

N°

Note :

UNIVERSITE FRANÇOIS RABELAIS

UFR DE MEDECINE-TOURS

&

AFRATAPEM

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

**UNE EXPERIENCE D'ART-THERAPIE A DOMINANTE
MUSICALE AUPRES DE PATIENTS CANCEREUX
HOSPITALISES**

Mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire
d'Art-thérapie

De la Faculté de Médecine de TOURS

Présenté par MANNONI Nelly

Année 2013

Sous la direction de
MARTIN Sarah
Art-thérapeute
Diplômée de la Faculté de Médecine de Tours

Lieu de stage :
Centre Hospitalier de l'Ouest Vosgien
1280 av. de la Division Leclerc
88307 Neufchâteau cedex

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

&

AFRATAPEM

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

**UNE EXPÉRIENCE D'ART-THÉRAPIE A DOMINANTE
MUSICALE AUPRÈS DE PATIENTS CANCÉREUX
HOSPITALISÉS**

Mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire
d'Art-thérapie

De la Faculté de Médecine de TOURS

Présenté par MANNONI Nelly

Année 2013

Sous la direction de
MARTIN Sarah
Art-thérapeute
Diplômée de la Faculté de Médecine de Tours

Lieu de stage :
Centre Hospitalier de l'Ouest Vosgien
1280 av. de la Division Leclerc
88307 Neufchâteau cedex

Remerciements

Je tiens à remercier particulièrement les patients cancéreux du Centre Hospitalier de l'Ouest Vosgien pour leur coopération à ce travail, pour la confiance qu'ils m'ont accordée et pour les moments d'humanité vécus à leurs côtés.

Je remercie également Madame le Docteur Mathilde Santangelo, les médecins, les infirmières ainsi que l'ensemble des membres de l'équipe soignante de l'Unité Médicale de Chirurgie Ambulatoire, des services de Médecine A et de Médecine B, pour leur accueil et leur soutien dans la réalisation de mon projet.

Un grand merci à Madame Sarah Martin pour la direction de ce travail et pour son aide efficace, précise et posée. Merci aussi à Monsieur Richard Forestier pour la richesse et l'intérêt de son enseignement.

Je remercie enfin avec gratitude tous ceux, proches et amis, qui m'ont soutenue pendant la rédaction de ce mémoire. Je remercie particulièrement mon conjoint, Monsieur Christian Cheveau, pour sa présence encourageante qui m'a accompagnée tout au long de ce travail.

Plan

Remerciements.....	1
Plan.....	2
Glossaire.....	5
Introduction.....	7
Première partie : L'art-thérapie à dominante musicale peut améliorer la qualité de vie des personnes qui souffrent d'une maladie cancéreuse	9
I Les personnes qui souffrent d'une maladie cancéreuse peuvent être fortement pénalisées dans leur qualité de vie.....	10
A. Une personne est un être humain qui tend à devenir sujet.....	10
1. Un être humain est un individu doté d'une identité	10
2. L'être humain s'inscrit dans le temps et dans l'espace.....	10
3. L'être humain a besoin de la bonne santé pour vivre et s'épanouir....	10
4. L'être humain cherche aussi à être heureux.....	11
B. Le cancer est une maladie qui peut pénaliser gravement la santé et la qualité de vie des patients qui en souffrent.....	11
1. Le cancer est une maladie chronique dont le déroulement en plusieurs stades successifs peut aboutir à la mort du malade.....	11
2. Le cancer nécessite des traitements spécifiques choisis par une équipe pluridisciplinaire en fonction de plusieurs critères.....	12
3. Le cancer et ses traitements peuvent altérer gravement la qualité de vie des malades.....	13
4. Face à la constante progression de la maladie cancéreuse dans la société française, les pouvoirs publics ont mis en place un ensemble de mesures pour lutter contre le cancer.....	14
II La musique est une activité artistique qui stimule la qualité existentielle de l'être humain.....	15
A. L'Art peut stimuler les mécanismes existentiels.....	15
1. L'orientation esthétique de l'Art peut stimuler le goût de vivre.....	15
2. L'Art peut aider l'être humain à s'épanouir.....	15
B. La musique est une activité artistique qui peut exercer des effets bénéfiques sur la qualité de vie.....	16
1. La musique est une activité artistique qui fait appel à des compétences originales.....	16
2. La musique a un pouvoir propre	16
3. Le chant peut particulièrement stimuler la qualité de vie	17
III L'art-thérapie à dominante musicale peut améliorer la qualité de vie des personnes qui souffrent d'une maladie cancéreuse.....	18
A. La musicothérapie est un aspect original de l'art-thérapie.....	18
1. La musicothérapie s'inscrit dans un enseignement officiel et dans un cadre législatif professionnel.....	18
2. La musicothérapie exploite le pouvoir propre de la musique.....	19
B. La musicothérapie peut soigner les mécanismes qui pénalisent la qualité de vie des personnes qui souffrent d'une maladie cancéreuse.....	20

