qui sont du ressort de l'artiste et n'ont pas de nature thérapeutique en soi, mais peuvent induire des effets thérapeutiques, effets dont la compréhension et la maîtrise nécessitent des compétences spécifiques particulières que l'artiste ne possède pas nécessairement.

L'art-thérapie se distingue également de la psychothérapie à support artistique, qui ne prend pas réellement en compte la pratique artistique en tant que telle et les critères de l'esthétique, axant plutôt son travail sur l'interprétation de l'œuvre et utilisant l'outil psychanalytique qu'est le transfert, qui est de nature radicalement différente de la communication utilisée en art-thérapie, comme nous allons essayer de le montrer.

« Complément thérapeutique dans l'équipe pluridisciplinaire de soins, l'art-thérapeute s'impose comme intervenant privilégié dans des domaines humains aussi variés que l'émotion, le plaisir, l'idéalisation, l'expression ou la communication, qui par ailleurs sont autant d'éléments qui vont déterminer le principe esthétique. »³¹

³⁰ Définition de l'AFRATAPEM

³¹ FORESTIER R, *Tout savoir sur l'art-thérapie*, p.30

2. L'œuvre d'art est un point de rencontre

Que l'œuvre soit contemplée ou produite, elle agit toujours comme une sorte de catalyseur entre l'art, l'artiste et le contemplateur. Elle peut être uniquement contemplée, ou réalisée pour elle-même ou pour un public mais dans tous les cas, elle établit un lien d'homme à homme, qui est une rencontre réalisée par le dépassement de l'œuvre elle-même.

En art-thérapie, l'intention, l'application et le cheminement du patient seront plus déterminants que la qualité artistique de l'œuvre qui ne sera plus qu'un élément de cette totalité. Ainsi, le champ de l'esthétique peut s'ouvrir aux patients touchés par les pathologies les plus lourdes, « qui, s'ils n'ont pas les moyens physiques et mentaux de produire des œuvres d'art, n'en sont pas pour autant démunis de la faculté de plaisir et peuvent au moins accéder à l'orientation d'une jouissance archaïque et pulsionnelle vers un plaisir personnalisé et volontaire grâce à la dynamique et aux moyens artistiques. »³²

3. Le plaisir et l'émotion esthétiques sont distincts

L'esthétique qui se définit comme la science du beau se détermine par rapport à une sensation agréable, un plaisir. Or le plaisir qui est « un état premier indéfinissable »³³, une sensation agréable particulière, est à distinguer de l'émotion, deux données fondamentales avec lesquels l'art-thérapeute travaille. L'impact sensoriel que produit l'œuvre d'art sur l'homme qui est un être « impressionnable », provoque en lui des réactions physiologiques et psychologiques d'une nature particulière. La qualité déterminée par le rapport complexe qui s'instaure entre les perceptions induites par les stimulations extérieures et leur traitement mental permet une première définition du plaisir. Ainsi dans le domaine de l'esthétique, nous distinguerons la sensation brute et globale qui est le plaisir, du traitement mental de cette même sensation sur un plan affectif et spirituel qui est l'émotion.

« Le plaisir sera un élément déterminant en art-thérapie sur lequel l'art-thérapeute saura travailler, et l'émotion pourra être une orientation artistique incluse dans un objectif thérapeutique. »³⁴

B. L'art-thérapie s'adresse aux profondeurs de l'être humain

1. L'art-thérapie s'adresse aux parties saines de la personne malade

Par la recherche d'un plaisir esthétique, l'être humain s'implique vis à vis de lui-même et vis à vis des autres, que ce soit dans l'expression de son goût et de sa personnalité, dans la production d'œuvres artistiques ou dans la tension physique et spirituelle vers un idéal de beauté. L'art-thérapeute par ses moyens artistiques qui touchent aux profondeurs de l'être humain va prendre en compte la partie vivante et qui fonctionne en l'homme et l'aider à s'épanouir au mieux, même si cette partie ne s'apparente plus qu'à une infime parcelle de santé.

Il ne considérera pas le malade objet de sa maladie, mais l'homme sujet avec une maladie et c'est là un point fondamental dans le travail art-thérapeutique, qui conçoit l'idée du soin comme intérêt porté à la vie saine des hommes – conception proche de celle de l'Antiquité, mais en préservant l'originalité de la personne.

« En travaillant avec des moyens thérapeutiques adaptés sur et avec les qualités naturelles humaines, ainsi que sur et avec les facultés émotives, expressives et communicatives de

³² FORESTIER Richard, *op. cité*, p.35

³³ Définition du dictionnaire Quillet, 1950

³⁴ FORESTIER, Richard, *op. cité*, p. 38

l'homme, l'art-thérapie exploite des moyens thérapeutiques originaux complémentaires aux autres activités médicales et paramédicales. »³⁵

2. L'art-thérapie repose sur des fondements scientifiques

Afin d'exploiter la partie saine du patient en la valorisant, l'art-thérapeute doit s'efforcer de mettre en place une stratégie afin de revigorer la saveur existentielle de la personne. En agissant indirectement sur les mécanismes défaillants qu'il doit localiser, et grâce à une bonne gestion et analyse des observations recueillies au cours de la séance d'art-thérapie, l'art-thérapeute tend vers son objectif en considérant le cheminement le plus adapté pour y parvenir. La fiche d'observation établie à chaque séance, adaptée à chaque patient et situation, a pour fonction d'être à la fois une mémoire des événements de la séance, de permettre une organisation et évaluation des informations recueillies et un regard critique. C'est un processeur de l'activité. L'opération artistique, interface entre l'être humain et l'art, est une modélisation du lien qui existe entre les deux. Étudiée et définie par les chercheurs de l'AFRATAPEM, elle propose une organisation des mécanismes humains de nature à tirer profit de l'activité artistique et permettre une bonne gestion de la pratique artistique. Elle décrit de façon topologique les différentes phases du processus de création et de contemplation d'une œuvre d'art. L'opération artistique constitue aujourd'hui un de ses outils les plus originaux de l'art-thérapeute, qui lui permet d'analyser les relations qui existent entre l'impression et l'expression humaine, animées par l'échange sous forme de mouvement incessant entre le monde intérieur et le monde extérieur de l'être humain. L'art-thérapeute est alors à même de repérer les sites d'action sur lesquels il doit travailler. Il devra adapter ses connaissances théoriques aux situations concrètes de son travail et les transformer en compétences spécifiques.

3. L'art-thérapie repose sur des fondements humains

Tout être humain cherche le bonheur. Ainsi, pour être heureux, il cherche ce qui lui plaît. En ce sens, l'Art qui est un vecteur de l'esthétique, peut aider les personnes qui y sont sensibles, à s'épanouir. Si tout homme tend à être heureux et si l'Art a la capacité de rendre heureux, c'est qu'il a aussi une place dans les activités humaines.

C'est en se penchant sur les fondements de l'existence humaine et la tension existentielle vers le bonheur que l'on peut comprendre les bienfaits de l'art-thérapie. L'être humain est détenteur d'un savoir qui s'apparente à un programme de développement et qui s'auto-régule vers sa bonne réalisation et son épanouissement par la saveur. C'est dans le rapport entre la saveur et le savoir, que naît la qualité existentielle. La complémentarité opérante du savoir et de la saveur détermine la présence humaine. C'est ainsi que l'art-thérapie est en mesure d'atteindre les couches les plus profondes de l'être humain et revigorer sa qualité existentielle. C'est là son enjeu le plus essentiel.

« L'émotion, la sensibilité, l'engagement physique, le ressenti amènent à repenser les conditions, les moyens et les mécanismes humains nécessaires et indispensables au bonheur humain. »³⁶

³⁵ FORESTIER R, *op.cité*, p.43

³⁶ FORESTIER Richard, *Tout savoir sur la musicothérapie*, p.79

Deuxième Partie

Chapitre 1

A. Mise en place de séances d'Art-Thérapie à dominante musique au sein de l'Unité de Soins Palliatifs de l'Hôpital Sainte Perine

« Optimiser l'environnement du malade afin qu'il fasse de son mieux »

R. Twycross

1. L'Unité de soins palliatifs de Sainte Perine est l'une des plus importantes structures de l'hôpital public de Paris

Située dans un cadre agréable, au cœur du 16^{ème} arrondissement à Paris, l'Unité fonctionnelle du Centre Douleur Chronique et Soins Palliatifs de Sainte Perine est une des plus importantes structures de l'Assistance Publique de Paris et mène depuis janvier 1995 des soins adaptés aux personnes en fin de vie et aux patients douloureux chroniques.

L'Unité qui s'est agrandie en 2008, comprend actuellement 10 lits.

L'effectif médical compte 26 postes titulaires et 6 postes rattachés au Pôle, comprenant médecins, infirmières, aides soignantes, une psychologue, un cadre infirmier, collaborent également une ergothérapeute, une psycho-motricienne, un kinésithérapeute et des agents du culte. L'équipe comprend une dizaine de bénévoles, formés, encadrés et supervisés.

Les objectifs prioritaires de l'équipe sont le traitement de la douleur, l'accompagnement des personnes en fin de vie avec l'amélioration du confort et de la communication au sein de l'histoire familiale.

L'organisation des lieux à l'intérieur même du service (salon à disposition des familles) permet de maintenir des liens entre la personne hospitalisée et son entourage.

Parmi les pathologies reçues, le service compte environ 80% de cancers, 10% de maladies neuro-dégénératives (SLA, Parkinson, démence) et 10% d'autres maladies (sida, maladie de Creutzfeld-Jakob, insuffisance cardiaque).

Chapitre 2

A. L'atelier d'Art-Thérapie s'articule autour de la présence de l'art-thérapeute avec son violoncelle en lien étroit avec l'équipe médicale

1. L'art-thérapeute réalise un nombre important de prises en charge

L'art-thérapeute réalise au cours de ses cinq mois de stage, entre février et juin 2011, plus d'une quarantaine de prise en charge en art-thérapie auprès des patients du service de Sainte Perine. Ce nombre important de prise en charge est du au contexte très particulier des soins palliatifs ou la durée moyenne de séjour des patients est de 14 jours. Chaque prise en charge est individuelle et en chambre, elle comprend une à quatre séances maximum. La fin de chaque prise en charge est marquée soit par le décès du patient – cas le plus fréquent, soit par son retour à domicile, soit enfin par son transfert dans un autre service. De l'extrême brièveté de chaque suivi thérapeutique se dégage d'emblée un rapport particulier au temps vécu durant la séance, un « ici et maintenant » suspendu au temps présent et à l'espace de la chambre, resserré dans une qualité du moment qui fondera toute la relation et l'implication esthétique du

patient. Ce cadre thérapeutique particulier ne permet quasiment aucune projection sur les séances futures et nécessite un engagement total de la part de l'art-thérapeute, qui d'une certaine façon ne peut se dire : « nous verrons bien la prochaine fois », car il y a de grandes chances que cette prochaine fois n'ait pas lieu. Il ne s'agit en aucun cas de travailler sous une quelconque pression mais de développer une capacité d'adaptabilité à vivre l'instant présent comme unique, dans sa richesse et sa plénitude et de rester disponible en permanence à l'imprévisible nouveauté des choses extérieures et intérieures qui se présentent.

2. Les objectifs de l'art-thérapeute communs à l'équipe pluri-disciplinaire valorisent l'approche globale de la personne en fin de vie

L'art-thérapeute dès son arrivée dans le service fait le point avec les médecins sur chaque patient susceptible d'être intéressé par sa venue. Il passe en revue la nouvelle occupation des dix chambres, la pathologie de chaque patient, son état cognitif, sa dépendance et son intérêt – connu ou supposé, pour la musique. Généralement, après avoir détaillé toutes les situations individuelles des patients, le médecin en conclut – et ce quasiment sans exception, qu'il faut passer dans toutes les chambres! L'accueil chaleureux de toute l'équipe et la confiance offerte à l'art-thérapeute, favorisent son engagement dans le travail et sa rencontre avec les patients. Notons cependant que si l'art-thérapie répond à un avis médical, c'est qu'il existe des contre-indications à sa pratique. Si la musique peut parfois sembler inefficace, elle peut aussi certainement devenir dangereuse pour certains patients en grand état de faiblesse physique et psychique, d'où la nécessité d'un professionnel compétent pour en orienter bénéfiquement les pouvoirs.

L'objectif général de l'art-thérapeute commun à l'ensemble de l'équipe est en premier lieu l'amélioration de la qualité de vie du patient. L'art-thérapeute avec ses moyens artistiques qui touchent aux profondeurs de l'homme est en totale proximité avec l'équipe, dans ce regard posé sur le patient pris dans sa globalité, toujours considéré comme vivant jusqu'au bout de la vie et susceptible de ressentis, d'émotions et de sentiments, qu'il convient de prendre en compte, et avant tout de respecter. Il en suit, au regard cette attention portée au vivant dans la « phase du mourir », que l'objectif principal est la revigoration de la saveur existentielle des personnes.

Les objectifs de l'art-thérapeute sont déterminés en fonction de chaque nouveau patient, en fonction de son état général, de son goût pour l'art, de ses réactions aux propositions d'écoute du violoncelle et susceptibles d'être adaptés au regard de tous les événements visibles ou non visibles qui surviennent au cours de la séance d'art-thérapie.

Comme il a été évoqué précédemment, l'art-thérapeute dispose d'un temps unique mais réduit en quantité, ce qui nécessite d'établir de façon quasi simultanée à la fois les objectifs et les stratégies et de rester en attitude d'ouverture permanente dans l'observation des réactions du patient, de leur évolution au cours de la séance ainsi que dans l'évaluation de l'ensemble des données observées.

3. La relation entre l'art-thérapeute et le patient est au cœur de la prise en charge

L'art-thérapeute entre dans chaque chambre et vient à la rencontre du patient avec son violoncelle, se présente comme violoncelliste et art-thérapeute et propose simplement de jouer pour lui, sans expliquer nécessairement le type de soin qui lui est proposé. Le premier contact est déterminant et passe d'abord par le regard, qui est soutenu et convie à la rencontre de l'Autre, être de douleur, être souffrant, être mortel. Cette dimension éprouvée est l'élément le plus fondateur de la rencontre singulière, il est de l'ordre du lien d'homme à homme, et prend en compte d'emblée à la fois la gravité, la dignité – qualité ontologique intrinsèque à l'homme, ainsi que l'immanquable authenticité de cette situation qui est celle de l'approche de la mort - et qui nous concerne tous. La maladie grave avec l'altération du corps et des

facultés mentales, modifie profondément les repères quotidiens, le rapport au temps, à l'espace et à l'agir mais aussi les relations avec autrui. L'art-thérapeute garde toujours présent en lui cet élément de précarité et de vulnérabilité du malade ainsi que le caractère ultime des échanges engagés. Ce contexte met en jeu dans la relation avec le patient des sentiments et des valeurs à haute densité humaine que la musique qui résonne fait vivre et magnifie d'une façon particulière.

L'établissement de ce lien peut avoir une influence déterminante sur les observations de l'art-thérapeute et le déroulement de la prise en charge. Ce lien crée est d'abord ressenti, d'où la nécessité d'avoir pleinement conscience de cet aspect éminamment subjectif dans la relation et de le contrôler- dans la mesure du possible, par une « juste distance » thérapeutique.

Dans l'état de fatigue souvent profond, d'angoisse aussi et l'inconfort voire la douleur que ressent le patient, il est étonnant de constater que les refus d'écoute du violoncelle joué par l'art-thérapeute sont rares.

4. L'art-thérapeute opte pour la méthode contemplative auprès des patients en fin de vie

Nous avons abordé précédemment les deux aspects qui caractérisent le contact de l'homme avec l'œuvre d'art qui sont la contemplation et l'action artistique définie, d'une part comme situation de l'homme qui concentre son attention sur une production artistique, mouvement qui va de l'extérieur vers l'intérieur et d'autre part, comme production volontaire d'une œuvre par l'homme, mouvement inverse qui part de l'intérieur vers l'extérieur.

Dans le contexte des soins palliatifs, l'art-thérapeute a choisi de privilégier le mode contemplatif, constatant que les diminutions des capacités physiques et cognitives des grands malades ainsi que leur fatigue profonde retirent à la plupart d'entre eux le désir d'agir et par voie de conséquence de produire artistiquement. L'art-thérapeute par intuition d'abord puis avec l'appui des connaissances théoriques des modèles proposés au cours de sa formation, a mis sa confiance dans cette forme d'activité artistique qu'est la contemplation. Contemplation ici est synonyme d'écoute de la musique, écoute qui permet de transformer la stimulation et la perception sensorielle particulière de l'œuvre écoutée en une activité spirituelle en rapport avec la nature et la volonté de l'homme qui la reçoit. La contemplation peut répondre aux besoins sensibles et aux attentes spirituelles du patient, elle mobilise les sens, révèle les émotions et suscite un sentiment esthétique. La personne est active dans son attente et sa disposition à recevoir la musique. Cette aptitude éminamment humaine à recevoir relève de l'esthétique. Le fait d'accueillir en soi une œuvre de beauté, dans notre cas une œuvre musicale, permet de transformer en profondeur celui qui la reçoit et reste différent de la capacité à faire, à produire une œuvre, c'est à dire extérioriser, au travers d'une matière et par un savoir-faire, une œuvre qui tend vers la beauté. La personne dans la contemplation est active dans l'implication de son corps, exprimant des ressentis corporels que provoquent en elle l'écoute de la musique. La personne est également active dans son expression et sa communication et elle peut s'impliquer dans une dynamique relationnelle, sans nécessairement l'usage des mots du langage. En poussant notre réflexion plus avant, on peut ainsi concevoir la contemplation musicale comme l'expérience d'une passivité qui rend actif, activité certes non intentionnelle de prime abord, mais que les compétences de l'art-thérapeute sont à même d'orienter précisément dans cette direction. Ainsi, cette même musique orientée vers le soin, procure une vie qui se fait capacité de réception et donc s'assimile à une forme de passivité. Ces réflexions méritent d'être largement approfondies et développées.

Il nous semble également que les émotions générées par l'écoute musicale sont envisagées en elles-mêmes et pour elles-mêmes et définissent un nouveau champ de l'affectivité, qui se dégagent des mécanismes psychiques propres aux psychologues et n'empiètent pas sur leur domaine.

5. L'art-thérapeute propose un large répertoire d'œuvres musicales aux patients en fin de vie

L'art-thérapeute vient planter la pique de son violoncelle près du lit du patient et commence généralement à jouer une Suite pour violoncelle seul de Jean Sebastian Bach, musique dont la profondeur et l'organisation peuvent atteindre certains replis secrets et cachés des personnes.

Le répertoire proposé au patient et joué au violoncelle seul par l'art-thérapeute est vaste, bien qu'appartenant à la musique occidentale (mis à part quelques incursions dans la musique arabe et sud-américaine). Il s'étend des œuvres baroques de Vivaldi, Sammartini ou Corelli aux sonates de Chostakovitch, Prokofiev, Britten, Hindemith, Dutilleux en passant par des œuvres majeures de Bach, Haydn, Beethoven, Schubert, Brahms, Dvorjak, Chopin, Schumann, Strauss, Glazounov, Tchaïkovsky ou Rachmaninov. Le répertoire comprend aussi de nombreuses pièces de jazz, de la musique noire – américaine (negro-spirituals), un large choix de chansons françaises et étrangères, des musiques de films et des improvisations très diverses en utilisant différents modes de jeu produits sur l'instrument à même d'ouvrir des univers sonores insolites – et non encore répertoriés dans les classifications musicales officielles!

Parce que le son du violoncelle traverse les portes et se répand dans tout l'étage, il arrive fréquemment que les patients ou leurs proches aient eu « vent » de la présence d'une violoncelliste avant même qu'elle soit entrée dans leur chambre, uniquement par le rayonnement du son qui emplît tout l'espace du service, ce qui d'une certaine façon les préparent, pour certains provoquant un désir et une attente, pour d'autres orientant leur choix esthétiques : « *je veux bien mais rien de triste, s'il vous plaît, ce que j'ai entendu à travers la porte me fait pleurer* », pour d'autres encore « *Vous jouez pour moi aussi, pour moi toute seule? Vraiment? Mais ca ne m'est jamais arrivé ça...* » ou encore « *Vous voulez bien reprendre les Feuilles Mortes, là, comme tout à l'heure* ».

La possibilité de donner son avis sur le répertoire en général, et l'œuvre qui vient d'être jouée en particulier, de marquer sa préférence pour un style de musique ou un autre, d'oser exprimer une demande esthétique particulière, sont autant d'éléments qui ouvrent et préservent cet espace de décision propre au patient et peut favoriser la restauration de l'affirmation, de la confiance et de l'estime de soi.

Certains patients, avec une culture musicale bien affinée, expriment des demandes très précises afin d'entendre telle œuvre ou telle autre, ce qui amène l'art-thérapeute à puiser dans sa propre culture et mémoire musicale – dans la mesure de ses capacités, pour transcrire sur le moment, un jour des extraits de symphonies de Beethoven ou Mahler, des parties de mouvements de trios ou quatuors à cordes célèbres, un autre jour interpréter l'intégralité du concerto de Dvorjak pour violoncelle où la patiente et son mari reprennent en chantant à tue-tête les parties d'orchestre puis laissent à nouveau le violoncelle chanter ses grands solos plaintifs. D'autres patients marquent leur préférence pour les chansons de leur jeunesse, ce qui les met immédiatement en lien avec leur passé, en faisant émerger des souvenirs puissants à travers les émotions esthétiques suscitées par la musique. « *J'ai mal... j'm'en fous de la musique...* » et après la première chanson, « *J'ai eu une belle jeunesse quand même... ah ca oui, incroyable ma jeunesse. J'avais une moto bleue et j'en ai emmenées au bal-musette...ouh la la* ».

D'autres encore n'ont pas de connaissance musicale particulière et se montrent cependant intéressés par la proposition de musique qu'ils jugent insolite, puis saisis par la force vibratoire de l'instrument qui les entraînent, expriment leur souhait d'entendre une « *œuvre plus gaie, s'il vous plaît* », « *une musique rapide, qui danse et qui soulève de terre* » ou « *des sons qui montent jusqu'au soleil pour l'atteindre une fois, rien qu'une fois* », autant de marques d'une capacité d'exprimer son goût en matière d'esthétique, même sans connaissance musicale préalable élaborée.

6. Les patients en fin de vie réagissent par une expression et une communication verbale ou non verbale ou par une relation hors verbale

Dans la riche diversité des situations rencontrées, l'art-thérapeute doit rester attentif tant à l'*expression* émanant de chaque patient, afin d'en apprécier la nature, la qualité et l'intensité, qu'à la *communication*, qui vient s'adjoindre à l'expression, mais nécessite l'établissement d'un lien entre deux personnes avec échange d'informations, fondé sur le verbal et le non-verbal signifiant. Il doit également privilégier la *relation*, qui le plus souvent exprimée par le non-verbal, est un lien fondé sur les ressentis. La capacité de cibler la nature des échanges induits par la contemplation musicale, relève des compétences spécifiques de l'art-thérapeute et nécessite une expérience solide pour en saisir toute la portée et la pertinence.

Certains patients ne sont plus en mesure de communiquer verbalement, mais acquiescent en réponse aux propositions d'écoute de musique de l'art-thérapeute, par des mouvements de la tête, des clignements des yeux et expriment leur plaisir, leur joie même et leur émotion par le regard, par l'expression de leur visage ou par des mouvements parfois ténus de différentes parties de leur corps. Les compétences de l'art-thérapeute sont alors à même d'en pénétrer le sens de façon la plus objective possible.

D'autres se taisent, « *car quand c'est si beau, il n'y a rien à en dire* » et leur silence révèle souvent une qualité de présence et une attitude de recueillement, véritable forme de communion avec l'art-thérapeute, relation privilégiée qui s'apparente plutôt au hors verbal et qui est en lien avec l'aspect purement artistique de l'activité.

D'autres au contraire, disent qu'ils n'aiment pas la musique, mais qu'ils veulent bien tout simplement en parler ou « *parler d'autre chose, du moment que la lumière dans vos yeux continue d'éclairer la chambre, parcequ'il fait si sombre ici* ».

Plusieurs patients déments, semblent touchés au plus profond d'eux-même et retrouvent pour un temps, un langage cohérent et adapté, à la stupéfaction du personnel médical : « *Vous savez pourquoi votre musique me touche, là?(montrant son cœur), c'est parce que c'est votre âme qui parle à mon âme* » ou cet autre patient « *ça me vibre, ça me touche, ça parle en moi comme une voix...ma voix à moi presque, c'est fou ça* » ou encore « *c'est étonnant de pouvoir ouvrir un bout de ciel pour moi, comme ça, juste avec un violoncelle* ».

Certains patients dans le coma réagissent au travers de leur corps par une très nette amplification de la respiration au moment de l'écoute musicale, phénomène qui diminue et disparaît quand la musique s'arrête. Ce phénomène, observé à plusieurs reprises par les médecins et autres membres du personnel, fait l'objet d'échanges et de questionnements au sein de l'équipe lors des réunions de transmissions et devient une base de réflexion et de recherches au-delà du service, lors d'interventions dans des congrès nationaux ou lors de conférences.

7. Les stratégies envisagées par l'art-thérapeute pour parvenir aux objectifs établis s'adaptent à chaque cas rencontré

La stratégie étant l'art de diriger et de coordonner des actions en vue d'atteindre un objectif, c'est l'identification des mécanismes défaillants qui va permettre de mettre en place un cheminement adapté pour atteindre cet objectif. Chaque cas rencontré – et ils sont très nombreux comme il a été mentionné précédemment, présente des singularités propres que l'art-thérapeute devra identifier rapidement afin d'agir de façon la plus ciblée possible, en adaptant ses connaissances.

La stratégie tiendra tout d'abord compte des capacités et possibilités sensorielles du patient. Ainsi, l'art-thérapeute devra prendre en considération une négligence prononcée à droite chez une patiente, en veillant à se placer du côté gauche et surveiller en permanence sa position par rapport à elle, sinon tout « captation » devient tout simplement impossible. Il devra savoir « doser » la force de son jeu et son volume, car certains patients ressentent la

force des vibrations sonores et les décibels associés avec une intensité décuplée difficile à supporter dans l'état de faiblesse lié à leur maladie ou au contraire réclament de sentir l'instrument « *encore plus près du lit, parce que ça vibre, ça traverse et ça fait du bien* ».

Pour tel autre, l'art-thérapeute devra parfois être en mesure de cibler son répertoire afin de ne pas attiser des conflits latents au sein de familles déchirées « *surtout jouez la Javanaise pour lui, mais surtout pas en présence de sa première femme sinon....* » ou savoir connaître et proposer immédiatement des oeuvres adaptées en fonction des effets puissants induits par l'écoute, « *ça me touche si fort que ça fait remonter le bon et le mauvais tout mélangé...vous voyez ce que je veux dire, vous n'auriez pas une musique qui me laisse seulement le bon, que'que chose qui fait un peu le tri quoi...* » ou « *Ca fait tout chaud là, au coeur. Pourriez pas me faire danser maintenant, enfin, juste un peu me soulever de terre avec vos sons, histoire de s'alléger un peu, car c'est lourd tout ça quand même* » ou encore savoir poser son instrument pour chanter une prière juive, qui saura apaiser et endormir la patiente récalcitrante au sommeil, et ceci contre toute attente du personnel soignant. Il devra aussi être capable d'improviser sur les demandes les plus inattendues, telles que « *Tu pourrais pas me jouer de la musique arabe ? Toi, à mon avis – excuse le dérangement, mais blonde comme tu es, tu dois venir de Turquie, non ?* » ou encore « *S'il te plaît, une musique qui monte jusqu'au soleil, c'est trop grave tout ça. Oui, emmène moi jusqu'au soleil, si tu peux me prendre avec toi et ta musique, une fois, rien qu'une fois. Là haut dans le soleil, je me sentirai enfin quelqu'un...putain...je pourrais dire aux autres ce que je pense* » et un peu plus tard « *merci pour le soleil, ça réchauffe drôlement, merde alors !* »

Ainsi, l'importance des compétences artistiques de l'art-thérapeute est mise ici en évidence, car c'est aussi de la maîtrise de sa technique - où *mimésis* et *heuristique* sont également sollicitées, que va dépendre l'efficacité de sa stratégie en vue d'atteindre les objectifs qu'il s'est fixé.

8. La fiche d'observation^{*} se concentre sur les capacités esthétiques et relationnelles

Dans le cadre de la méthode contemplative, terme privilégié par l'art-thérapeute par rapport à celui dit de la « méthode passive » employé en musicothérapie, il n'y a pas de production artistique s'apparentant à une œuvre « extérieure », visible ou palpable. Quand l'art-thérapeute quitte la chambre, il n'y laisse aucune trace physiquement observable, aucun souvenir palpable à transmettre autre que le souvenir vivant de la musique dans la mémoire du patient et parfois de son entourage.

La partie visible de l'opération artistique, le phénomène artistique – intention - action - production, n'est pas réalisé dans son intégralité au cours de la séance, il est en réalité à peine amorcé, puisque le patient ne « produit » pas mais « contemple » uniquement. En revanche, la partie non visible de l'opération artistique – captation de l'œuvre et son traitement psychique, c'est à dire tout ce qui concerne l'impression mais également en partie l'intention, constitue le noyau central sur lequel l'art-thérapeute fonde son travail et ses recherches. toujours en considérant ces éléments au regard de leur nature esthétique. Pour passer de l'observation de ce qui est visible à la compréhension des processus mis en jeu, l'art-thérapeute doit rapporter son observation à la totalité de l'opération artistique. La question qui se pose concerne l'observation de l'impression, qui pour être connue doit être exprimée. En effet, comment observer ce qui est invisible ?

L'observation se concentre donc d'une part sur les capacités esthétiques qui sont la manifestation et l'expression du goût, du style et de l'engagement du patient. Plaisir et l'émotion esthétique ainsi que la faculté critique, sont autant d'éléments à saisir dans une vision à la fois détaillée, précise mais également fondamentalement intuitive et globalisante. Nous tâcherons de montrer ultérieurement que ce double mouvement dans l'observation n'est

* voir Annexe1 Fiche d'Observation

ni contradictoire, ni réducteur et convie à une forme d'humanisation de l'approche scientifique qui fondent l'originalité des méthodes même de l'art-thérapie.

L'observation prendra d'autre part en compte les capacités relationnelles du patient. Elles incluent à la fois *l'expression*, qui peut être à visée communicante ou non et permet d'extérioriser des éléments relatifs à l'exploitation sanitaire de la musique, *la communication*, rapport à l'autre dans le souhait de transmettre une information et *la relation* – principe d'unification avec l'autre, caractérisé par une simultanéité et une spontanéité du lien, ainsi que *l'implication relationnelle* – comportement général et implication respective de l'art-thérapeute et du patient au cours de la séance.

9. L'évaluation des observations de l'art-thérapeute apporte un éclairage original

L'évaluation des observations permet de porter un regard critique sur le déroulement des séances et de mesurer les résultats au regard des objectifs fixés.

Si le champ d'intervention de l'art-thérapie est vaste, les objectifs sanitaires demeurent modestes et l'art-thérapeute en reste conscient dans la présentation de ses résultats auprès de l'équipe médicale.

Ce qui éveille l'attention de l'équipe lors de la présentation des bilans des séances d'art-thérapie, c'est la constatation renouvelée du pouvoir opérant de la musique dans une situation de souffrance, par la stimulation des éléments sanitaires humains. La musique n'élimine pas définitivement ni la douleur, ni la souffrance, mais offre une voie pour les exprimer voire dans certains cas leur conférer un sens. Ce pouvoir engage précisément les mécanismes qui fonctionnent chez les patients, aussi ténus soient-ils parfois à l'approche de la mort. L'art-thérapie ne s'octroie pas le pouvoir de guérir - d'ailleurs les médecins eux-même ont renoncé à une telle prétention en mettant définitivement de côté le sentiment de leur toute-puissance. C'est probablement ce qui confère à l'art-thérapie son extrême pertinence dans le contexte précis des soins palliatifs, car elle vise à la préservation de l'existence par delà la vie, par l'épanouissement de la Beauté. L'art-thérapie en ce sens puise aux profondeurs humaines et engage un élan, en stimulant la qualité existentielle et procurant par là du bien-être, ce qui constitue l'objectif prioritaire d'un service de soins palliatifs.

Ainsi, il s'agit toujours de mettre l'Art au service du bonheur humain et les pénalités souvent sévères des patients peuvent dans certains cas bénéficier des pouvoirs de la musique, orientés dans un but thérapeutique.

Chapitre 3

Trois études de cas

A. Le cas de Madame Monique

Madame Monique a été hospitalisée du 16 au 22 mars 2011, chambre 410, pour un cancer du poumon détecté en mars 2010, avec une situation d'emblée métastatique et des lésions cérébrales osseuses et hépatiques. Elle présente des troubles cognitifs légers, elle est très angoissée, d'où l'indication du médecin chef de service d'une prise en charge en art-thérapie.

1. L'état de base fait apparaître un état d'angoisse particulièrement intense ressenti par la patiente

Madame Monique a 69 ans. C'est une belle femme, soignée, légèrement maquillée, portant un bandeau aux couleurs vives sur la tête, elle a de grands yeux expressifs et lumineux.

Elle ne pratique pas la musique mais aime l'écouter. Son mari, très présent, s'avère être un grand amateur de musique, il vient partager chaque repas de midi avec elle et reste pour la

sieste et souvent l'après-midi. Madame Monique est très angoissée par l'évolution fulgurante de sa maladie, la perte progressive de ses facultés mentales et physiques ainsi que la perspective de perte de liens avec son mari. Elle présente des troubles cognitifs discrets, elle est consciente de son état et sa communication est discrètement inadaptée. Elle dit n'avoir aucune douleur mais elle est d'emblée installée en position algique lors de la première consultation médicale.

2. L'objectif thérapeutique général est la diminution de l'angoisse suivi par des objectifs intermédiaires

L'objectif général étant une diminution de l'angoisse - objectif fixé à la suite de l'indication médicale, l'art-thérapeute pose des objectifs intermédiaires qui tels que revigorer la saveur existentielle, restaurer la confiance, l'affirmation et l'estime de soi ainsi que stimuler l'élan corporel.

3. La stratégie envisagée va se centrer sur le traitement archaïque de l'information afin d'agir positivement sur le traitement sophistiqué

L'angoisse ressentie par Madame Monique, générée par l'évolution inéluctable de sa maladie et l'incertitude quant au temps qui lui reste à vivre, se situe dans la phase 4 de l'opération artistique*, qui est le traitement mental des sensations. En effet, l'angoisse est une manière de traiter mentalement une sensation (1-2-3). Le fait qu'une personne puisse s'angoisser et une autre pas – ou moins, pour le même événement, prouve que c'est une réaction de traitement psychique d'une information « brute ». Cette angoisse (mentale) peut avoir des répercussions négatives sur l'élan corporel (5) et freiner les capacités de la personne à faire une action (6) et par là même mettre en déroute le sentiment d'estime qu'elle a d'elle-même. Ainsi, l'angoisse s'inscrit dans le corps par ses symptômes (localisation dans le 3) mais l'origine de l'angoisse provient du traitement mental (4) de cette sensation. Il conviendra donc de déclencher une gratification sensorielle (3) par l'écoute de la musique(1-2) pour stimuler élan et intention (5) vers soit une action (6) (qui peut être chanter en même temps que le violoncelle pour accompagner la mélodie, ou frapper des mains pour accompagner le rythme, ou tendre vers une forme de danse rythmique par des mouvements du corps en rapport avec la musique), soit un nouveau désir de contemplation (5') exprimé par une nouvelle demande esthétique précise, manifestant la capacité d'affirmer ses choix, et par là même, restaurer la confiance, l'affirmation et l'estime de soi. Ainsi, le processus de contemplation pourra être réactiver dans son intégralité.

Le répertoire choisi au regard de la stratégie envisagée est celui connu de la patiente et surtout de son mari : œuvres du grand répertoire classique et romantique : Bach, Schubert, Brahms, Mendelssohn et Rachmaninov.

4. Les faisceaux d'items choisis sont l'intention artistique, l'implication esthétique et l'implication relationnelle de la patiente

L'art-thérapeute opte pour les faisceaux d'items plutôt que pour les items simples. En effet, considérant le nombre restreint de séances mises en place pour la patiente, il semble que les faisceaux d'items soient plus adaptés à l'observation globalisante des évolutions que l'item isolé, la plus petite unité observable, qui apparaît moins représentatif des transformations observées dans ce contexte particulier où chaque prise en charge est nécessairement de courte durée.

* Voir Annexe 2 Opération Artistique

Dès la première séance, Madame Monique manifeste son intérêt pour la musique, exprime ses goûts et formule des demandes particulières en matière de répertoire. Son désir d'écoute est grand et partagé par son mari. L'art-thérapeute choisit comme premier faisceau d'items l'intention artistique, qui se définit comme orientation, désir et recherche esthétique. En effet, l'intention artistique de la patiente constitue un élément déterminant pour rendre compte de la qualité de son investissement dans l'activité.

Les manifestations du plaisir et de l'émotion esthétiques de Madame Monique s'expriment par le verbal- la patiente formule volontiers ses ressentis au travers de paroles poignantes d'authenticité et par le non verbal- les expressions de son visage expriment intensément ses émotions, de même que son implication corporelle témoigne de son engagement dans l'activité contemplative. Ainsi, l'art-thérapeute choisit comme deuxième faisceau d'items l'implication esthétique de la patiente, dont l'évolution au cours des séances lui permet d'évaluer l'impact de la musique sur la patiente. L'implication relationnelle et l'investissement de la patiente dans l'échange, constitue le troisième faisceau d'items pris en compte par l'art-thérapeute, passant à nouveau par l'observation des expressions de son regard, par son implication corporelle et en tenant compte également de ses paroles. L'art-thérapeute ainsi est à même de suivre l'évolution de son travail. Il demeure aussi particulièrement attentif aux repercussions de l'après-séance sur la vie quotidienne de la patiente, en recueillant les paroles de la patiente échangées avec le personnel soignant à la suite de la séance, la modification éventuelle de son humeur et son désir exprimé de renouveler les séances.