1. La musicothérapie sollicite le goût.....	20
2. La musicothérapie sollicite le style.....	20
3. La musicothérapie sollicite l'engagement.....	21
IV Plusieurs expériences d'art-thérapie à dominante musicale ont eu lieu auprès de patients atteints d'une maladie cancéreuse.....	21
A. Dans son mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-Thérapie de la Faculté de Médecine de Tours, Claire Oppert présente une expérience d'art-thérapie à dominante musicale dans l'Unité de Soins Palliatifs de l'hôpital Sainte Périne de Paris, qui accueille des patients cancéreux.....	21
1. L'art-thérapeute choisit la méthode contemplative auprès des patients cancéreux en fin de vie.....	22
2. L'art-thérapeute illustre l'impact positif de l'art-thérapie à dominante musicale à travers plusieurs études de cas dont l'une concerne une patiente cancéreuse du service.....	22
B. Dans son mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-Thérapie de la Faculté de Médecine de Tours, Anne Bomer présente une expérience d'art-thérapie à dominante musicale dans le service d'hématologie et d'oncologie du C.H.R.U de Tours Bretonneau.....	23
1. L'art-thérapeute cible ses interventions auprès des patients du service sur la lutte contre la douleur.....	23
2. L'art-thérapeute illustre l'impact positif de l'art-thérapie à dominante musique à travers plusieurs études de cas dont l'une est citée en exemple...	23
Deuxième partie : Un atelier d'art-thérapie à dominante musicale est proposé aux patients cancéreux du Centre Hospitalier de Neufchâteau.....	25
I Le Centre Hospitalier de l'Ouest Vosgien répond aux différentes missions de l'hôpital public.....	26
A. L'hôpital public doit répondre à plusieurs missions.....	26
B. Le pôle médecine de l'hôpital de Neufchâteau accueille des patients cancéreux dans le cadre du réseau Oncolor.....	26
II Plusieurs patients cancéreux du pôle médecine de l'hôpital de Neufchâteau sont pris en soin en art-thérapie à dominante musicale sur indication médicale.....	27
A. Les prises en soin en art-thérapie à dominante musicale ont lieu à l'UMCA ou en chambre sur indication médicale.....	27
B. Mme F. est prise en soin en art-thérapie à dominante musicale à l'UMCA de l'hôpital de Neufchâteau sur indication médicale.....	28
1. L'état de base de la patiente met en évidence une anxiété importante, un isolement et une perte de la confiance en soi qui pénalisent sa qualité de vie..	28
2. A l'aide de l'opération artistique, l'art-thérapeute établit une stratégie thérapeutique dont l'objectif général est la restauration de la confiance en soi et les objectifs intermédiaires sont la diminution de l'anxiété et la socialisation.....	29
3. La fiche d'observation permet de rendre compte de l'engagement progressif du corps moteur de la patiente dans l'activité artistique.....	29