5. La première séance d'art-thérapie bouleverse Madame Monique

Quand l'art-thérapeute rencontre Madame Monique pour la première fois, elle est allongée sur son lit, en apparence très calme, bien que les mains nouées l'une dans l'autre. C'est même avec une certaine lenteur qu'elle tourne vers elle son visage si pâle et sensible. L'art-thérapeute soutient ce regard et il se crée entre elles, avant même qu'une seule parole n'ait été prononcée, une relation de proximité immédiate. Oui, elle veut bien écouter le violoncelle, oui, elle l'attend depuis tout à l'heure, elle l'a entendu à travers le mur même. Elle avait un peu peur que l'art-thérapeute ne passe pas, qu'il oublie sa chambre. Mais l'art-thérapeute la rassure, il n'a jamais oublié aucune chambre, ni personne.

Quand le Prélude de la Première Suite pour violoncelle seul de Jean Sebastian Bach se met à résonner dans la pièce, Madame Monique ferme les yeux et son visage s'illumine. Elle est toute à l'écoute et semble accueillir pleinement les sons qui lui parviennent et la pénètrent profondément. Quand le Prélude s'achève, elle sourit en direction de l'art-thérapeute. Et dit très doucement : « *C'est agréable, très agréable... Vraiment ça fait du bien. Ça résonne. Fort... Là, dans le cœur, dans le corps...* ». Elle veut bien encore, peu importe quelle œuvre, du moment que ça vibre, que ça lui vibre à l'intérieur. Jamais elle n'aurait pu imaginer que ça vibre si fort. L'art-thérapeute se risque à la Troisième Suite pour violoncelle seul de Benjamin Britten, avec son mouvement final en forme de prière orthodoxe, profond, funèbre, grandiose. Le silence qui succède est suspendu et dense.

« *Le plus beau, c'est le silence après la musique,* dit-elle, *c'est fort ce silence rempli de votre musique...* », puis, un peu plus tard, après l'Elégie de Gabriel Fauré « *On ne prend pas assez le temps, dans la vie... trop speed... de s'arrêter pour écouter...* ». Son visage ouvert en début de séance est radieux. Ses mains qui se serraient l'une contre l'autre se sont posées détendues sur le drap et scandent discrètement la pulsation des pièces jouées. L'art-thérapeute perçoit cependant une légère fatigue qui voile ses traits et prend congé d'elle. La séance a duré vingt cinq minutes. Elle dit qu'elle regrette que son mari n'ait pas été là, qu'il faut absolument revenir. « *Ca parle vraiment à mon cœur et ça vibre partout dans mon corps...* »

6. La présence du mari de Madame Monique influe sur le déroulement de la deuxième séance

Quand l'art-thérapeute entre la semaine suivante dans la chambre de Madame Monique, c'est le mari de cette dernière qui l'accueille chaleureusement et installe d'emblée par là même une certaine « configuration relationnelle » spécifique qui déterminera le déroulement des deux séances suivantes - et dernières.

Parce que l'enthousiasme du couple pour la musique et le violoncelle est important, les séances durent de 45 jusqu'à 50 minutes chacune et l'art-thérapeute doit se résoudre à y mettre fin avec une certaine fermeté, car les demandes du mari de Madame Monique en particulier fusent sans répit. L'art-thérapeute doit tenir compte de la variété des penchants musicaux des patients pour exploiter au mieux les mécanismes du goût et les gratifications sensorielles qui en découlent. Mais ici, qui est son patient?

Le répertoire abordé est très vaste, puisque l'art-thérapeute « balaie » au cours des trois séances des œuvres majeures de Bach jusqu'à la Sonate de Chostakovitch, en passant par des concertos pour violon de Vivaldi, certains mouvements des symphonies de Beethoven, des trios de Schubert et de Mendelssohn, des sonates de Brahms, des Lieders de Mahler, des airs extraits des Opéras de Mozart et de Verdi, des mouvements des Concertos pour violoncelle de Haydn, Dvorjak et Elgar, « accompagnés » dans les « Tutti » - parties d'orchestres entre les solis de violoncelle, par Madame Monique couverte par la voix puissante de son mari, concert qui remplit tout l'espace du service et fait ouvrir la porte du 410 à certaines infirmières scrupuleuses, afin de s'assurer que tout va bien ici. Ou peut-être plutôt pour participer à la fête. Car fête il y a.

Cette deuxième séance est marquée par plusieurs événements dont le plus frappant est la relation qui s'instaure dans la musique, lien spontané et simultané entre l'art-thérapeute, la patiente et son mari. L'« artiste » devant ce public de deux auditeurs transforme l'espace de la chambre en véritable espace musical. L'art-thérapeute, en exploitant les pouvoirs de la musique qu'il fait résonner, « anime » cet espace, en s'adressant aux ressentis plus qu'aux représentations des patients et touchant ainsi directement au champ émotionnel des personnes présentes toujours en vue d'une amélioration de leur qualité existentielle.

Madame Monique est manifestement heureuse de partager ce moment avec son mari, temps « hors pathologie », qui les ramène ensemble vers d'autres partages de la vie d'« avant ».

Elle se réjouit de la joie qu'il manifeste avec cette exubérance presque enfantine et elle s'y associe, le visage illuminé et fréquemment tourné vers lui, et le corps se redressant progressivement au cours de la séance, jusqu'à vouloir s'asseoir au bord du lit, ce que nous l'aidons à faire ensemble à la fin de la séance. Elle exprime ses goûts avec douceur. Elle demande à son mari s'il ressent lui aussi la vibration du violoncelle dans son corps et elle continue de s'étonner de la force des sons qui la traversent et la touchent au plus profond d'elle-même.

« C'est beau comme ça me traverse et ça me fait du bien...mais surtout là, (montrant son cœur)...(puis un peu plus tard, se tournant vers son mari)... j'avais oublié que c'était si vivant là, tu vois... Ca m'apaise... Encore s'il vous plaît... ».

7. La troisième séance manque d'échapper au contrôle de l'art-thérapeute

La troisième et dernière séance commence dans la joie, car, disent-ils, ils ont beaucoup attendu ce moment du jeudi, toute la semaine. Madame Monique semble pourtant plus fatiguée que la semaine précédente et lasse.

L'art-thérapeute apporte plusieurs pièces nouvelles « commandées » par le mari de Madame Monique et commence à jouer. La patiente manifeste tout d'abord son plaisir par un sourire léger qui apparaît sur son visage et son émotion dans ses lèvres qui tremblent imperceptiblement. L'art-thérapeute observe la détente quasi-immédiate de ses mains dès

qu'elle commence à jouer. Il est vrai que Madame Monique connaît de mieux en mieux certaines œuvres du répertoire et accompagne des passages précis avec un léger mouvement de la tête et des doigts, se laissant porter par ces vibrations qui la transportent instantanément. Elle se tourne à plusieurs reprises dans la direction de son mari, qui si absorbé dans le plaisir de son écoute, ne la remarque pas. L'art-thérapeute perçoit la situation et tente d'offrir toute son attention à Madame Monique qui s'assombrit progressivement. Son mari est si heureux qu'il ne capte rien, ne la voit plus, son mari lui n'est pas malade, son mari est heureux, et surtout sans elle. De façon très évidente, le corps de la patiente se replie sur lui-même, se rétracte et ses mains se renouent. A ce stade de la séance, l'art-thérapeute affine encore sa perception de la situation et oriente rapidement ses efforts pour atténuer les manifestations de satisfaction du mari, qui envahissent de façon excessive le cadre thérapeutique, et ceci, en ne lui laissant plus les rênes de la séance – procédé qui s'était avéré positif lors de la deuxième séance et avait favorisé un processus de relation entre eux, mais opérait ce jour un début de boucle d'inhibition chez la patiente, qui se sentait mise à l'écart. L'art-thérapeute assume la part d'interprétation dans sa vision de la situation, ne possédant certainement pas assez d'éléments pour analyser et fonder la trame complexe des échanges humains engagés, mais les propos échangés avec d'autres membres de l'équipe soignante après la séance, appuient massivement ses intuitions premières. La question en réalité n'est pas tant de mettre à jour ces processus psychologiques complexes mis en jeu, qui interfèrent et modifient le cours de la séance en vue de les interpréter, car cela ne relève pas des compétences de l'art-thérapeute, mais plutôt de savoir comment créer et maintenir les conditions les meilleures pour que le « rayonnement » de la musique puisse devenir opérant et bénéfique pour la patiente.

En maîtrisant les pouvoirs et effets de la musique, l'art-thérapeute vise, dans ce cas, à raviver le sentiment de la vie et la saveur existentielle de la personne malade, en reliant au cœur de l'être humain le monde des sensations au monde de l'esprit.

La fin de la séance est légèrement assombrie, comme un léger malaise se dessine, même si paroles de reconnaissance et sourires sont exprimés à maintes reprises par la patiente et par son mari.

8. L'évaluation montre une diminution de l'angoisse

L'évaluation des observations montre une nette diminution de l'angoisse lors des deux premières séances avec une remontée significative lors de la troisième séance due très probablement à l'excès d'enthousiasme exprimé par le mari de Madame Marie, qui a ramené la patiente à sa solitude.

L'analyse des graphiques réalisés montre que l'objectif de stimulation de l'élan corporel a été largement atteint. La courbe correspondant à l'implication corporelle dans la première séance monte de façon très significative, atteint un pic maximal lors de la deuxième séance (la patiente est dans une boucle de renforcement) et chute, mais sans toutefois retrouver son point de départ, lors de la troisième séance (la patiente entre dans une boucle d'inhibition).

L'objectif intermédiaire de revigoration de la confiance en soi et de l'estime de soi a également été atteint de façon globalement satisfaisante à travers la capacité de la patiente d'exprimer ses choix musicaux et ses goûts par rapport au répertoire du violoncelle, représenté par la courbe de l'intention artistique. Cette capacité de la patiente semble être l'élément resté finalement le plus à l'abri des difficultés rencontrées lors de la troisième séance.

L'objectif de stimulation de la saveur existentielle semble également atteint et s'exprime par le plaisir manifeste de la patiente observé dans l'expression de son regard et la courbe de l'implication relationnelle qui en rend compte et qui évolue de façon similaire aux autres courbes mais avec un ambitus encore plus important.

L'écoute du violoncelle a permis de libérer momentanément son esprit de l'emprise de la souffrance psychique, grâce à un champ de ressenti agréable à même de dégager le vécu des

représentations sous l'emprise des mécanismes intellectuels purs, au profit de sensations pures. Les observations de l'après-séance rapportées par l'équipe soignante confirment que l'écoute de la musique a eu d'une manière générale des effets très bénéfiques sur la patiente, par une action sur le corps somatique d'une part et une action sur le ressenti émotionnel d'autre part. Le bilan positif de la séance est largement confirmé par l'ensemble du personnel soignant lors des transmissions de milieu de journée de l'équipe.

9. Le bilan de la prise en charge s'avère positif au regard des objectifs thérapeutiques fixés

La peur de la mort a fait naître une grande angoisse chez Madame Monique et a pénalisé profondément sa qualité de vie. Le site d'action sur lequel l'art-thérapeute a travaillé pour revigorer la saveur existentielle est la confiance en soi et confiance dans la vie qui l'anime. D'une façon certaine et bien que modestement, les séances d'art-thérapie – même la troisième dont l'évaluation est plus mitigée, ont stimulé l'envie de vivre de la patiente, en stimulant la sensation de la vie par le ressenti corporel qui sous-tend toute existence et a renforcé la confiance et l'humanité de la patiente au dépens de son angoisse. Ce sont les profondeurs humaines de la patiente qui ont été touchées et exaltées, car le plaisir et le bonheur qu'elle a ressentis impliquent l'animation des sous-basements affectifs et émotionnels de tout son être. Art 1 et Art 2 se sont mêlés, grâce à la recherche d'un idéal esthétique, même si dans un premier temps et comme moteur du soin, le ressenti de la patiente a échappé aux mécanismes sophistiqués. Ce sont les vibrations sonores du violoncelle qui ont produit un champ de sensations corporelles très riches, induisant une résonance intérieure particulière à même de revigorer la partie saine de la personne, qui en constitue son « foyer vital ».

« L'Art, par sa nature, est à même de venir solliciter ces éléments fondamentaux. Il peut s'accorder ou réanimer la tension existentielle vers l'idéal de bonheur auquel tout un chacun aspire. La musique est la corde qui permet d'atteindre cette rive bienheureuse »³⁷.

B. Le Cas de Madame Marie

Madame Marie est entrée à l'Unité le 5 avril 2011. Agée de 90 ans, Madame Marie est retraitée, célibataire et sans enfants mais bien entourée par la présence attentive de ses nièces et neveux. Elle était autonome jusqu'à une chute en 2010.

1. L'état de base fait apparaître un état douloureux de haute intensité

Madame Marie a été hospitalisée pour un état douloureux très sévère, avec « mal perforant plantaire » allant en s'aggravant, arthrite sévère et douleur aiguë des jambes, nécrose des deux talons et du gros orteil. Elle est extrêmement révoltée par ses douleurs et manifeste de violentes récriminations à l'égard du personnel soignant. Sa dépendance est quasi complète, grabataire à 20% (indice de Karnovsky à l'entrée), elle ne marche pas et est incontinente. Elle a des nausées et des vomissements et ressent une grande sensation de soif, liés certainement aux effets secondaires des médicaments qui lui sont administrés : antalgiques simples, médicaments pour douleurs neuropathiques et anxiolytiques. Elle parle normalement avec une petite perte de mots et est tout à fait consciente. Elle se montre intolérante aux soins et répète qu'elle n'a pas mal quand elle dort, autrement dit « faites moi dormir », si possible sans fin.

³⁷ FORESTIER Richard, *Tout savoir sur la musicothérapie*, p.90

2. L'objectif thérapeutique général est l'atténuation de la douleur

L'indication médicale est précise et concerne en priorité l'atténuation de la douleur.

Le personnel soignant, malgré la grande disponibilité et l'ouverture qui les caractérisent, commencent à montrer quelques signes d'impatience très nets à son égard. En effet, les traitements ne semblent pas calmer de façon suffisamment satisfaisante les douleurs de la patiente très rebelle qui se montre de plus en plus agressive et difficile à gérer.

L'objectif intermédiaire qui s'adjoint à l'objectif général est de permettre à la patiente d'écouter quelque chose qui est « extérieur » à elle-même et donc étranger à sa plainte.

3. La stratégie envisagée est le détournement de l'attention par l'écoute du violoncelle

Les mécanismes défaillants de la douleur sont situés en phase 3 de l'opération artistique pour la douleur physique et en phase 4 pour la souffrance psychique. Comme nous l'avons évoqué précédemment, les différents types de douleurs physique et morale sont généralement intriqués dans le contexte de la maladie grave, de telle sorte que l'art-thérapeute en tentant d'agir sur l'une ou sur l'autre des phases les stimule réciproquement. La gratification sensorielle ressentie dans le traitement archaïque de l'information provoquée par les sons du violoncelle et la beauté liée à l'harmonie de ces sons, permet un phénomène de détente du corps somatique et la mobilisation de l'attention dans le traitement sophistiqué de l'information entraînant un « allègement » momentané des perceptions douloureuses jugées comme insupportables. Cette gratification sensorielle qui fait plonger jusqu'au tréfond de l'être, met en mouvement l'émotivité humaine en bousculant et entremêlant le représenté et le ressenti, le sophistiqué et l'archaïsme, le spirituel et le sensoriel. La musique semble réaliser cette forme d'union au cœur même des mécanismes humains impliqués et imbriqués. Ainsi, Madame Marie, sévèrement pénalisée dans son bien-être physique et mental et également social, peut être soulagée par l'écoute musicale, susceptible de l'« animer » existentiellement et de diminuer par extension et de façon notable le ressenti de ses douleurs.

4. Les faisceaux d'items choisis sont les positions algiques ainsi que l'expression du visage et l'expression du regard de la patiente au cours de la séance :

L'art-thérapeute choisit les faisceaux d'items les plus à même de le renseigner sur l'évolution de l'état douloureux de la patiente, dans ce temps très court dont il dispose- la séance dure exactement vingt cinq minutes. Il lui semble pertinent dans ce cas précis où l'objectif principal est la diminution de la douleur d'aligner ses choix de faisceaux d'items sur ceux utilisés par l'équipe médicale dans ses échelles d'évaluation de la douleur (ECS, Echelle Comportementale Simple). C'est pourquoi les faisceaux d'items choisis sont les positions algiques de la patiente ainsi que l'expression de son visage et celle de son regard, trois éléments d'observation les plus à mêmes de cibler les sites d'action sur lesquels il se doit d'agir. C'est à vrai dire aussi ce qui se donne à lui dans l'immédiateté de la rencontre, avec ce visage tourmenté tourné vers lui et ce regard plein de vive colère, puis ce corps replié par la douleur, qui témoignent de la souffrance globale vécue par la patiente. L'art-thérapeute tient compte également des paroles prononcées par Madame Marie, partant de ses propos furieux jusqu'aux derniers chuchotements qui lui sont adressés.

5. Le déroulement de la séance est marqué par deux temps distincts

L'art-thérapeute, en entrant dans la chambre, se fait incendier par la patiente après sa proposition de jouer pour elle :

« Partez...partez...ça ne changera rien...Rien à faire de la musique ...Ca va augmenter la douleur...De toute façon, rien n'y fait...ça ne sert à rien...C'est foutu... ».

Son corps est replié, ses yeux furieux sont braqués sur l'art-thérapeute et Madame Marie réitère ses propos avec encore plus de véhémence, en tentant sans succès de se tourner sur le côté pour signifier qu'elle n'a plus rien à ajouter. Pour la première fois depuis le début de son stage, l'art-thérapeute – sur les conseils préliminaires du médecin, décide de ne pas prêter attention aux paroles qui viennent de lui être adressées et s'assied avec son instrument près du lit de la patiente. Quand il commence à jouer la Vocalise de Rachmaninov, dans une nuance proche du pianississimo, en effleurant les cordes de son instrument, Madame Marie se replie encore plus sur elle-même mais cesse d'un coup de l'invectiver. Son regard devient fixe et elle s'immobilise dans l'écoute, malgré elle - surprise peut-être par la douceur vibrante, le timbre velouté et presque « humain » du son du violoncelle qui semble l'interpeller.

La séance est marquée par deux temps nettement distincts. Un premier temps où la détente progressive des membres est observable pendant que la musique résonne : tout d'abord une main qui se deserre, puis l'ensemble du corps qui se déplie, tout d'abord légèrement au niveau du buste, puis de façon plus marquée en gagnant les jambes, mais le visage restant fermé et tendu et les yeux mi-clos.

Quand la dernière et longue note de la Vocalise s'éteint, elle ouvre brusquement des yeux incendiaires sur l'art-thérapeute.

« *Ca revient après...je le savais...ça revient...et même pire...* ». Ses membres se sont à nouveau raidis et elle se recroqueville sur elle-même, comme si elle voulait se cacher au creux de son lit. L'art-thérapeute pose son instrument, s'approche d'elle en posant ses deux mains sur les siennes et se met à chanter doucement la même Vocalise – œuvre composée d'ailleurs originalement pour voix soprano. Madame Marie ferme les yeux, grimace un peu tout d'abord, puis ne bouge plus.

C'est alors que s'ouvre le deuxième temps de la séance, quand l'art-thérapeute reprend son violoncelle et se met à jouer la même pièce mais dans une nuance plus forte, osant même tirer des nuances *Forte* assez puissantes. C'est alors que le visage de la patiente, tout en gardant les yeux clos, se détend de façon spectaculaire, les traits s'ouvrent peu à peu dans une expression lumineuse et même béate, les membres aussi se relâchent mais de façon moins évidente que lors du premier temps de la séance. Peu avant la fin du morceau, une infirmière entre dans la chambre. Quand l'archet de l'art-thérapeute quitte les cordes du violoncelle sur le long sol final, le son continue de résonner plusieurs secondes après la fin du morceau et le silence qui succède est comme suspendu. L'art-thérapeute et l'infirmière ne bougent plus. Madame Marie ouvre enfin les yeux qu'elle garde fixés sur l'art-thérapeute et reste silencieuse un long moment. Puis elle chuchote : « *...Ca va mieux...ça va mieux...ça va mieux...Ne sens plus trop là...* ».

6. L'évaluation des observations illustrée par un graphique montre une nette diminution de la douleur

Il semble, en tout premier lieu que les paroles de la patiente qui reste toujours la seule en mesure d'estimer l'intensité de sa douleur et que tout soignant se doit de croire absolument, montre clairement que l'objectif général visant à la diminution de la douleur ait été atteint.

Le graphique réalisé correspondant aux positions algiques indique une importante détente générale du corps, particulièrement dans la première partie de la séance suivie d'une chute brutale de la courbe correspondant à l'arrêt de la musique, puis d'une remontée encore plus notoire en deuxième partie de séance. Les courbes représentant les faisceaux d'items de l'expression du visage et de l'expression du regard sont assez similaires et illustrent une amélioration, plus discrète dans la première partie de la séance, mais qui après la chute générale des courbes en milieu de séance, remontent jusqu'au maximum espéré, dépassant même la courbe correspondant à la détente du corps. On assiste à une amélioration incontestable du bien-être de la patiente avec cette réaction assez spectaculaire de détente du corps somatique qui apparaît comme une conséquence des gratifications sensorielles

ressenties dans les mécanismes archaïques. Les modifications observées dans l'expression du visage et du regard en deuxième partie de séance, concernent plus l'expression des mécanismes sophistiqués de traitement de l'information, une sorte de conscience du « plaisir du plaisir », conscience du plaisir de l'absence de douleur.

La présence – non programmée, de l'infirmière qui recueille également les paroles de Madame Marie à la fin de la séance, permet d'« objectiver » l'évaluation de l'art-thérapeute auprès de l'ensemble de l'équipe.

7. Le bilan positif de la séance présenté à l'équipe médicale ouvre des questionnements

La fin de la séance marquée par l'appréciation positive de la patiente sur son état douloureux amélioré, est appuyée par le témoignage de l'infirmière présente pour entendre ses paroles et constater la transformation manifeste dans la détente du corps et l'expression du visage illuminé par un sourire dès plus inattendus. Ces faits sont encore confirmés par une aide-soignante, qui passant dans la chambre pour porter le repas, remarque le calme de Madame Marie et son inhabituelle absence de plaintes.

Ce bilan positif d'atténuation momentanée de la douleur chez cette patiente si difficile à calmer est accueilli avec satisfaction et intérêt par l'équipe lors des transmissions, adjoint d'un certain étonnement pour certains, et ouvre la porte à de nombreuses questions. Que s'est-il passé ? Pourquoi la Vocalise de Rachmaninov – pièce musicale certainement inconnue de la patiente, a soulagé Madame Marie ? Quels mécanismes humains ont été mis en œuvre pour générer ce mieux-être manifeste ?

C. Le cas de Madame Adélaïde

Madame Adélaïde est entrée dans le service le 18 mars 2011. Elle est atteinte d'un cancer de la vulve très évolué et douloureux, en phase terminale. Sa tumeur est massive et ses lésions ne peuvent être examinées lors de son admission tant la patiente est douloureuse. Son cancer opéré en janvier s'apparentant plus à une « chirurgie de propreté », a été totalement négligé jusque là. Elle n'a d'ailleurs après l'opération subi aucun traitement de radiothérapie ni de chimiothérapie.

Du point de vue cognitif, elle présente un syndrome Karajan – terme inventé par le Docteur Gomas, qui décrit le comportement de patients fermant les yeux pendant les entretiens, à la manière du grand chef d'orchestre allemand devant son mythique orchestre, et restreignant par là toute communication avec son interlocuteur. Elle présente également une démence évoluée de type Alzheimer. Des traitements antalgiques simples et des anxiolytiques lui sont administrés, qui améliorent en quelques jours considérablement son état douloureux. Elle est alimentée et hydratée par sonde parentérale.

Elle est peu réactive mais semble beaucoup plus confortable et paisible qu'à son arrivée. Elle est somnolente la plupart du temps et ne parle pas. Son décès surviendra le 1^{er} avril, en l'absence de ses enfants.

1. L'état de base fait apparaître une famille très conflictuelle autour de la patiente somnolente

Madame Adélaïde, âgée de 91 ans est veuve et mère de six enfants dont un fils et trois filles présents, dont deux fraîchement arrivées d'Angleterre et des Etats-Unis. De grandes tensions opposent le fils à ses sœurs et un climat de suspicion règne concernant toutes les décisions médicales, qui sont pourtant chaque jour patiemment justifiées et expliquées par les médecins aux différents membres de la famille, qui ont besoin d'être rassurés en permanence, et dont les avis opposés donnent lieu à de violents conflits entre eux.

Il est fréquent, que le rassemblement au chevet d'un membre de la famille mourant, fasse apparaître parfois avec violence la complexité des relations tissées autour de lui. La maladie et la proximité de la mort font craindre le morcellement et l'effondrement de soi et c'est le « noyau » même de l'être humain qui est mis en jeu à chaque instant, à la fois pour le patient face à lui-même dans les derniers instants de sa vie, mais aussi pour tous ceux qui l'entourent, Si le malade, plus ou moins conscient de son impossibilité de guérir, a tant besoin d'être soulagé, sécurisé et apaisé, il en est de même pour ses proches, qui ressentent souvent le besoin d'exprimer leur sentiments, avec son lot de déception et de colère, leurs craintes, leur résignation, leur désespoir aussi et toutes les questions qui affleurent douloureusement et les conflits qui les déchirent.

Le fils de Madame Adélaïde quant à lui souffre de la perte de communication avec sa mère, il n'arrive pas à la « *rejoindre là où elle est* », confie-t-il à l'art-thérapeute.

2. L'objectif thérapeutique général est la stimulation sensorielle pour raviver la saveur existentielle de la patiente dans un état de conscience diminué

L'indication médicale concerne d'abord la patiente somnolente, afin de solliciter sa sensorialité par le pouvoir de la musique et lui apporter du bien-être. Cet objectif est aussi celui qui est proposé à tous les patients non-conscients du service et parfois dans certains cas de malades décérébrés, afin de tester leur réactivité à l'impact possible de la musique et aux sonorités du violoncelle, comme « dernière tentative » de stimulation sensorielle dans le « désert » apparent de leur réactivité.

3. La stratégie thérapeutique de la première séance se centre sur la stimulation sensorielle de la patiente et sur la restauration de la relation du fils avec sa mère

Les Suites de Bach (phase1), captées (phase2) par Madame Adélaïde, stimulent les mécanismes humains archaïques impliquant le sensoriel et le ressenti (phase 3), et génèrent un élan vital et une intention (phase5) qui s'expriment dans la modification de sa respiration. Le savoir-faire de l'art-thérapeute (phase 6) et sa « production » sous forme de pièces musicales (phase 7) vont être reçus par le fils de la patiente (phase 4) et un phénomène relationnel (autour de la phase 8) va s'instaurer entre lui et l'art-thérapeute mais surtout entre lui et sa mère, qui va lui permettre, de rétablir ce lien qui lui semblait définitivement compromis.

4. Au cours de la première séance, la présence du fils de la patiente fait s'adjoindre de nouveaux objectifs à l'objectif initial

Quand l'art-thérapeute pénètre dans la chambre 408, le fils de Madame Adélaïde, avec lequel elle s'est entretenue brièvement dans le couloir peu de temps avant la séance, la reçoit sans mot, en cherchant un peu fébrilement, la chaise la mieux adaptée et le meilleur emplacement pour ce concert impromptu, « *le plus près possible de ma mère* », suggère-t-il. A l'objectif initial concernant la revigoration sensorielle de Madame Adélaïde, vient s'ajouter un nouvel objectif qui vise plus particulièrement le fils de la patiente, profondément perturbé par l'agonie de sa mère et selon ses propres termes, sa « *difficulté à lui parler et à se faire comprendre d'elle* ». Le nouvel objectif de l'art-thérapeute vise à la restauration de la relation entre le fils et sa mère.

L'art-thérapeute joue l'Aria de Jean Sebastian Bach et le fils debout, la tête en arrière appuyée contre le mur, pleure en silence. Quand le morceau prend fin, il semble ne plus pouvoir détacher son regard de sa mère allongée et immobile et apprend à l'art-thérapeute, sans la regarder, que sa mère a toujours baigné dans la musique de Bach, car son père, qui était peintre, peignait toujours en écoutant précisément ce compositeur.

« *Il faut jouer encore* », dit-il, puis un moment plus tard « *Ca prend là* » en montrant son cœur sur lequel il a posé sa main.

L'art-thérapeute joue plusieurs mouvements extraits des Suites pour violoncelle seul de Bach et la patiente commence à respirer de façon nettement plus ample. Ce phénomène s'atténue légèrement dans le silence qui s'installe entre les mouvements des Suites.

« *Si elle entend, ça doit lui faire chaud au cœur* », dit-il encore. Puis « *Oui, elle entend.* »

La séance dure exactement 25 minutes. Quand l'art-thérapeute soulève son archet dans un geste significatif qui annonce la fin de la séance, le fils de Madame Adélaïde regarde l'art-thérapeute pour la première fois bien en face. Son visage s'est détendu et il en paraît beaucoup plus jeune.

Il sourit dans sa direction. « *Merci de m'avoir permis de faire chaud au cœur de ma maman* », puis il ajoute « *Elle n'est plus en détresse maintenant. Vous lui avez donné une voix.* »

5. Les items d'observation des deux séances sont l'expression du regard du fils et des filles de Madame Adélaïde, ainsi que la prise en compte de leurs paroles

Beaucoup d'éléments peuvent être observés dans ces situations à « haute densité humaine » et dans l'espace animé de la chambre où résonnent les Suites de Bach. L'art-thérapeute doit opérer un choix dans le repérage de ses items d'observation, pour ne pas s'égarer dans la multitude des expressions qui affleurent et rendent compte de la complexité des mécanismes mis en jeu. L'expression du regard dans un visage est particulièrement révélatrice des mouvements intérieurs de la personne. Le regard fuyant du fils de Madame Adélaïde en début de séance, va progressivement s'éclaircir, en se fixant tout d'abord sur sa mère, puis se tourner vers l'art-thérapeute pour lui faire part en toute confiance de son ressenti et de son apaisement. Lors de la deuxième séance, l'expression du regard d'une des filles de Madame Marie et son évolution va constituer également un faisceau d'items très pertinent pour l'art-thérapeute.

6. La stratégie thérapeutique de la deuxième séance se centre sur la restauration des relations des enfants entre eux

Par l'écoute de la musique qui va sonder les profondeurs de l'humain, un processus relationnel se met en place, à même d'activer les capacités affectives et sensibles des personnes en présence. La relation qui est fondée sur l'élan, se caractérise par une simultanéité et une spontanéité du lien et peut favoriser une certaine « ouverture sociale » en modifiant bénéfiquement les échanges entre les personnes. L'écoute (phase 2) des Suites de Bach (Phase 1), en touchant sensoriellement (phase 3) et intellectuellement (phase 4) les enfants de Madame Adélaïde, permet un élan et une poussée (phase 5), qui à travers le traitement mondain de l'œuvre jouée (phase 8), induit une relation transversale qui régénère les échanges par un partage simultané des sensations gratifiantes.

7. L'évaluation de la première séance montre une restauration de la relation entre la mère et son fils

Les effets relationnels de la musique peuvent faire glisser les mécanismes humains de la représentation au ressenti et aider à un détournement de la souffrance existentielle en restaurant les liens pénalisés.

Le « miracle » de la musique s'est réalisé en ce sens que ce lien que le fils ne parvenait pas à continuer de faire vivre par lui-même avec sa mère proche du coma, s'est réanimé par le pouvoir opérant de la musique.

La relation s'est chargée d'un sens ou plutôt de sens, au-delà des mots qui ne pouvaient l'appréhender, en replongeant le fils de Madame Adélaïde de façon vivante dans la musique

qui avait accompagné la vie active de ses parents. L'art-thérapeute en ce sens a aidé le fils de la patiente d'une part «à faire chaud au cœur de sa maman », c'est à dire lui a permis de lui « transmettre » un contenu affectif et a « rendu sa voix » à sa mère, c'est à dire lui a permis de « percevoir » un contenu affectif émanant d'elle.

8. La deuxième séance rassemble de façon inattendue les membres de la famille autour de la patiente

Des confits ouverts préludent à la deuxième séance, opposant le fils de Madame Adélaïde à l'une de ses sœurs, qui refuse violemment la présence de l'art-thérapeute dans la chambre, alors que son frère réclame que sa mère entende à nouveau l'Aria de Bach, car dit-il, «maman l'entend, c'est sûr et ça lui fait du bien ». L'art-thérapeute s'installe cependant, malgré le climat peu propice, fortement incitée par le fils énervé, qui lui recommande de ne prêter aucune attention aux propos agressifs de sa sœur, qui, le regard furieux, reste près de la porte entrouverte pour signifier son désaccord et le fait qu'elle va quitter la chambre incessamment. Une autre sœur arrive avec son mari et ses enfants. L'atmosphère est tendue. Quand l'Aria de Bach commence à déployer sa mélodie dans la chambre, c'est son caractère grandiose et élevé, qui semble saisir instantanément toutes les personnes rassemblées autour de la mourante. Tous les regards sont tournés vers Madame Adélaïde et chacun en même temps se plonge en lui-même. Quand la musique s'arrête, le silence qui lui succède est dense et difficile à rompre avec des paroles. La sœur le plus près du lit murmure finalement : «Merci. C'est apaisant, c'est profond». Le frère lui ne parvient pas à prononcer un seul mot. L'art-thérapeute reprend alors les mouvements des Suites jouées lors de la séance précédente. La séance dure vingt sept minutes exactement. Quand l'art-thérapeute prend congé de la famille sur la pas de la porte, la sœur rebelle qui n'a pas bougé de sa chaise, ajoute sans lever les yeux: « Ca nous a apaisé et réuni. » Puis marmonne « On ne s'y attendait pas.. ».

9. L'évaluation de la deuxième séance montre un apaisement des relations des enfants entre eux

L'art-thérapeute prend en compte les paroles prononcées par les sœurs ainsi que la modification radicale de l'atmosphère entre le début et la fin de la séance. Les regards se sont pacifiés, aussi bien chez le frère que la sœur conflictuelle. Quant à l'autre sœur et sa famille, leur sourire expriment leur reconnaissance et leur soulagement. Une aide-soignante passée dans la chambre, s'étonne « du changement à la 408, après le violoncelle » et en fait part à un médecin et plus tard à l'art-thérapeute. La question se pose alors à l'art-thérapeute de savoir s'il est pertinent de faire un graphique rendant compte des modifications des comportements, des attitudes corporelles, des regards et des sourires des personnes en présence. L'art-thérapeute en conclut que la description fine et précise du déroulement de la séance ainsi que les confirmations rapportées par l'aide-soignante présente, suffisent à rendre compte avec suffisamment d'objectivité que les stratégies mises en œuvre ont permis d'atteindre les objectifs fixés, en particulier celui de la restauration des relations familiales dans une « trame humaine » très complexe.

10. Le bilan de la prise en charge présenté à l'équipe est repris par un médecin au cours d'interventions dans des colloques médicaux

Deux points fondamentaux retiennent l'attention de l'équipe suite à la présentation du bilan de la prise en charge de Madame Adélaïde. Tout d'abord, c'est au « noyau » de l'être humain que s'adresse la musique de l'art-thérapeute et c'est ce noyau même, qui une fois sollicité, se met à « vibrer » en harmonie avec les vibrations du violoncelle et la beauté intemporelle des Suites de Bach- et ceci indépendamment de l'état de conscience de la personne. Cet aspect

mis à jour par les séances d'art-thérapie, constitue l'introduction de l'intervention d'un médecin du service lors du 2ème Colloque National « Douleurs et Démences »*, en juin 2011. D'autre part, tout comme le décrit Platon dans ses *Lois*, la musique met en mouvement l'âme humaine et unit les hommes, à travers l'inspiration du musicien et les règles universelles qui régissent la beauté des œuvres qu'il joue.

La nature même de la musique est riche pour instaurer une relation entre plusieurs personnes, créant des liens d'intimité groupale, même si les différents protagonistes ne participent pas activement à la production d'une œuvre mais en sont seulement les contemplateurs, ensemble et au même moment. Le terme « seulement contemplateurs » n'est ici en rien réducteur. La cohérence musicale entraîne l'harmonie et les personnes s'accordent et « vibrent » ensemble.

La vision de l'ensemble des mécanismes mis en mouvement dans l'opération artistique, nous invite à considérer une fois de plus dans l'action de la musique et dans l'émanation de sa beauté, une forme d'« animation existentielle » sur l'être humain à même d'unifier les hommes – qu'ils en soient les acteurs ou les contemplateurs.

« La musique s'est faite humaine ». ³⁸

Troisième Partie

Chapitre 1

L'art-thérapeute pour être efficace doit travailler sous l'égide de l'objectivité

1. Le monde des Idées est le modèle de l'objectivité en philosophie

La doctrine de Platon se présente comme un idéalisme objectif. L'Idée au sens platonicien, est le type éternel de toutes choses. Elle appartient au monde divin où siègent les vérités éternelles et le monde sensible n'en est que la pâle reproduction. Les Idées sont perçues par l'intelligence humaine, tandis que le monde des apparences est perçu par les sens, qui sont trompeurs par nature. Les choses sensibles soumises au changement se modifient perpétuellement, or le savoir doit être universellement et éternellement valable, c'est-à-dire partout et toujours. Le monde sensible doit donc être « soutenu » par une réalité non sensible, autrement dit non soumise au changement. C'est à cette condition que le monde ne se détruit pas. Cette réalité est donc de nature intelligible, ce sont les Idées. Pour Platon, la seule réalité « vraie » est d'ordre intelligible, idéale; elle est spirituelle et non sensible. Cette séparation nette entre la réalité intelligible et le monde sensible des ombres, est décrite dans la célèbre allégorie du Mythe de la Caverne³⁹. La réalité sensible est une copie de l'intelligible. Les choses sensibles et singulières participent d'une Forme ou Idée, qui est son concept, sa définition. L'Idée qui trône au-dessus de toutes les autres est le Bien, elle est au-delà de l'essence, c'est-à-dire qu'elle n'est pas elle-même définissable et qu'elle rend possible toutes les autres Idées. Les Idées ont une existence indépendante de nous. Elles sont donc objectives. Le philosophe doit accéder aux Idées en s'élevant au-dessus de la réalité sensible : c'est la démarche dialectique. Ainsi le processus de connaissance est une remémoration, une réminiscence des Idées que l'on a contemplées avant de prendre un corps.