4. L'évaluation, le bilan et la synthèse des séances de Mme F. semblent montrer une progression non aboutie de son état de base vers l'objectif fixé par l'art-thérapeute, au regard de la stratégie thérapeutique établie.....	33
C. Mme V. est prise en soin en art-thérapie à dominante musicale dans le cadre de plusieurs hospitalisations à l'hôpital de Neufchâteau.....	39
1. L'état de base de la patiente met en évidence une dégradation corporelle importante, une forte anxiété ainsi que des troubles relationnels avec l'entourage.....	39
2. A l'aide de l'opération artistique, l'art-thérapeute établit une stratégie thérapeutique dont l'objectif général est la diminution de l'anxiété et l'objectif intermédiaire est l'apaisement des tensions corporelles et relationnelles.....	39
3. La fiche d'observation permet à l'art-thérapeute de rendre compte de l'engagement total du corps moteur de la patiente dans l'activité artistique....	40
4. L'évaluation, le bilan et la synthèse des séances de Mme V. semblent montrer une progression de son état de base vers l'objectif fixé par l'art-thérapeute au regard de la stratégie thérapeutique établie, malgré l'aggravation importante de sa pathologie.....	44
Troisième partie : A partir de nos connaissances et de ces expériences, une discussion se met en place sur le fait que dans son rapport au temps, la musique peut aider le malade cancéreux à mieux gérer le temps de sa maladie.....	52
I Dans son rapport au temps, la musique peut aider le malade cancéreux à mieux gérer le temps de sa maladie.....	53
A. Indissociable du temps, la musique peut redonner confiance en la vie au malade cancéreux.....	53
B. L'organisation temporelle de la musique peut représenter un repère fiable et sécurisant dans le temps pour le malade cancéreux.....	54
C. La temporalité spécifique de la musique peut aider le malade cancéreux à réinvestir positivement le temps de sa maladie.....	55
II Dans son rapport au temps, la musique peut accroître les difficultés du malade cancéreux à gérer le temps de sa maladie.....	56
A. Par son inscription dans le temps, la musique relève de l'éphémère et de l'invisible : elle peut générer la crainte de l'oubli chez le malade cancéreux.....	56
B. L'organisation temporelle de la musique peut être gênée par le rythme des soins dispensés au malade cancéreux.....	57
C. L'inscription de l'activité musicale dans le temps peut être empêchée par le rythme de la maladie cancéreuse.....	58
Conclusion.....	60
Index des graphiques.....	61
Références bibliographiques.....	62

Glossaire¹

ADN : acide nucléique caractéristique des chromosomes, constitué de deux brins enroulés en double hélice et formés chacun d'une succession de nucléotides (Dictionnaire *Le Petit Larousse illustré*, Paris : éditions Larousse, 2005).

Ambulatoire : se dit d'un acte médical ou chirurgical qui n'interrompt pas les activités habituelles du malade, ou qui ne nécessite pas d'hospitalisation prolongée (Dictionnaire *Le Petit Larousse illustré*, Paris : éditions Larousse, 2005).

Angoisse : sensation de resserrement à la région épigastrique, avec striction respiratoire et cardiaque, malaise général, constriction céphalique, accélération de la respiration et du pouls (Dictionnaire *illustré des termes de médecine*, GARNIER DELAMARE, Paris : éd. MALOINE, 2009).

Anxiété : sentiment d'un danger imminent et indéterminé s'accompagnant d'un état de malaise, d'agitation, de désarroi et d'anéantissement (Dictionnaire *illustré des termes de médecine*, GARNIER DELAMARE, Paris : éd. MALOINE, 2009).

Art : activité volontaire orientée vers l'esthétique (FORESTIER, Richard, *Regard sur l'Art*, SeeYouSoon, p ; 28).

Asthénie : dépression de l'état général, entraînant à sa suite des insuffisances fonctionnelles multiples (Dictionnaire *illustré des termes de médecine*, GARNIER DELAMARE, Paris : éd. MALOINE, 2009).

Biothérapie : méthode de traitement consistant dans l'emploi de cultures vivantes ou de produits organiques (Dictionnaire *illustré des termes de médecine*, GARNIER DELAMARE, Paris : éd. MALOINE, 2009).

Chimiothérapie : thérapeutique par les substances chimiques, en particulier au cours des maladies infectieuses et des cancers (Dictionnaire *illustré des termes de médecine*, GARNIER DELAMARE, Paris : éd. MALOINE, 2009).

Chirurgie : Spécialité médicale réalisant les traitements des maladies et des accidents par intervention manuelle et instrumentale sur l'organisme, notamment sur ses parties internes (Dictionnaire *Le Petit Larousse illustré*, Paris : éditions Larousse, 2005).

Communication : échanges fondés sur la représentation avec le verbal ou le non-verbal signifiant comme modalités privilégiées (FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur la musicothérapie*, Paris : éditions Favre, 2011, p ; 97).

Effets secondaires : conséquences désagréables d'un traitement (COLLECTION Guides d'information cancer INFO, *Comprendre la chimiothérapie*, 2008 : éditions Institut National du Cancer, p ; 109).

Esthésie : capacité à recevoir une sensation (Dictionnaire *Le Petit Larousse illustré*, Paris : éditions Larousse, 2005).