La connaissance est d'abord une re-connaissance.

* Colloque organisé par l'Equipe du Centre Douleur Chronique et Soins Palliatifs de l'Hôpital Sainte Perine

³⁸ FORESTIER Richard, *Op. cité*, p.51

³⁹ PLATON, *La République*, livre 7

2. L'orientation objective de l'esthétique suppose l'existence de la beauté idéale fondée sur le modèle divin

L'esthétique concerne traditionnellement les conditions d'existence du beau. L'orientation objective de l'esthétique nous est proposée par le modèle platonicien. Une chose belle - une rose, un visage de femme, est belle par participation à la Beauté, en vertu de l'harmonie qu'elle comporte. En considérant cette beauté, il ne s'agit pas de savoir quelle chose est belle mais plutôt de savoir ce qu'est le beau. « ...non pas ce qui est beau, mais ce que c'est que le beau » dit Socrate à Hippias⁴⁰, car ce dernier affirme que « le beau, c'est une belle jeune fille », et Socrate de répliquer que « ...si une jeune fille est belle, c'est qu'il existe quelque chose qui donne leur beauté aux belles choses ».

D'où l'importance de la découverte de la Beauté en soi, qui suppose que les choses peuvent exister en dehors de l'homme et en dehors de la nature. L'essence de la beauté pour être perçue par l'homme, prend forme dans le monde sensible. Le monde des astres dans l'immutabilité de l'organisation céleste et le rapport mathématique des planètes entre elles, est un modèle divin de mise en forme sensible de la beauté essentielle. L'âme de l'homme se souvient de l'Idée de la Beauté, qui est un modèle divin objectif, extérieur à elle.

La représentation esthétique rend sensible l'intelligible, elle rend visible l'invisible. Cette apparition de l'Idée dans l'horizon de la manifestation peut certes procéder d'un travail humain mais être aussi le résultat d'un travail divin. L'art (*tekhnè*) imite la nature (*phusis*). L'idée du beau apparaît ainsi comme un archétype, c'est-à-dire un modèle absolu de perfection par comparaison duquel toute œuvre effective n'a de valeur qu'approchée. Par les relations qui unissent étroitement le beau au vrai comme au bon, le beau devient un absolu qui vaut par lui-même, en tous lieux et de toute éternité, et qu'on ne saurait soumettre à condition. Le pivot du modèle de l'orientation objective de l'esthétique est donc l'imitation parfaite, la *mimésis*, mais se trouve par nature éloignée de la réalité intelligible, d'où la sévérité de Platon et sa méfiance à l'égard des arts.

3. L'objectivité musicale est en lien avec l'harmonie du monde qui lui donne son modèle

L'essence de la musique est dans le nombre et c'est à la raison qu'il appartient de préciser les lois objectives qui structurent l'harmonie. Ainsi, quand la musique humaine rejoint la musique des dieux, elle ne fait, dans son élévation, qu'imiter la musique des astres.

La musique harmonieuse revitalise l'homme en l'accordant avec l'univers et exerce sur lui une influence bienfaisante. Inversement, sans harmonie, la musique blesse, contrarie, trouble l'équilibre. Toute maladie est déséquilibre de l'harmonie du corps. Il doit donc être possible de se servir de la musique comme thérapie, nous disent déjà les Anciens, car la santé n'est rien d'autre qu'une harmonie psychique et physique qu'il s'agit de maintenir. La musique a des vertus pour apaiser les déséquilibres émotionnels et elle incite surtout l'intelligence à comprendre le sens vrai du déséquilibre. Il est tout à fait étonnant de remarquer à ce titre que toutes les grandes œuvres musicales comportent des structures remarquablement ordonnées. En ce sens, Bach est un grand mathématicien. L'art de la fugue par exemple est d'une technicité mathématique redoutable. Les Suites pour violoncelle seul aussi. Et ce qui est le plus frappant, c'est que le génie trouve spontanément dans l'inspiration les Idées-formes de l'harmonie.

⁴⁰ PLATON, *Hippias Majeur*, 287d-288e

4. La douleur est d'abord un objet de la science

La douleur physique renvoie au corps et à la sensation. La science médicale, dans son effort d'objectivation, assimile la douleur à un processus physiopathologique localisable : on parle de *locus doloris*. La douleur physique est également quantifiable, on parle de *quantum doloris* et même de *pretium doloris*, en pointant le rapport spécifique qu'elle entretient au temps. Cette douleur, nous l'avons déjà évoqué, se révèle souvent comme une alarme utile qui amène le sujet à préserver son intégrité physique et le pousse à rechercher un « regard médical » adéquat pour traiter la pathologie qu'elle re-présente. Le médecin veut d'abord et avant tout objectiver cette douleur, la localiser, en trouver la cause, la nommer, la réduire voire la supprimer. Pour traiter la douleur, il lui faut traiter le patient comme un objet, quitte à ce qu'il ne soit plus, face à la technique médicale, qu'un objet de douleur « réparable ».

Cette objectivité médicale pose le modèle d'un corps-machine et cherche à en comprendre le fonctionnement, le corps conçu comme une chose étendue, conception fondée par une vision dualiste à la Descartes, où le corps répondant aux exigences d'une logique mécaniste est résolument séparé de l'âme.

Les prétentions médicales à l'objectivité de la douleur « sont fondées sur une biologie scientifique, c'est à dire une mathématisation des phénomènes de la vie ».⁴¹ Même si la subjectivité et la mystère ne sont pas niés, ils sont définitivement mis à l'écart et tenus hors du champ médical.

5. La loi de la mortalité est une loi universelle et une nécessité d'ordre général

La condition même de l'homme est une condition mortelle. La mort se présente à nous comme un événement biologique inéluctable auquel chaque membre de l'espèce humaine ne saurait se soustraire, du fait même de son appartenance au règne des vivants. Les biologistes ont coutume d'en faire une exigence de la vie : elle se présente comme la condition du renouvellement de la vie de l'espèce humaine et de toute la nature. Ainsi, l'idée d'une utilité de la mort naturelle, nécessité d'ordre général : « L'immortalité de l'espèce devait se payer par la mortalité de l'individu ».⁴²

Pour leur part, les Stoïciens, ayant appris aux hommes à distinguer ce qui dépendait d'eux et ce qui n'en dépendait pas, ont classé la mort dans ce qu'il faut accepter avec sérénité et courage, puisqu'elle ne dépend pas d'eux. Ces Sages de l'Antiquité présentent donc la mort ou plutôt le fait de mourir, comme la conséquence naturelle et inéluctable d'une loi.

Jankélévitch opère une fascinante distinction de la mort selon les trois personnes du singulier de la conjugaison grammaticale. « La mort en TROISIEME PERSONNE est la mort-engénéral, la mort abstraite et anonyme, ou bien la mort-propre, en tant que celle-ci est impersonnellement et conceptuellement envisagée ».⁴³

On peut la conjuguer à tous les temps de l'indicatif. Un événement biologique a eu lieu, c'est la mort-d'autrui anonyme, qui nous reste lointain et nous laisse indifférent, un événement au contenu objectif qui se produit à un moment donné et quelque part dans le monde.

6. L'objectivité fonde l'aspect scientifique de la relation thérapeutique

Depuis l'aube des temps, la rencontre entre un patient et un médecin repose sur le mouvement d'une personne atteinte dans son corps exprimant sa plainte à une autre. Cette sensation désagréable est relatée à un sujet supposé compétent pour l'entendre, la déchiffrer, la diminuer ou la supprimer. D'un côté un professionnel doté d'un savoir et d'un savoir-faire, de l'autre un patient qui exprime sa souffrance. « Un des piliers de la médecine occidentale

⁴¹ GAZAIX P. et MICHEL FB, *Frères humains*, in *Souffrances*, revue Autrement, p.172.

⁴² RICOT Jacques, *Philosophie et fin de vie*, p.88

⁴³ JANKELEVITCH Vladimir, *La mort*, p.25

consiste à construire à partir de la plainte d'un patient une représentation de la maladie sous-tendue par un référentiel de type scientifique». ⁴⁴ La souffrance est codifiée en signes, puis traduite en symptômes. Des disciplines telles que l'anatomie, la physiologie, la biologie, la biophysique ou la biochimie fondent la dénomination de la maladie. Elles fonctionnent selon les principes de la méthode expérimentale et la vérification par l'expérience constitue l'idéal de la certitude et fait la validité de toute connaissance. La relation du soignant au soigné se caractérise alors par une franche division entre le sujet observant et l'objet observé. Le sujet observant est telle une « page blanche », un regard neutre. Toute la médecine, imprégnée par cette démarche scientifique, se présente comme une approche objectivante et causaliste. Cette volonté d'objectivation – étymologiquement de « placer devant » – et de traduction dans un référentiel scientifique défini constitue la base de la médecine occidentale et de la relation thérapeutique qui en découle.

7. Les méthodes de l'art-thérapie tendent vers l'objectivité

L'art-thérapie « tant dans son esprit, ses méthodes, ses moyens que dans ses objectifs relève des acquis et de la démarche scientifiques ». ⁴⁵

C'est sur indication médicale que le protocole thérapeutique est établi, afin de pouvoir apprécier la prise en charge du patient en art-thérapie. L'observation au cours des séances permet l'analyse, mais cette observation cherche à se tenir au fait perceptible et uniquement à l'élément observé. C'est une démarche analytique qui permet d'aller vers la déduction.

L'art-thérapeute, afin d'exploiter au mieux l'orientation thérapeutique des pouvoirs et des effets de l'art, doit être particulièrement attentif à la bonne gestion des informations que son atelier lui fournit. C'est une approche topologique scientifique de l'activité qui lui permet de visualiser le cheminement thérapeutique et les objectifs, ainsi qu'une analyse de ses observations. L'évaluation qui découle de cette topologie trouve en l'item son élément primordial et fondateur. L'item qui est la plus petite unité observable, est l'expression pertinente d'une difficulté et se rapporte à des faits précis. Les items relatifs à la quantité sont appréciés avec des unités mesurables, ils sont identifiés par tous, ce qui fonde leur indéniable objectivité. Pour tendre vers l'objectivité, l'art-thérapeute ne doit pas cependant être supprimé en tant que sujet connaissant. L'objectivité de son étude, dépend de la démarche plus que de l'objet de cette démarche : ce sont ses méthodes qui en garantissent l'objectivité. C'est par sa connaissance et sa maîtrise des phénomènes engagés dans l'activité artistique, par une modalité d'observations et d'analyse adaptés permettant de comprendre et d'agir sur les mécanismes humains dans l'espoir d'atteindre les objectifs souhaités, que l'activité de l'art-thérapeute peut revendiquer sa nature scientifique. Les conditions de l'objectivité ne sont pas données une fois pour toute et de toute éternité. L'art-thérapie, en tant que discipline nouvelle doit déterminer précisément la forme d'objectivité qui lui est propre et la développer pour une reconnaissance fondée de sa pertinence et de son originalité dans le milieu médical.

8. La nature de l'homme pose des limites à l'objectivité pure

Pour Platon et la philosophie antique, l'objet de la connaissance est donc la réalité elle-même, telle qu'elle existe indépendamment du sujet. La connaissance est la contemplation de la vérité qui avec l'être lui-même est la réalité. Pourtant, si l'on définit l'objectivité comme l'accord de la pensée au réel et comme permettant une connaissance conforme à l'objet, universelle et qui ne dépend pas du sujet, il apparaît ce paradoxe qu'il n'y a pas d'objet connu sans sujet de connaissance et donc qu'une connaissance purement objective et indépendante du sujet n'existe donc pas. En ce sens, aucun jugement ne peut être objectif en ce qu'il se rapporte

⁴⁴ MALLET Donatien, *La médecine entre science et existence*, p.11

⁴⁵ FORESTIER Richard, *op. cité*, p.189

toujours nécessairement au sujet de la connaissance et qu'il appartient à la conscience, au regard de la nature même de l'homme.

Chapitre 2

L'art-thérapeute pour être efficace doit travailler sous l'égide de la subjectivité

1. Le modèle de la subjectivité en philosophie place l'homme au centre

La subjectivité peut être définie tout d'abord comme l'ensemble des caractéristiques d'une conscience individuelle. On parle alors de subjectivité empirique qui « poussée » jusqu'au subjectivisme, aboutit à un relativisme au sens de Protagoras où « l'homme est la mesure de toutes choses ». Il faut faire la distinction entre l'usage ordinaire de "subjectif" qui signifie "immédiat, partial, mal maîtrisé" et ne désigne pas une connaissance digne de ce nom, et son usage philosophique.

La subjectivité peut être entendue aussi comme tout ce qui concerne l'homme en tant qu'il est un sujet, c'est à dire une conscience qui connaît l'objet. Cette définition implique le concept de subjectivité transcendantale au sens de Kant. C'est un véritable bouleversement que la pensée kantienne entraîne avec la fondation de la connaissance sur une conception nouvelle de la subjectivité humaine, la connaissance intellectuelle et sensitive induit une distinction entre le « formel » et le « matériel » à l'intérieur même de la connaissance sensitive.

Kant en effet critique la théorie de la vérité « correspondance à la réalité » et pose de façon moderne le paradoxe de l'objectivité car nous ne sortons jamais de nous-mêmes, nous n'avons jamais affaire qu'à nos propres représentations. Comment, dans ces conditions, prétendre connaître des vérités nécessaires et universelles ?

La solution kantienne s'appuie sur la distinction entre les noumènes, choses en soi, indépendants de nous mais inconnaissables et les phénomènes, choses pour nous, dépendants de nous mais connaissables.⁴⁶ Kant formule de façon nouvelle la notion même de sensibilité, qui n'est plus la « faculté de connaître inférieure » mais obtient maintenant une légalité cognitive propre, qui la rend apte à revendiquer une validité universelle pour ses principes. En tant qu'elle est soumise aux lois de la sensibilité, la connaissance sera dite sensitive, mais en tant qu'elle est soumise aux lois de l'intelligence, elle sera dite intellectuelle ou rationnelle. La sensation renvoie le sujet « en lui-même », c'est à dire le replie sur son état subjectif. De la même façon, la forme de la représentation sensible est « subjective », dans la mesure où elle n'est pas une « projection de l'objet » ; en effet, « elle est seulement une loi incluse dans l'esprit, loi par laquelle l'esprit coordonne pour lui-même les choses senties, choses qui tirent leur origine de la présence de l'objet ».⁴⁷

2. L'orientation subjective de l'esthétique suppose une beauté déterminée par l'homme lui-même

Comment doit-on comprendre la subjectivité dans l'appréhension de la beauté ?

Dans un sens commun, la subjectivité pure nous amène à un relativisme qui d'une certaine façon met fin à toutes discussions. Mais il ne s'agit pas de considérer cette vision quand on se penche sur la beauté déterminée par l'homme et non la beauté existant en dehors de lui. L'esthétique à orientation subjective se tourne en effet vers la réceptivité du spectateur, c'est-

⁴⁶ KANT Emmanuel, préface à la seconde édition de *La critique de la Raison Pure*

⁴⁷ KANT Emmanuel, *Méditations*, p.504-507

à-dire le sentiment que l'œuvre induit dans la subjectivité qui la perçoit. Ainsi, cette esthétique nouvelle substitue à la théorie du beau idéal, objectivée par le canon des proportions, une rencontre sensible et subjective. A la Renaissance, le Moi se met au centre de tout et le beau et le vrai ne sont plus parties liées. S'il est un critère de beauté, ce n'est donc pas dans l'objet qu'on le trouve mais dans le sujet qui en éprouve le pouvoir de fascination. L'œuvre apparaît comme une stimulation d'un mécanisme intérieur à l'homme. L'esthétique est la forme de saisie immédiate et intuitive d'un contenu. Elle est ce mécanisme même, qui oscille de l'intelligence au sens, impliquant l'une comme l'autre, entre compréhension et réaction physiologique. Elle reste indépendante de la chose extérieure et se présente comme fondamentalement subjective.

L'idée du beau laisse la place au sentiment du beau et la définition objective et quantitative qui se traduit dans le calcul des proportions s'efface devant l'évaluation subjective et qualitative dans une critique du goût, connaissance qui relève du sensible et non plus de l'intelligible. Ainsi, le jugement de goût ne porte plus sur les proportions de l'objet, mais sur l'émotion intérieurement éprouvée par le sujet à l'occasion de la rencontre avec l'objet.

Le savoir devient saveur, ce qui fait dire à Baumgarten « la perfection de la connaissance sensible comme telle, c'est à dire la beauté »⁴⁸. C'est en 1750 que Baumgarten publie un ouvrage essentiel intitulé « Esthétique théorique ». Il y soutient la possibilité d'une science du sensible : « L'esthétique est la science de la connaissance sensible ». Il y a donc une connaissance sensible et non seulement des illusions sensibles et cette connaissance sensible est objet d'une théorisation. La théorie du goût doit être une esthétique, « aisthesis » désignant en grec la sensation. Il faut pourtant distinguer nous dit Kant, entre la sensation — qui prétend à quelque titre à l'objectivité : la sensation est la sensation que le sujet a de l'objet — et le sentiment, qui n'a de valeur que subjective, et qui est le sentiment que le sujet a de lui-même. « Sans relation au sentiment du sujet, la beauté n'est rien en soi ».⁴⁹ Le goût, pour juger d'une œuvre, ne se vérifie pas à sa conformité au modèle idéal, mais consulte plus simplement la naïveté de son sentiment : le beau est donc ce qui plaît, le laid ce qui répugne. Par l'effet de la rencontre esthétique, le sujet fait alors l'expérience subjective de la vie qui est en lui, le sentiment esthétique procure au sujet le sentiment de « l'intensification de ses forces vitales ».

Kant nommera « esthétique transcendantale » la première partie de sa *Critique de la Raison Pure* dans laquelle il élabore une théorie de la sensibilité. La sensibilité n'est pas comprise par Kant comme de l'intelligence obscurcie. Elle est une faculté ayant sa dignité et son fonctionnement propre, une faculté essentielle à la construction d'une pensée conceptuelle.

Ainsi, le jugement esthétique n'est pas un jugement de connaissance. Le beau ne peut pas faire l'objet d'une science.