Esthétique : science du beau selon Baumgarten (FORESTIER, Richard, *Regard sur l'Art*, SeeYouSoon, p ; 20).

Hormonothérapie : emploi thérapeutique des hormones (Dictionnaire *illustré des termes de médecine*, GARNIER DELAMARE, Paris : éd. MALOINE, 2009).

Hors-verbal : le hors verbal échappe aux mots et aux messages, il est fréquemment utilisé dans la relation (FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur la musicothérapie*, Paris : éditions Favre, 2011, p ; 97).

Hyperplasie : formation d'un tissu pathologique aux dépens d'un tissu sain ((Dictionnaire *illustré des termes de médecine*, GARNIER DELAMARE, Paris : éd. MALOINE, 2009).

Membrane basale : membrane microscopique située à la base d'un tissu épithélial, tel que l'épiderme (Dictionnaire *Le Petit Larousse illustré*, Paris : éditions Larousse, 2005).

¹ Les mots ou abréviations définis dans ce glossaire seront signalés par un astérisque dans le corps du texte.

Pouvoir d'entraînement de l'Art : capacité de l'Art à entraîner par exemple un tapement du pied à l'écoute d'une musique rythmée sans que personne ne le demande. Il est cité dans Phèdre de Platon (261 a, sq) (FORESTIER, Richard, *Regard sur l'Art*, SeeYouSoon, p ; 7).

Principe de sympathie : principe sonore naturel qui permet à deux sons accordés d'être attirés l'un vers l'autre (FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur la musicothérapie*, Paris : éditions Favre, 2011, p ; 102).

Qualité de vie : selon l'OMS, combinaison des facteurs psychologique, physique, social et matériel pour évaluer le bien-être de l'individu (disponible sur le site web :

<http://www.linernaute.com/dictionnaire/fr/definition/qualite-de-vie-selon-l-oms/> consulté en septembre 2013).

Radiothérapie : traitement qui vise à détruire des cellules cancéreuses ou à arrêter leur développement par des radiations ionisantes se présentant sous forme de rayonnements électromagnétiques de haute énergie ou de particules chargées (COLLECTION Guides d'information cancer INFO, *Comprendre la chimiothérapie*, 2008 : éditions Institut National du Cancer, p ; 115).

Relation : lien fondé sur les ressentis ; elle est souvent exprimée par le hors-verbal (FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur la musicothérapie*, Paris : éditions Favre, 2011, p ; 97).

Réseau Oncolor : réseau de santé agréé par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de Lorraine en 1998, basé sur le partenariat des établissements de santé publics et privés de la région Lorraine, destiné à améliorer la prise en charge des patients cancéreux (Disponible sur le site web : <http://www.oncolor.org/le-reseau/presentation-doncolor/> consulté en août 2013).

Saveur : ensemble des sensations qui autorégulent les mécanismes du savoir (FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur l'art-thérapie*, Paris : éditions Favre, Supplément à la 5^e édition, p ; 167).

Savoir : il est constitué par le programme génétique et par la stratégie naturelle de développement de l'être humain (FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur la musicothérapie*, Paris : éditions Favre, 2011, p ; 82).

Sens : orientation existentielle vers un but (FORESTIER, Richard, *Regard sur l'Art*, SeeYouSoon, p ; 30).

Site implantable : petit boîtier placé sous la peau du thorax, relié à une veine par un tuyau – le cathéter – prévu pour l'injection d'un médicament dans le sang (COLLECTION Guides d'information cancer INFO, *Comprendre la chimiothérapie*, 2008 : éditions Institut National du Cancer, p ; 117).

Soins de support oncologiques : ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie conjointement aux traitements onco-hématologiques spécifiques, lorsqu'il y en a (Circulaire DHOS/SDO/2005/101, DHOS = Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins).

Introduction

Ce mémoire présente une expérience d'art-thérapie à dominante musicale auprès de patients cancéreux hospitalisés. Les raisons qui ont motivé ce travail sont fondées sur l'intérêt que je porte depuis longtemps aux personnes fragilisées et amoindries par la souffrance. Cet intérêt explique l'orientation progressivement thérapeutique de mon parcours professionnel. Issue du milieu éducatif et artistique, j'ai d'abord mesuré l'impact positif et original de la musique au sein de l'enseignement secondaire. A la faveur d'expériences musicales parallèles tant bénéfiques qu'enrichissantes auprès de personnes handicapées ou gravement malades, j'ai souhaité ensuite donner une nouvelle direction à ma pratique professionnelle. Après différentes formations à la relation d'aide, à l'accompagnement des personnes en fin de vie et à la musicothérapie, j'ai suivi les enseignements de l'Afratapem et de la Faculté de Médecine de Tours pour me préparer à l'obtention du Diplôme Universitaire d'art-thérapie. Mon objectif était de consolider mes formations antérieures et d'acquérir une compétence officiellement reconnue en vue d'une reconversion professionnelle. En tant qu'art-thérapeute stagiaire, j'exerce actuellement la musicothérapie au sein de deux maisons de retraite et d'un Foyer d'Accueil Spécialisé pour adultes déficients intellectuels ou présentant des troubles psychiques.

Dans le cadre de ma préparation au D.U d'art-thérapie, j'ai souhaité effectuer mon stage auprès des patients cancéreux du Centre hospitalier de Neufchâteau. Dans un premier temps, il m'importait de mettre en place un atelier d'art-thérapie à dominante musicale pour améliorer la qualité de vie des malades depuis la phase initiale de leur pathologie jusqu'à la phase terminale. Il m'importait également d'apprendre comment la mise en œuvre d'un tel atelier pouvait à la fois s'inscrire dans le fonctionnement de l'hôpital et compléter l'approche purement médicale de la maladie cancéreuse. En corrélation avec la qualité de vie qui évalue le bien-être de la personne appréciée dans sa globalité, le modèle choisi pour ce travail est celui de l'opération artistique², car il conduit précisément à appréhender l'être humain qui s'engage dans une activité artistique dans toutes ses dimensions, physique, mentale et sociale. Au cours de l'expérience qui a été menée, un certain nombre de limites sont venues amoindrir la qualité des résultats obtenus. En effet, il aurait fallu davantage de temps pour intégrer réellement toute la dynamique interne de l'hôpital, avec ses lois et ses règles ; davantage de temps également, pour trouver la juste place au sein de l'équipe soignante, de manière à articuler plus efficacement l'atelier d'art-thérapie dans l'organisation des soins en évitant au maximum que l'un empiète sur l'autre. Certains aménagements auraient été nécessaires mais n'ont pas pu avoir lieu faute de temps. Il aurait été utile par exemple, de réfléchir à la mise en place d'un suivi plus régulier pour les patients traités par chimiothérapie qui ont suivi leur traitement en ambulatoire et qui ont donc fréquenté l'hôpital de manière irrégulière et espacée dans le temps. Un tel suivi aurait pu s'envisager dans le cadre de l'hospitalisation à domicile en proposant d'y ajouter un atelier d'art-thérapie mobile en complément des soins déjà proposés. Par ailleurs, les patients eux-mêmes auraient eu besoin d'un temps supplémentaire pour véritablement intégrer l'existence d'un atelier d'art-thérapie dans l'enceinte du centre

² Annexe 2 : l'opération artistique

hospitalier, de façon à y recourir plus facilement en cas de besoin, sans oublier que plusieurs prises en soin ont dû s'interrompre une fois le stage terminé et n'ont donc pas pu aboutir.

Élaboré à partir de cette expérience, ce mémoire présente dans sa première partie la pathologie cancéreuse en précisant quelles souffrances elle occasionne. Ensuite, il tente de montrer comment la musique est à même de stimuler la qualité existentielle de l'être humain puis pose l'hypothèse que l'art-thérapie à dominante musicale a la capacité d'améliorer la qualité de vie des personnes qui souffrent d'un cancer. Pour appuyer cette hypothèse, une dernière sous-partie cite deux expériences d'art-thérapie à dominante musicale qui se sont adressées à des malades cancéreux de l'hôpital Sainte Périne de Paris et du Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Tours Bretonneau.

Dans sa seconde partie, ce mémoire relate une nouvelle expérience d'art-thérapie à dominante musicale réalisée auprès des patients cancéreux du Centre hospitalier de Neufchâteau, illustrée par deux études de cas.

Enfin, pour clore ce travail, une troisième et dernière partie fait état d'une discussion qui s'instaure en interrogeant dans quelle mesure les rapports respectifs de la musique et de la maladie avec le temps peuvent déterminer l'orientation thérapeutique de la pratique professionnelle en art-thérapie auprès des personnes qui souffrent d'un cancer.