3. La musique est un art de la sensation subjective par nature

Dans ses *Leçons sur l'Esthétique*, Hegel montre comment la sensation - simplement subjective, l'impression, en tant qu'elle exprime l'intériorité subjective, fait de la musique un art qui se destine à l'intériorité subjective comme telle. Pour lui, la musique « est l'art de l'être intime qui s'adresse immédiatement à l'être intime lui-même », à la différence de la peinture, par exemple, qui exprime, incontestablement aussi, la vie intérieure, les passions du cœur et les conflits de l'âme mais en les configurant selon un mode objectif, dans une manifestation extérieure au sujet qui les contemple. L'esthétique hégélienne montre que cette sensation doit être entendue comme un élargissement de la subjectivité, demeurant dans une unité indissociée avec son contenu. Ainsi la sensation, loin d'être une simple impression organique, est « ce qui habille le contenu ». Elle se module et s'étend à l'expression de toutes les sensations particulières que sont « les nuances de la gaieté, de la sérénité, du badinage, du

⁴⁸ BAUMGARTEN Alexander Gottlieb, *Esthétique théorique*

⁴⁹ KANT Emmanuel, *Critique de la faculté de juger*, par.9, 3^e Critique

caprice, de l'exultation et de la jubilation de l'âme, ainsi que les différents degrés de l'angoisse, du souci, de la tristesse, de la plainte, du chagrin, de la douleur, de la nostalgie, etc., et enfin de la vénération, de l'adoration, de l'amour, [et qui] deviennent la sphère spécifique de l'expression musicale »⁵⁰. L'art musical est tel que la différence entre le sujet, qui contemple, et l'objet ne s'est pas encore produit dans la sensation, où « le contenu est indissociablement enchevêtré à l'intérieur comme tel ».

4. La subjectivité dans la musique est liée à la notion de durée ou temps vécu

La musique est évanescence. La musique semble n'exister que dans l'instant de sa perception, qui doit en reconstituer son « unité » dans la durée. L'intuition est d'abord ce qui nous permet de saisir notre vie intérieure et en particulier la durée. Ainsi, Bergson oppose le temps objectif à la durée ou temps subjectif. Le temps objectif correspond à la vision scientifique du temps. C'est le temps mesuré par l'horloge, celui qu'on divise en heures, minutes et secondes et où une heure est identique à une autre heure mais il reproche à la science de manquer l'essence du temps. Croyant mesurer le temps, le scientifique mesure en réalité de l'espace et « spatialise » le temps, comme le montre cette habitude de représenter le temps par une droite c'est à dire par un espace. Le scientifique manque l'essentiel et ignore la réalité du temps. Le temps réel est la durée, dimension de la conscience. Ce temps subjectif est le temps vécu, qui fait paraître certaines heures plus longues et d'autres plus courtes, où chaque instant est unique, différent d'un autre au point qu'être fidèle au réel implique une disponibilité permanente à l'imprévisible nouveauté des choses extérieures et intérieures. C'est le temps qui se révèle dans l'expérience de l'attente. La durée est l'étoffe du moi, un devenir imprévisible. « Quand nous parlons du temps nous pensons à la mesure de la durée et non à la durée même. Mais cette durée que la science élimine, qu'il est difficile de concevoir et d'exprimer, on la sent et on la vit ».⁵¹ La subjectivité musicale est en lien avec l'expérience de ce temps vécu de la conscience humaine par l'intuition que le temps musical est perpétuelle création de différence et s'oppose au temps de l'identification. Il est irréductible à une série d'états, il est indivisible. En effet, sa perception est impensable si l'on n'admet pas que l'homme perçoit le passé dans le présent et ce qui vient d'arriver dans ce qui persiste « Comment ne pas voir que l'essence de la durée est de couler et que du stable accolé à du stable ne fera jamais rien qui dure ? ».⁵² Le temps musical s'apparente à un mouvement similaire à travers le temps des séquences musicales construites au fur et à mesure de ce qui vient à peine d'être entendu, ce qui est donné à entendre dans le moment présent et l'anticipation de l'écoute qui va advenir, ce qui lui confère sa subjectivité intrinsèque.

5. La douleur est une donnée subjective

Malgré les avancées récentes de la neurophysiologie, la douleur n'apparaît pas uniquement comme un objet de science quantifiable et reproductible.

« Il s'agit toujours de l'expérience unique d'un sujet porteur d'une histoire, d'idées et de croyances, d'expériences antérieures, de motivations, dans l'état l'état physique et mental d'un moment ; elle représente sa réponse élaborée pour cette situation ».⁵³

Ainsi, déclenchée par une gamme de stimuli intenses dus à une lésion ou à une maladie, la douleur perçue par le sujet souffrant ne peut être définie uniquement par des caractéristiques sensori-discriminatives spatiales, temporelles et qualitatives, mais représente bien une réponse affective et émotionnelle de l'individu. On trouve le plus souvent un inventaire des formes de la douleur dans un registre surtout qualitatif : elle est sourde, aiguë, lancinante, chaude ou

⁵⁰ HEGEL, *Esthétique*, t. III, p.138

⁵¹ BERGSON Henri, *La pensée et le mouvant*, p.7

⁵² BERGSON Henri, *op. cité*, p.7

⁵³ MARQUEZ C, *Le mal chronique* in Souffrances, revue Autrement, p.35

froide, pongitive, pulsative ou gravitive. Il convient alors d'en définir ses conditions d'accès à la conscience plutôt que de s'attarder sur sa pure quantification et le lieu de sa manifestation. « Nous n'avons pas accès à la douleur de l'autre parce que la douleur est une donnée purement subjective, strictement affective, une sensation : elle n'a pas de référent ». ⁵⁴ Nous pouvons être affectés par la douleur de l'autre mais nous ne pouvons pas la ressentir d'aucune façon. Ce qui est intéressant de relever, c'est que s'il s'agit bien ici de souffrance morale, ce domaine se trouve le plus souvent réservé exclusivement aux psychiatres, qui d'une certaine façon « médicalise » cette souffrance, en font un symptôme permettant d'établir un diagnostic et de proposer un traitement. Ainsi, tout comme la douleur physique, le médecin spécialiste de la « psychée » en vient souvent à traiter la souffrance comme un objet afin de la réparer, alors que sa nature apparaît d'abord comme une donnée purement subjective.

6. La mort est vécue « comme un malheur privé et une tragédie personnelle »⁵⁵

Pourquoi moi? Pourquoi lui? Pourquoi ici? Pourquoi maintenant? Tout d'abord, ce sont les interrogations existentielles qui s'associent de façon diverse à la crise identitaire du malade en fin de vie. A l'approche de la mort, la recherche de signification que le patient pose à son existence, se manifeste à travers la relecture qu'il fait de sa propre vie, dans le regard qu'il porte sur la nature des liens humains établis et engagés et l'ensemble de ses valeurs et croyances. Cette quête de sens ne se réduit pas à une simple demande d'informations biomédicales et d'explications objectivantes et n'est en aucun cas la connaissance d'un état de fait objectif. « Cette recherche d'un sens n'est pas un acte libre qu'effectuerait une intelligence en se distanciant d'elle-même comme le fait le scientifique considérant un objet. Elle est entrelacée avec la volonté de vivre, les représentations de soi, la considération des autres, les convictions philosophiques ou l'effritement des croyances spirituelles. »⁵⁶ De plus, si la mort apparaît pour nombre de philosophes et de biologistes comme un événement universel, elle se présente pourtant à chacun comme un événement unique et singulier où chacun se trouve seul pour l'affronter. « Un abîme sépare ma mort-propre de la loi générale de la mortalité ». ⁵⁷

En reprenant les « classifications grammaticales » de Jankélévitch concernant la mort évoquées précédemment, il y a « le cas intermédiaire et en quelque sorte privilégié de la DEUXIEME PERSONNE (...) qui est la proximité de la mort du proche (...) C'est l'inconsolable qui pleure l'irremplaçable. »⁵⁸

La mort du proche est l'absence d'une présence, mais cette absence pourtant n'est pas synonyme de vide. La pensée de la mort a un contenu qui n'est plus objectif mais devient subjectif, car la mort du proche nous atteint et nous « ouvre à ce mystère qu'autorise la mémoire » ⁵⁹ et qui n'est autre que la présence de l'absence.

7. La subjectivité prime dans la relation thérapeutique

Toute la subjectivité du patient est avivée par l'expérience de la maladie et l'approche imminente de la mort. La position du soignant est d'être attentif à cette subjectivité. La prise en compte de la dimension subjective de la personne constitue un aspect essentiel de toute relation thérapeutique, mais dans le contexte particulier des soins palliatifs, cela en constitue le socle fondateur et incontournable. La plainte, « objectivée » dans le regard scientifique

⁵⁴ GAZAIX P, MICHEL FB *op.cité* revue Autrement, p.165

⁵⁵ JANKELEVITCH Vladimir, *op. cité*, p.22

⁵⁶ MALLET Donatien, *op. cité*, p.12

⁵⁷ RICOT Jacques, *op. cité*, p.93

⁵⁸ JANKELEVITCH Vladimir, *op. cité*, p.29

⁵⁹ RICOT Jacques, *op. cité*, p.101

médical, s'adresse à quelqu'un qui est un autre sujet et qui se met alors en position de responsabilité vis à vis d'un être plus faible. La maladie n'est plus seulement un problème organique, biomédical, réductible à un désordre en un corps objectivé. Elle devient un événement biographique et social, une expérience existentielle, hautement subjective.

En faisant référence à la célèbre méditation d'Emmanuel Lévinas⁶⁰, on peut voir dans la dimension subjective de la relation thérapeutique, cette rencontre avec autrui comme une rencontre avec son étrangeté et sa fragilité. Rencontrer l'autre souffrant à travers son visage, convoque chaque soignant à la responsabilité. L'altérité du visage, sa nudité, sa misère aussi, est un appel qui nous concerne tous.

La position du soignant en soins palliatifs est d'abord une position d'accompagnant de la subjectivité de l'autre. « Dans l'idéal et de manière utopique, l'accompagnant est délié de toute recherche de savoir. Il ne souhaite pas reprendre à son compte, ni intégrer la plainte dans un discours préalablement appris. Son premier mouvement est un temps de passivité, de réceptivité, d'accueil, voire de contemplation. Son second mouvement est un acte de solidarité et de proximité ». ⁶¹ C'est d'abord l'unicité de la personne malade que l'accompagnant cherche à soutenir. Il atteste par sa présence la croyance qu'il existe une dynamique du sujet qui lui est propre et échappe à toute réduction. Par sa solidarité, il soutient l'irréductible singularité du malade-sujet.

Comme le souligne Didier Sicard,⁶² ce regard du soignant empli de subjectivité, présente des parentés avec le regard du peintre. Artistes et thérapeutes ont idéalement cette capacité de s'arrêter sur un détail sans rompre l'unité de l'œuvre, s'attachant à reconnaître, voire à honorer, la singularité de l'œuvre ou de l'homme qui leur fait face.

8. L'art-thérapie travaille dans le champ du ressenti et de l'émotion

Dans le choix des items d'observation, l'art-thérapeute choisit principalement des faisceaux d'items qualitatifs, ressentis voire interprétés et se trouve face à l'épineuse question de la quantification du qualitatif. L'appréhension du vécu des patients en fin de vie auquel il se trouve confronté à chaque seconde peut-elle se mesurer ? Peut-on raisonnablement quantifier l'émotion et le ressenti sans tomber dans l'absurde ?

Pour permettre d'accéder à un sentiment de bien-être, l'art-thérapie stimule la vie émotionnelle et revigore la saveur existentielle. L'art-thérapie en effet, au travers de la gratification sensorielle, plonge au cœur de l'émotivité humaine. L'activité du monde intérieur de l'homme, qu'elle soit intériorisée ou extériorisée, volontaire ou involontaire, tend toujours vers la recherche d'une gratification sensorielle, « c'est à dire qu'il n'y a aucun but pratique, mais la recherche de l'existence et le ressenti du bonheur ». ⁶³

L'art-thérapie à dominante musique peut animer le physique et le spirituel en l'homme en privilégiant particulièrement le ressenti au représenté, qui « se mêlent et se démêlent » dans cette plongée aux tréfonds de l'émotivité humaine, par la tension vers le bonheur et la gratification des finalités existentielles de l'homme.

9. La subjectivité pure n'existe pas de par la nature même de l'homme

Si l'on considère ce mouvement de l'esprit qui cherche à comprendre quelque chose du monde extérieur, c'est qu'il s'attache par définition à ce quelque chose comme lui étant extérieur. Ne peut-on pas ici pressentir que, d'une certaine manière, dès que l'extérieur interfère sur l'activité propre tant des sens que de l'esprit, la subjectivité pure semble compromise. Si l'on en revient à la définition de l'esthétique dans son orientation purement

⁶⁰ LEVINAS Emmanuel, *Totalité et infini*

⁶¹ MALLET Donatien, *op. cit.*, p.13

⁶² SICARD Didier, *La médecine sans le corps*

⁶³ FORESTIER Richard, *op. cit.*, p.75

subjective, il apparaît que cette indépendance qu'elle a par rapport à la nature de la chose extérieure, nous conduit jusqu'à envisager le beau indépendamment d'une œuvre sensible. Cependant, si l'on peut concevoir ce mécanisme de l'esthétique qui se dégage du beau en soi pour devenir un sentiment, il est beaucoup plus difficile de saisir ce qui a effectivement provoqué ce sentiment. Si la chose extérieure a provoqué un sentiment esthétique, elle doit bien avoir une capacité de stimulation et de motivation propre, puisque toutes choses extérieures ne sont pas à même de déclencher ce sentiment esthétique. Des « choses extérieures » comme la mémoire ne peuvent s'empêcher d'interférer dans l'appréciation des mécanismes esthétiques, comme par exemple la détermination du plaisir, par la comparaison des sensations. Pour conclure cette critique de l'esthétique purement subjective, notons « l'extrême difficulté à passer de l'esthétique comme domaine de la beauté au beau comme manifestation singulière d'une chose ». ⁶⁴

Chapitre 3

L'art-thérapeute pour être efficace doit allier objectivité et subjectivité

1. Des pensées philosophiques tendent vers la réunification de l'objectivité et de la subjectivité

Au sens strict, rappelons nous que ce qui est dit subjectif est ce qui appartient au sujet, ce qui est objectif, ce qui appartient à l'objet. Est objectif ce qui appartient à l'ordre de l'objet et peut être reconnu par un consensus d'expériences en commun, est subjectif ce qui est le privilège des vécus du sujet et n'est connu que de lui seul. Pourtant, cette distinction tranchée est sommaire. Comme nous l'avons déjà évoqué, tout jugement, parce qu'il est nécessairement émis par un sujet, est subjectif, et en même temps vise l'objectivité quand il construit l'objet de son examen de façon à le comprendre, le mettre en ordre, et ainsi le faire comprendre aux autres. Dans le sens où la pensée s'exerce toujours sur un objet dont le sens est toujours élaboré par un sujet, peut-on réellement concevoir qu'il existe un jugement purement objectif ou purement subjectif ?

D'où vient alors ce fossé qui s'est creusé entre le monde de l'objectivité telle que la science classique l'entend et le monde de la subjectivité et de la Vie ?

Michel Henry, en examinant la notion même de culture, parvient à dépasser cette dichotomie qui ressemble bien à une impasse. En se posant la question de savoir ce qu'est la culture, il répond de la façon suivante : « Toute culture est culture de la vie, au double sens où la Vie constitue à la fois le sujet de cette culture et son objet [...] La culture désigne l'autotransformation de la vie, le mouvement par lequel elle ne cesse de se modifier soi-même, afin de parvenir à des formes de réalisation et d'accomplissement plus hautes ».

Une connaissance s'intégrant dans la Culture, permet que le sujet sensible que je suis puisse se reconnaître, s'éclairer, se comprendre, en bref, naître avec la connaissance qui fait connaître. « L'illusion de Galilée comme de tous ceux qui, à sa suite, considèrent la science comme un savoir absolu, ce fut... d'avoir pris le monde mathématique et géométrique, destiné à fournir une connaissance univoque du monde réel, pour ce monde réel lui-même, ce monde que nous ne pouvons qu'intuitionner et éprouver dans les modes concrets de notre vie subjective ». ⁶⁵

⁶⁴ FORESTIER Richard, *Tout savoir sur l'art occidental*, p.140

⁶⁵ HENRY Michel, *La Barbarie*, p.10

La représentation rationnelle des sciences dans le langage mathématique, a fait oublier à l'homme qu'il ne s'agissait que d'un langage, et il a pris le langage de l'objectivité pour la réalité elle-même, alors que ce n'était qu'une représentation de la réalité.

Lorsqu'on parle d'un jugement de connaissance, cela implique toujours l'effort d'une subjectivité qui veut partager son savoir avec d'autres subjectivités. Les deux modes de jugements de connaissance qui en découlent peuvent se résumer dans la différence qui existe entre expliquer et comprendre. Une explication décompose un phénomène en cherchant ses causes et ses lois, elle est objective, une compréhension est subjective, elle est saisie d'une intention, d'une motivation, elle prend avec soi. Dans les sciences humaines règne la compréhension, dans les sciences de la nature opère le travail de l'explication, du point de vue de la conscience, seule la compréhension est possible, en raison de l'intentionnalité.

2. La vision bergsonnienne de l'esthétique dépasse les clivages des modèles esthétiques extérieur et intérieur à l'homme

La question fondamentale de l'esthétique qui est toujours de savoir ce qui donne lieu à cette expérience de la beauté revient à osciller voire trancher entre une beauté qui tient à l'objet et une beauté qui siège est dans l'esprit de celui qui contemple.

C'est le privilège de l'intuition chez Bergson qui permet à l'homme, de surcroît artiste, d'avoir accès à un mode de connaissance direct, immédiat et qui lui fait pénétrer l'être profond du réel. Bergson s'interroge sur l'essence de l'art et sur sa finalité. L'art nous fait voir ce qu'ordinairement on ne saurait voir. Il découvre à nos regards ce qui s'y trouve depuis toujours mais demeure caché sans le dévoilement qu'en opère l'artiste. L'art atteste « qu'une extension des facultés de percevoir est possible ». ⁶⁶ Ce qui permet ce pouvoir révélateur, c'est le fait paradoxal que l'artiste, par son détachement, sa « distraction », devient le vecteur d'une perception plus éclairante de la réalité. L'art, en révélant ce qui est, renvoie à une universalité de l'expérience humaine. Ainsi, sens et conscience, dans l'intuition sensible et le monde de l'esprit, nous donnent accès aux données naturelles et spirituelles de la réalité. C'est dans sa perception du monde, que l'artiste se distingue du commun des hommes, qui, eux, privilégient l'action à la contemplation et restent limités par le besoin et les préoccupations utilitaires, d'où le voile tissé qui occulte leur perception des choses. L'artiste n'invente pas, il découvre au regard une réalité préexistante et donne à voir ce qui sans lui serait demeuré invisible. Son mouvement n'est ni purement subjectif, ni purement objectif. Il ne crée pas absolument, ni n'imité totalement, entre l'heuristique et la mimésis grecque, l'artiste dévoile et révèle.

« A quoi vise l'art, sinon à nous montrer, dans la nature et dans l'esprit, hors de nous et en nous, des choses qui ne frappaient pas explicitement nos sens et notre conscience ? Le poète et le romancier qui expriment un état d'âme ne le créent certes pas de toutes pièces ; ils ne seraient pas compris de nous si nous n'observions pas en nous, jusqu'à un certain point, ce qu'ils nous disent d'autrui. Au fur et à mesure qu'ils nous parlent, des nuances d'émotion et de pensée nous apparaissent qui pouvaient être représentées en nous depuis longtemps, mais qui demeureraient invisibles : telle, l'image photographique qui n'a pas encore été plongée dans le bain où elle se révélera. Le poète est ce révélateur ». ⁶⁷

L'artiste dépasse le clivage par la révélation qu'il opère en chacun de ceux qu'il touche.

3. L'exploration de l'univers musical par l'homme permet de dépasser la dualité objectif/subjectif

Le temps est un des paramètres principaux de la musique, qui est un des rares arts à s'inscrire dans une évolution temporelle et à « créer un temps ». La différenciation entre temps subjectif et temps objectif apparaît impossible à établir et une telle tentative relève de l'artifice,

⁶⁶ BERGSON Henri, *La pensée et le mouvant*, p.150

⁶⁷ BERGSON Henri, *op. cité*, p.149

puisque l'émotion procurée se mesure à l'aune de ce temps subjectif de l'écoute active et est par définition un temps non quantifiable. « Qu'est-ce que le temps ? Si vous ne me le demandez pas, je le sais. Si vous me le demandez, je l'ignore ». ⁶⁸ Cette célèbre phrase de Saint Augustin nous dit clairement à quel point le problème du temps et, à la fois, par extension et restriction, de la musique et de son intrication avec le devenir, paraît insoluble en faisant appel au raisonnement logique.

« L'attitude de l'homme face à la musique est comparable à deux variabilités infinies, et deux unités absolues, celle de l'homme et celle des arts, qui se rencontrent en une réalité, en un phénomène qui est perçu dans le présent de l'individu qui écoute ». ⁶⁹

Mais le présent est abstraction et seule la vie a une existence. « L'art n'a de valeur qu'au service de la vie ». ⁷⁰

Les solutions pour dépasser la dualité objectif/subjectif, nécessitent qu'un esprit critique s'associe à l'instinct qui guide les perceptions musicales et à cette capacité de tension métaphysique que le mystère primordial et final des sons peut stimuler en nous.

4. Le concept de « souffrance globale » allie l'objectif et le subjectif

Si la médecine moderne, avec son fonctionnement de plus en plus technique, semble considérer la corps comme un objet que l'on possède, la reconnaissance et l'acceptation de la subjectivité en médecine, pose les fondements d'une réflexion et d'une analyse menées largement par les équipes des services de soins palliatifs. Il apparaît que plus la technique médicale réduit la souffrance à un symptôme objectif en vue de l'éliminer, plus le sujet s'évanouit et disparaît de ce qui le fait être. En effet, dans une certaine médecine très largement répandue dans nos hôpitaux, on constate que « dans cette prévalence de « avoir un corps » sur « être un corps » qui privilégie « l'avoir mal » (douleur) sur « l'être mal » (souffrance), s'opère une réduction de l'être par l'établissement d'un rapport extrinsèque entre le sujet et son corps ». ⁷¹ Ce dualisme « être-avoir » est un faux débat du point de vue du concept de souffrance globale, car le corps du sujet est en réalité comme à la dérive entre l'être et l'avoir et semble participer et échapper aux deux en permanence. Il faut tout de même relever le fait que l'attention à la subjectivité des patients à travers le concept de souffrance globale, développe également des procédures d'objectivation telles que l'utilisation de grilles d'évaluation de la douleur, description des étapes du mourir, codification des symptômes ou utilisation de tests psychologiques pour diagnostiquer les dépressions et les confusions. Ces méthodes cependant n'élimine jamais le sujet qui reste central et irréductible. La souffrance est une expérience globale, singulière et énigmatique. Le concept même de souffrance globale, ouvre des voies fécondes pour sortir de ce dualisme psychosomatique douleur/souffrance, dans un service hospitalier où la raison première des soins est précisément le soulagement de la souffrance physique et morale.

5. La mort est une « objectivité subjective » ⁷²

Évènement à la fois universel et unique, la mort est ambivalente. Jankélévitch a décrit cette ambivalence, faisant référence à la consolation des Stoïciens, « comme si l'on pouvait glisser de la mortalité personnelle à la mortalité impersonnelle ». La mort comme phénomène universel et événement rigoureusement personnel, représente « une sorte d'objectivité subjective ». « Il y a donc une expérience privilégiée dans laquelle la loi universelle de mortalité est vécue comme un malheur privé et une tragédie personnelle ; et inversement cette

⁶⁸ SAINT AUGUSTIN, *les Confessions*, livre IX, chap. XIV, p.326

⁶⁹ VERDEAU-PAILLES, LUBAN-PLOZZA, DELLI-PONTI, *La troisième oreille et la pensée musicale*, p.162

⁷⁰ COMTE-SPONVILLE A, *Petit Traité des grandes vertus*

⁷¹ GAZAIX et MICHEL, *op. cité*, p. 174

⁷² JANKELEVITCH Vladimir, *op. cité*, p. 22

malédiction personnelle, confidentielle et quasi inavouable de la mort propre n'en reste pas moins, pour celui qui en réalise l'effectivité et l'imminence, une nécessité d'ordre général ». ⁷³ La mort en première personne n'est conjuguable qu'au futur, le seul temps qui soit permis pour la mort-propre. Ce présent qui est attente de l'impensable pèse sur nous de tout son poids d'angoisse, car la mort est la crainte d'une altérité radicale, crainte de l'inconnu et du pas que chacun un jour devra accomplir - et dont l'heure est inconnue.

Si la mort apparaît comme impensable aux hommes, il leur est possible de penser des êtres mortels, qui sont alors des êtres vivants. « Et ainsi qui pense la mort, pense la vie ». ⁷⁴

Penser la mort revient à penser la vie dans son authenticité.

La mort alors est ce qui donne son suc à la vie et son caractère unique et permet à l'homme de gagner son intensité et sa vérité. « Le fruit qui est au centre de tout, c'est la grande mort que l'on porte en soi ». ⁷⁵

6. La relation thérapeutique apparaît comme une nouvelle modalité du pacte de soins

Magnifiquement exprimé en ces termes par le Docteur Mallet, la relation thérapeutique allie « le regard qui pointe » et « le regard qui sent » dans une perspective globalisante, à même de percevoir la situation du point de vue de l'existence mais sans nécessairement éliminer la perspective scientifique et le mode de compréhension qu'elle propose. Certains patients en fin de vie, en désinvestissant progressivement l'espoir mis en la techno-science, ré-éprouvent une expérience existentielle singulière qui induit une autre dynamique dans leur relation au soignant. La souffrance exprimée dans la plainte du patient ne peut se réduire à la seule interprétation objectivante car la souffrance est une expérience globale, comme nous l'avons exposé, expérience singulière et énigmatique. « La demande que l'homme souffrant adresse à la médecine est certes d'être soulagé, soigné et si possible guéri, mais aussi d'être perçu et accompagné dans l'étrangeté qu'il subit ». ⁷⁶ C'est l'expérience même de la souffrance qui impose de réinscrire son interprétation objectivante au sein d'une histoire humaine et dans une relation thérapeutique revisitée.

Afin de sortir de la dissymétrie inhérente à la relation soignant-soigné - d'un côté la faiblesse du patient et de l'autre le pouvoir du médecin, il faut se pencher sur le « noyau éthique » de cette rencontre singulière. La relation thérapeutique se construit alors « dans un rapport d'échange de personne à personne selon une promesse tacite qui fonde le pacte de soins, » ⁷⁷ Ce n'est plus un corps fragmenté que l'on soigne, mais selon les termes mêmes de Paul Ricoeur, un « individu » humain « indivisible ». ⁷⁸

L'investissement dans les soins palliatifs permet de repenser la relation thérapeutique, en privilégiant l'autonomie et la dignité du patient, dans une perspective qui dénoue le clivage objectif/subjectif.

7. L'observation et l'évaluation de l'art-thérapeute allient objectivité et subjectivité

L'art-thérapeute tend vers l'objectivité dans ses méthodes d'observation et ses évaluations.

Il s'appuie pour établir sa stratégie sur l'opération artistique qui est l'interface entre l'homme et l'art, entre les mécanismes sanitaires humains et la musique dans notre cas.

Tous les mécanismes afférents à l'activité musicale y sont impliqués, qu'ils soient impression, expression ou communication.

⁷³ JANKELEVITCH Vladimir, *op. cité*, p.31

⁷⁴ JANKELEVITCH Vladimir, *op. cité*, p.42

⁷⁵ RILKE Rainer Maria, Choix de poèmes, *Le livre de la pauvreté et de la mort*

⁷⁶ MALLET Donatien, *op. cité*, p.131

⁷⁷ RICOT Jacques, *op. cité*, p.16

⁷⁸ CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE, *préface*, p.11

L'art-thérapeute utilise l'esthétique comme processeur thérapeutique en s'adressant à des personnes pénalisées dans leur autonomie. Le Beau artistique impliqué dans l'esthétique est fondé, lui, « sur une détermination de la subjectivité humaine ».⁷⁹

Il revient à l'art-thérapeute de réaliser une synthèse entre la subjectivité propre à l'art et l'objectivité propre au soin.

8. Le « cube harmonique » est une modalité objective qui permet de mettre à jour la subjectivité des personnes

C'est avec le cube harmonique que l'art-thérapeute manifeste son originalité thérapeutique. Les évaluations du cube harmonique sont la complémentarité des fiches d'observations et permettent de mesurer la capacité autoévaluative artistique du patient en rapport avec l'activité – dans notre cas musicale. Le savoir-faire dans sa nature objective détermine le premier paramètre que le patient doit évaluer : le Bien au sens de bien fait ou mal fait. Le deuxième paramètre concerne l'évaluation du plaisir ressenti à l'écoute de la production musicale : le Beau qui sous-tend l'esthétique et enfin le troisième paramètre est le Bon qui est l'évaluation de la qualité existentielle du moment musical. Ces trois paramètres déterminent l'implication du goût, qui correspond en Art au savoir-ressentir, du style qui correspond au savoir-faire et de l'engagement du patient qui correspond au savoir-être, sont « visualisés » dans leur corrélation réciproque à travers la forme du cube. « L'outil que va représenter le cube harmonique dans sa généralité a la seule prétention d'unifier, de préserver, et d'autoévaluer l'objectivité et la subjectivité artistique d'une personne à un moment donné ».⁸⁰ Ainsi, le cube harmonique qui se présente comme « l'interface entre l'idée et le sensible »⁸¹ est une méthode objective pour travailler avec la subjectivité des patients, subjectivité qu'il convient de préserver absolument. Il y a une forme d'objectivité à considérer la subjectivité du sentiment esthétique car en effet cette idée rencontre un large consensus!

Nous avons considéré ce processeur qu'est l'autoévaluation du cube harmonique d'un point de vue purement théorique car l'art-thérapeute ne l'a pas mis en place, principalement faute de temps. Ce qui est intéressant de relever, dans le cadre précis de notre étude qui s'est portée exclusivement sur l'aspect contemplatif de l'activité artistique, les patients du service en effet n'ont pas « produit » d'œuvres, c'est que ces mêmes patients ont engagés spontanément ce processus d'évaluation du Beau, du Bien et du Bon, par rapport à ce qu'ils ont « reçu » de l'art-thérapeute du point de vue musical. La grande majorité des patients conscients ont évoqué avec leurs propres mots, la beauté, le savoir-faire et la qualité du moment vécu à travers l'écoute musicale vivante. L'évaluation réalisée par le patient et exprimée au cours ou à l'issue des séances, ne peut-elle pas d'une certaine manière être considérées comme un processeur thérapeutique de type cube harmonique partiellement élaboré, à même de mettre en œuvre et développer des mécanismes humains et de distinguer chez chaque patient la faculté critique et la faculté de critique?

9. L'accompagnement en soins palliatifs et l'art-thérapie ont des voies proches

Nous avons vu comment l'expérience de la maladie grave, en pointant le doigt sur l'incontournable objectivité des symptômes, vient en même temps aviver toute la subjectivité du patient. L'attention portée à cette subjectivité transforme parfois la position du soignant en position d'accompagnant. « L'accompagnant marche à côté, il ne dirige pas, il ne maîtrise pas. Il ne se réfère pas exclusivement à un savoir. Il ne cherche pas à établir des lois et ne vise pas à l'universel. Son premier mouvement est un temps de passivité, de réceptivité, d'accueil, voire de contemplation. Son second mouvement est un acte de solidarité et de proximité. Il

⁷⁹ FORESTIER Richard, *Tout savoir sur la musicothérapie*, p.190

⁸⁰ FORESTIER Richard, *op. cité*, p.235.

⁸¹ FORESTIER Richard, *op. cite*, p. 240

porte par sa présence la croyance qu'il existe une dynamique du sujet qui lui est propre et échappe à toute réduction. Il soutient l'irréductible singularité de l'autre. L'accompagnant cherche à soutenir la personne malade dans son unicité. Il est présence et solidarité ».⁸²

L'art-thérapeute doit tendre à être cela aussi, un accompagnant, au sens le plus noble du terme et la mise en œuvre scientifique de ses stratégies art-thérapeutiques vers des objectifs déterminés, ne doivent pas le détourner à aucun moment de cette position d'accompagnant, signe de son humanité à partager.

Au-delà de ces améliorations réelles constatées au travers des séances d'art-thérapie, la seule alternative qui demeure auprès de ce public en fin de vie, c'est cet espace de présence, d'attention et d'écoute qui sous tend l'attitude de l'art-thérapeute dans l'activité artistique – réalisée ou contemplée qu'il propose, alors que l'humain demeure confronté à sa propre énigme.

Conclusion

L'ensemble des réflexions menées et expériences relatées au travers de ce mémoire, témoignent d'un chemin parcouru, tant sur le plan de la pensée que sur celui de la pratique art-thérapeutique. Ce chemin est d'abord une voie ouverte. Un cheminement. Cheminement au cœur des questionnements les plus fondamentaux de l'homme, avec comme outil l'Art et comme but l'être humain. Il nous faut alors considérer l'art-thérapie comme une véritable discipline thérapeutique, originale et spécifique qui allie l'objectivité et la subjectivité, mais dont il convient de définir plus précisément l'alliance subtile de ses modalités.

S'il s'agit finalement d'exploiter de façon scientifique les pouvoirs inhérents de l'Art dans une visée thérapeutique, c'est d'abord en percevant la situation du point de vue de l'existence. Ce « déplacement » - s'il en est, n'annule pas la perspective scientifique et le mode de compréhension du monde qu'elle propose. En visant une interprétation plus englobante que celle fournie par la seule vision scientifique et « quantifiante » du monde, l'art-thérapeute pose l'originalité de son outil premier qui est l'Art, en accordant également une place au corps. Le corps comme sensibilité sensorielle et émotionnelle, capacité d'éprouver, d'accueillir, de résonner, de retentir aussi de s'accorder, de vibrer enfin aux sonorités du violoncelle. Le corps est « cette sorte de disponibilité fondamentale qui place l'existence dans une posture d'accueil. La réceptivité du corps rend sensible l'existence aux événements du monde ».⁸³

Avec notre premier cas étudié, nous avons montré de quelle façon, l'art-thérapie a créé et favorisé cet espace et ce temps d'ouverture où la patiente a pu ré-éprouver une sensation d'existence dans un corps plus apaisé, corps qui est redevenu pour un temps lieu d'identité, de plaisirs et de sensations, lieu de vie retrouvée.

L'art-thérapeute en se posant la question de l'art conjointement à celle de l'être humain doit nécessairement admettre le caractère indépendant et autonome de l'art et non l'assimiler au même but que celui assigné à la science, à savoir de s'avancer jusqu'à l'Idée. En effet, nommer la Beauté dans l'art « manifestation de l'Idée » revient, comme nous l'avons déjà évoqué, à établir l'identité du contenu de l'art avec la vérité, c'est à dire écarter en quelque sorte la présence du « voile sensible ». L'art-thérapeute, en utilisant l'art au service de l'humain, puise et travaille à pleine mains au cœur même du sensible.

⁸² MALLET Donatien, *op. cité*, p13

⁸³ MALLET Donatien, *op. cité*, p.142

Avec notre deuxième cas étudié, nous avons mis en évidence un des effets de l'art, qui orienté vers l'aspect objectif du soulagement de la douleur physique mêlée à des composantes psychiques, opère une véritable plongée au cœur de la personne souffrante.

Si les méthodes de l'art-thérapeute visent l'objectivité, tant dans l'observation que dans l'évaluation des séances, l'ouverture à la dimension existentielle de la rencontre et la relation engagée avec le patient – et ce particulièrement dans le contexte des soins palliatifs, ne peuvent être considérées de la même manière que celle avec laquelle on considère un objet analysable et connaissable, au risque de manquer le rendez-vous avec l'essentiel.

Avec notre troisième cas étudié, nous avons apporté cet éclairage sur les possibles effets relationnels que peuvent induire les séances d'art-thérapie au sein d'une famille en souffrance autour de la personne en fin de vie.

Forte de ces considérations et expériences, la démarche entière de l'art-thérapeute peut s'inspirer heureusement des méditations de Goethe sur l'esthétique, méditations dont la beauté et la profondeur ne cessent de nous ouvrir de nouveaux horizons, en dépassant le débat stérile de la dichotomie objectif/subjectif, par le fait même que, à la base, dans les créations de l'art, nous ne trouvons pas ce qui est, mais ce qui pourrait être, non pas le réel, mais le possible. « Médite ce que tu fais, médite plus encore comment tu le fais ».⁸⁴

Voilà peut-être ce dont il s'agit en Art et par extension en art-thérapie : non pas donner corps au spirituel, mais transformer le réel par les sens. « Le Beau n'est pas le divin dans le manteau du monde réel et sensible, mais bien le contenu sensible et réel dans un manteau divin ». ⁸⁵ La réalité sensible se trouve transfigurée par l'art.

Le patient d'une certaine manière aussi se trouve transfiguré par l'action de la musique, qui en touchant les profondeurs de son être, touche aussi les fondements du monde. Ainsi, la création artistique n'est-elle pas l'imitation d'une chose déjà existante, mais la poursuite par l'âme humaine du processus universel. C'est précisément pour cette raison que la musique touche si profondément celui sur lequel elle agit, parce que, par delà le plaisir et le bonheur ressenti, l'être humain se reconnaît dans les formes les plus élevées de l'art, comme appartenant à l'immuable dans les formes du changement. Dans la vision goethéenne du monde, ce n'est qu'en dépassant la réalité telle qu'elle s'offre à nos sens, en brisant la coque, en pénétrant jusqu'au noyau que l'être humain a la révélation de ce qui donne au monde sa plus intime cohésion. « L'œuvre est-elle créée et présente aux yeux du monde dans son idéale réalité, elle suscite alors un effet durable, effet suprême aussi, car étant spirituellement issu de toutes les forces rassemblées, elle porte en elle tout ce qui est grand, digne de vénération et d'amour et, insufflant l'âme à la forme humaine, élève l'homme au-dessus de lui-même, clôt le cercle de sa vie et de ses actions dans la présent, en lequel sont inclus passé et avenir ».⁸⁶

Cependant, confronté à la mort prochaine de l'autre, l'art-thérapeute, sans perdre l'aspect grandiose de cet « universel sensible » de l'art, reste conscient de ne poser qu'une modeste pierre à l'édifice de l'accompagnement du mourant. Et ceci n'est en rien contradictoire d'ailleurs. Le « monde du soin » et « le monde de l'art » se rejoignent devant l'être démuné, affaibli, parfois angoissé, arrivé en fin de vie, c'est bien toujours la personne prise dans son intégralité qui est le sujet du soin, du « prendre soin ». Et l'art-thérapie à dominante musicale se présente alors comme une réponse possible à l'appel des détresses.

« Pauvreté de nos réponses face à l'ampleur de la souffrance. Pauvreté qui n'est pas à combler par un surcroît d'action ou de prétendu savoir. Pauvreté qui est appel à une présence, une sollicitude bien souvent silencieuse ». ⁸⁷ Ou musicale.

⁸⁴ GOETHE, *Second Faust*, Acte II, Le Laboratoire

⁸⁵ STEINER Rudolf, *Goethe, père d'une esthétique nouvelle*, p.32

⁸⁶ WINCKELMAN, *Collections de lettres et articles publiés sur Goethe*

⁸⁷ MALLET Donatien, *op. cité*, p.141

**« *La tempête de la nuit dernière a couronné ce matin
d'une paix dorée.* » Rabindranath Tagore (*Stray Birds*, CCXCIII)**

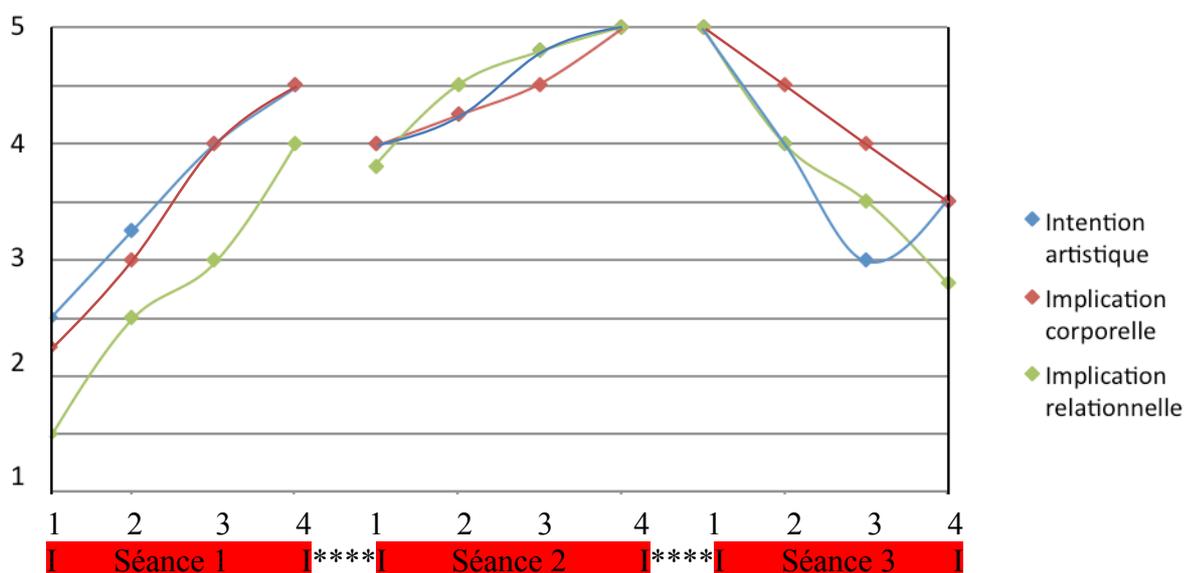
BIBLIOGRAPHIE

- ABIVEN Maurice, *Pour une mort plus humaine*, Ed. Masson, 2004
- ARENDT Hannah, *Condition de l'homme moderne*, Calmann-Lévy, 1961
- ARISTOTE, *La Poétique*, Le Livre de Poche, 1990
- BAUMGARTEN Alexander Gottlieb, *Esthétique Théorique*, Ed. de l'Herne, 1988
- BERGSON Henri, *La pensée et le mouvant*, Ed. Quadrige PUF, 1998
Matière et Mémoire, Ed. Quadrige PUF, 1982
- COMTE-SPONVILLE, Henri, *Petit traité des grandes vertus*, Ed. de l'Aube, 1995
- DUMESNIL, René, *Article sur la nature du drame wagnérien*
- FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur l'art-thérapie*, Ed. Favre, 6è Ed., 2009
Tout savoir sur la musicothérapie, Ed. Favre, 2011
Tout savoir sur l'art occidental, Ed. Favre, 2004
- FOUCAULT, Michel, *Naissance de la clinique*, Ed. PUF, 2003
- GAZAIX, P., MICHEL, FB, *Frères humains*, in *Souffrance*, Revue Autrement,
- GOETHE, Johann Wolfgang von, *Faust*, Acte II, Le Laboratoire
In Sprüche in Prosa, Maximes en prose, non traduit
- GOMAS, Jean-Marie, *Soins palliatifs : réflexions et pratiques*, Ed. Formation et développement, 2000
Soigner à domicile des malades en fin de vie, Ed. Cerf, 1998
Le malade en fin de vie et le médecin généraliste, Ed. Pharmacia & Upjohn, 1998
- HENNEZEL, Marie de, *La mort intime*, Ed. Robert Laffont, 1996
- HENRY, Michel, *La barbarie*, collection Biblio-Essais, Ed. le Livre de Poche, 1988
- HIRSCH, Emmanuel, *Partir, l'accompagnement des mourants*, Ed. Cerf, 2è Ed., 1986
- HUXLEY, A., *Music at night*
- JACQUEMIN, Dominique, *Ethique des soins palliatifs*, Ed. Dunot, 2004
- JANKELEVITCH, Vladimir, *La mort*, Ed. Champs Flammarion, 1977
- JOUSSELIN, Charles, *Douleur, tu perds ton temps*, Ed. Desclée de Brouwer, 2005
- KANT, Emmanuel, *Critique de la raison pure*, GF Flammarion, 2000
Méditations,
Critique de la faculté de juger, GF Flammarion, 2000
Le jugement esthétique, Ed. PUF, 2001
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth, *Les derniers instants de la vie*, Ed. Labor et Fides, 1975
- LAFAY, Arlette, *La douleur*, Ed. L'harmattan, 1992
- LARUE F., BRASSEUR L., COLLO. 24- LARUE F., COLLEAU SM. , BRASSEUR L., C. S. Cleveland. *Multicentre Study of Cancer Pain and Its Treatment in France*. BMJ 1995
- LEVINAS, Emmanuel, *Totalité et infini*, Le livre de poche, 1990
- MALLET, Donatien, *La médecine entre science et existence*, Ed. Vuibert, 2006
- MARQUEZ. C, *Le mal chronique* in *Souffrances*, revue Autrement,
- MATRAY, Bernard, *Le respect et la présence*, Ed. Desclée de Brouwer, 2004
- M'UZAN, Michel, *De l'art à la mort*, Ed. Gallimard, 1983
- PLATON, *Timée, La République, Les Lois, Phèdre, Hippias Majeur*, Ed. La Pléiade, 1950

RICHARD, Marie-Sylvie, *Soigner la relation en fin de vie*, Ed. Dunod, 2004
RILKE, Rainer Maria, *Choix de poèmes, Le livre de la pauvreté et de la mort*
RICOT, Jacques, *Philosophie et fin de vie*, Ed. ENSP, 2003
ROUSSEAU, Jean-Jacques, *Essai sur l'origine des langues*, Ed. Werdet et Lequien, 1826
SAUNDERS, Ciceley, *Soins palliatifs, une approche pluridisciplinaire* Ed. Lamarre, 1994
La vie aidant la mort, Ed. Mesdi, 1986
STRAVINSKY, Igor, *La poésie musicale*, Ed. Flammarion, 2011
SAINT AUGUSTIN, *Les Confessions*, Ed. Flammarion, 1993
SICARD, Dominique, *La médecine sans le corps*, Paris, Plon, 2003
STEINER, Rudolf, *Goethe, père d'une esthétique nouvelle*, Ed. Triades, 2009
VERDEAU-PALLES, J., LUBAN-PLOZZA, B., DELLI PONTI, M., *La troisième oreille et la pensée musicale*, Ed. JM Fuzeau, 2003
VERSPIEREN, Patrick, *Face à celui qui meurt*, Ed. DDB, 1988
WINCKELMAN, *Collections de lettres et articles publiés sur Goethe*

Graphique n°1

Cas de Madame Monique



Cotations :

Intention artistique :

- 1 refus de l'activité
- 2 exprime un intérêt faible pour l'activité
- 3 exprime un intérêt réel mais modéré et exprime ses goûts
- 4 exprime un intérêt soutenu, exprime ses goûts et formule des demandes
- 5 exprime un intérêt très vif, exprime ses goûts, formule des demandes et se projette dans les séances futures

Implication corporelle :

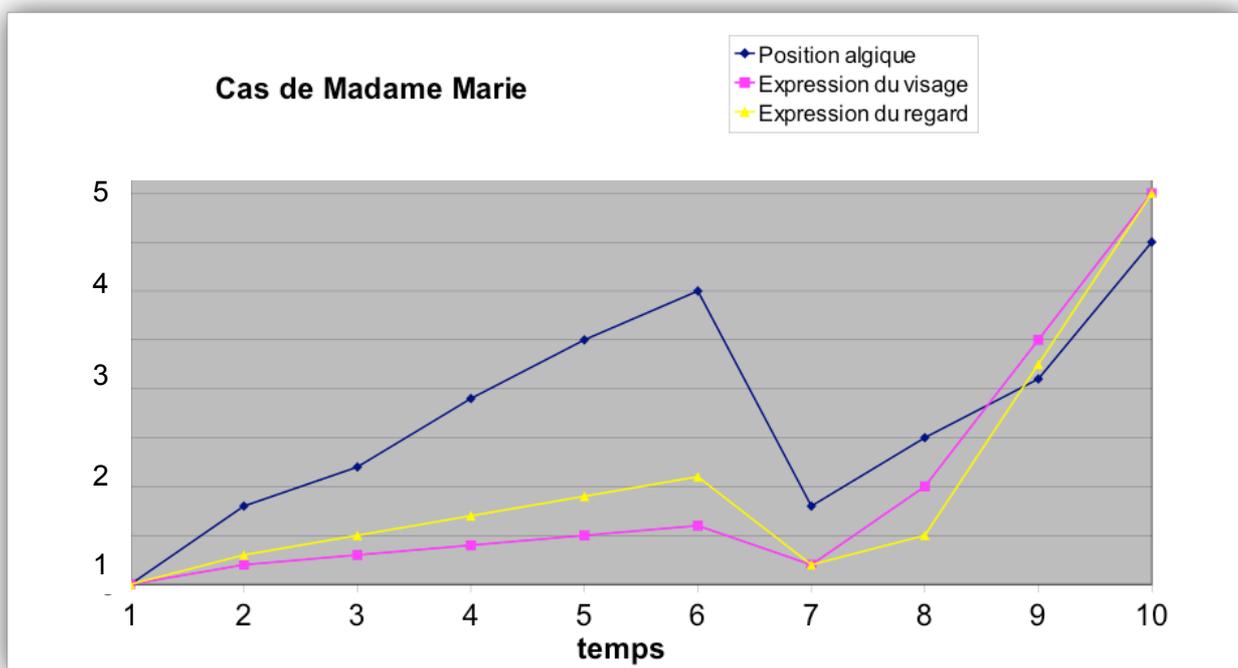
- 1 crispation extrême de l'ensemble du corps
- 2 crispation partielle (certains membres du corps)
- 3 détente partielle et participation discrète des doigts et pieds
- 4 détente quasi générale du corps et participation plus active des membres
- 5 détente générale du corps, pieds et mains bougent avec musique ainsi que manifeste désir de se redresser

Implication relationnelle :

- 1 regard furieux, exprime vive opposition (expression du regard)
- 2 regard fixe, lointain, exprime indifférence
- 3 regard manifeste attente prudente mais réelle
- 4 regard s'ouvre et exprime intérêt dans l'écoute
- 5 regard s'illumine, exprime joie intense

Graphique n°2

Cas de Madame Marie



Cotations

Positions algiques :

- 1 crispation extrême de l'ensemble du corps
- 2 retraits ou attitude de fermeture
- 3 attitude figée
- 4 détente partielle des membres
- 5 détente générale du corps

Expression du visage :

- 1 froncement des sourcils, grimaces, mâchoires serrées
- 2 détente légère des sourcils et des mâchoires
- 3 esquisse de sourire
- 4 sourire franc
- 5 sourire lumineux

Expression du regard :

- 1 regard furieux, exprime vive opposition
- 2 regard fixe, lointain, exprime indifférence ou yeux clos
- 3 regard manifeste attente prudente mais réelle
- 4 regard s'ouvre et exprime intérêt dans l'écoute
- 5 regard s'illumine, exprime joie intense

Annexe 1

Claire Oppert, Art thérapeute

FICHE D'OBSERVATION

GENERALITES

DATE :

SEANCE N° :

LIEU :

DUREE :

NOM :

PRENOM :

AGE :

MALADIE :

COGNITIF :

DEPENDANCE :

ANAMNESE :

GOUT POUR L'ART :

AT / OBJECTIF GENERAL :

OBJECTIF INTERMEDIAIRE :

METHODE :

REPERTOIRE :

ACTION EMOTIONNELLE :

EVOLUTION ETAT EMOTIONNEL :

REACTION ESTHETIQUE :

JUGEMENT ESTHETIQUE :

IMPLICATION CORPORELLE :

SEPARATION :

CAPACITES RELATIONNELLES :

EXPRESSION :

COMMUNICATION :

RELATION :

IMPLICATION RELATIONNELLE :

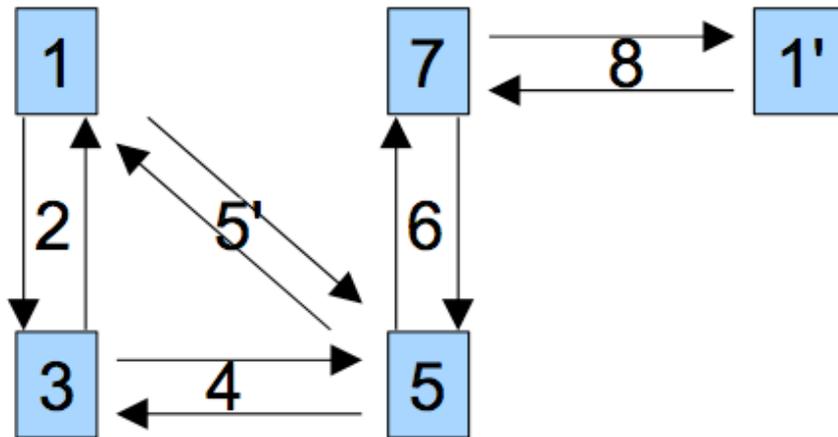
BILAN DE LA SEANCE :

DESCRIPTION :

FAITS SURPRENANTS :

PAROLES DITES :

SYNTHESE ET BILAN (pour équipe médicale) :



L'opération artistique est une interface qui met en évidence les différentes phases nécessaires à l'être humain pour produire une œuvre d'art. Elle se compose de huit phases:

- Phase 1: Représente un élément existant dans le temps et l'espace, il peut être une œuvre d'art, un objet...
- Phase 2: Cet élément rayonne dans un environnement donné et peut être capté par les sens d'une personne.
- Phase 3: L'élément est capté et traité par le traitement archaïque d'un individu.
- Phase 4: L'activité mentale sophistiquée traite l'information et peut donner naissance à une intention.
- Phase 5: La volonté de concrétiser cette intention initie l'élan corporel qui permet d'entreprendre une action nécessaire à l'expression et enclenche le phénomène artistique.
- Phase 5': L'élan corporel permet de s'orienter l'attention vers l'élément de la phase 1. L'esthète restera dans cette boucle, il contemple sans jamais passer à la production.
- Phase 6: Le passage à la production artistique est un acte volontaire dirigé vers un but esthétique et met en œuvre un certain nombre de savoir faire.
- Phase 7: La technique mise en œuvre amène à l'aboutissement d'une production artistique.
- Phase 8: La production est présentée au monde, ce traitement mondain juge la production et lui accorde ou non son statut d'œuvre d'art.
- Phase 1': Validé par le traitement mondain, la production devient une œuvre d'art existant au yeux du monde en temps que telle.

Les flèches à double sens symbolisent l'autorégulation existante entre chaque phase. Pour plus de détails, se référer au livre *Tout savoir sur l'Art-thérapie*, Lausanne, Ed. Favre, 2007 de FORESTIER Richard.

UNE EXPERIENCE D'ART-THERAPIE A DOMINANTE MUSICALE DANS UNE UNITE DE SOINS PALLIATIFS

par Claire Oppert

Ce mémoire relate une expérience d'art-thérapie à dominante musicale dans une Unité de soins palliatifs auprès de patients en fin de vie. L'ensemble des réflexions et expériences relatées témoignent du chemin parcouru par l'art-thérapeute, tant sur le plan de la pensée que sur celui de la pratique.

Conçus comme médecine de fin de vie dans un contexte sociétal de déni de la mort, les soins palliatifs nécessitent une visée éthique dans la relation thérapeutique. La démarche palliative prend en compte la souffrance globale du malade - d'ordre physique, psychologique, social et spirituel – souffrance qui entraîne de lourdes pénalités.

Au travers des témoignages de nombreuses prises en charge ainsi que l'analyse détaillée de trois cas spécifiques, l'art-thérapeute tend à confirmer l'hypothèse de la pertinence de sa discipline auprès des patients, en détaillant les objectifs fixés, les stratégies envisagées, les méthodes employées ainsi que les évaluations présentées et validées par l'ensemble de l'équipe médicale .

Une réflexion concernant l'objectivité et la subjectivité est amorcée, à la fois dans la philosophie et son orientation esthétique, la musique, dominante de l'art-thérapeute, mais aussi la douleur, la mort, la relation thérapeutique et les fondements de l'art-thérapie.

L'étroite collaboration avec les médecins ainsi que le soutien de l'équipe pluridisciplinaire ont permis d'entrevoir pour l'avenir les possibilités de recherche et de développement de l'art-thérapie dans le contexte particulier des soins palliatifs.

This thesis describes an experience of music therapy in a unit of palliative care for patients at the end of life. The set of discussions and experiments reported indicate an experience, both on the level of reasoning and that of the practice of art therapy.

Designed as a medical care for the end of life in a societal context of denial of death, palliative care raises the need for an ethical aspect in the therapeutic relationship. The palliative approach takes into account the global pain of the patient - physical, psychological, social and spiritual - leading to many penalties.

Through the testimonies of many patients, as well as a detailed analysis of three specific cases, the art therapist tends to confirm the hypothesis of the relevance of art therapy with the dominant in music in the service, detailing the objectives, adapting strategies, and using specific methods. The evaluation of the work is then presented to the entire medical team for approval.

A reflection concerning objectivity and subjectivity is proposed through philosophy in its esthetical orientation, in music, but also taking into account pain, death, the therapeutic relationship and the basic elements of art therapy. The close collaboration with physicians and support of the multidisciplinary team has provided a glimpse into the future and the possibilities for research and development of the discipline in the specific context of palliative care.

Mots-clefs : ART-THERAPIE - SOINS PALLIATIFS-ACCOMPAGNEMENT-MUSIQUE-
OBJECTIVITE-SUBJECTIVITE