Première partie :

L'art-thérapie à dominante musicale peut améliorer la qualité de vie des personnes qui souffrent d'une maladie cancéreuse.

I Les personnes qui souffrent d'une maladie cancéreuse peuvent être fortement pénalisées dans leur qualité de vie*.

A. Une personne est un être humain qui tend à devenir sujet.

1. Un être humain est un individu doté d'une identité.

L'être humain est d'abord un spécimen de l'espèce à laquelle il appartient. A l'intérieur du règne animal, l'homme est un être pluricellulaire issu d'une seule cellule. Il devient un individu sous l'action d'un ensemble d'opérations fondamentales communes à tous les membres de son espèce³. En même temps, au cours de sa croissance, il se différencie progressivement de ses congénères sous l'action d'un code génétique propre⁴. Ces deux articulations – ressemblance et différence – sont le fondement de son identité⁵. Définie par le droit français, l'identité est une notion juridique fondamentale qui traduit à la fois la singularité d'un individu et valide en même temps son appartenance à une lignée générationnelle et familiale⁶. Partie prenante de l'humanité, l'être humain par son existence va pouvoir inscrire sa propre histoire dans l'histoire humaine.

2. L'être humain s'inscrit dans le temps et dans l'espace.

Si l'existence humaine s'inscrit dans l'espace par sa localisation géographique, elle s'inscrit aussi simultanément dans le temps⁷. Par nature en effet l'être humain est soumis aux lois de la matière : c'est ainsi qu'il ne peut occuper plusieurs endroits à la fois au même moment⁸. Il est aussi régi par les lois de la biologie qui opèrent sous la forme d'un ensemble de mécanismes dénommés le savoir* : sous l'action de ces mécanismes, son corps se développe naturellement et se transforme au gré des différentes étapes de son existence⁹ jusqu'à la mort qui en constitue l'ultime échéance. Cependant, même si elle met un point final à la vie de l'être humain, la mort ne peut annuler son existence : de fait, l'histoire humaine en s'inscrivant et dans le temps et dans l'espace laissera une trace indélébile dans l'histoire de l'humanité¹⁰.

3. L'être humain a besoin de la bonne santé pour vivre et s'épanouir.

Pour pouvoir s'inscrire dans le temps et dans l'espace de manière satisfaisante, l'être humain a besoin de la bonne santé, définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

³VAN GANSEN, Paulette, ALEXANDRE, Henri, *Biologie générale*, Paris : Éditions MASSON, 1983, 1997, p ; 9, 31, 375.

⁴ FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur la musicothérapie*, Paris : éditions Favre SA, 2011, Deuxième partie : Les enjeux thérapeutiques en musicothérapie, p ; 91.

⁵ Dictionnaire *Le Petit Larousse illustré*, Paris : éditions Larousse, 2006.

⁶ Ibid.

⁷ FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur la musicothérapie*, Paris : éditions Favre, 2011, Deuxième partie : Les enjeux thérapeutiques en musicothérapie, p ; 80.

⁸ JANKELEVITCH, Vladimir, *Penser la mort ?* Paris : Éditions Liana Levi, 1994, Chapitre 1, L'irrévocable : p ; 20.

⁹ FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur la musicothérapie*, Paris : éditions Favre, 2011, Deuxième partie, Les enjeux thérapeutiques en musicothérapie, p ; 82,83.

¹⁰ JANKELEVITCH, Vladimir, *Penser la mort ?* Paris : Éditions Liana Levi, 1994, Chapitre 1, L'irrévocable : p ; 38, 39.

comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »¹¹. BAERTSCHI cite Douglas Rasmussen¹² évoquant la nature téléologique de l'être humain - du grec *telos*, fin¹³ » - dont la finalité est de se développer conformément à sa nature biologique, pour pouvoir ensuite s'épanouir au sein du monde qui l'entourne¹⁴.

4. L'être humain cherche aussi à être heureux.

Bien que nécessaire à l'être humain, la bonne santé ne peut contribuer seule à son bonheur et à son épanouissement¹⁵. Si sa vie prend l'orientation qui convient à sa personnalité entendue comme l'ensemble des éléments – motivations, goûts, aptitudes, etc. - qui caractérisent une personne de manière spécifique¹⁶, l'être humain se déterminera pleinement comme sujet et pourra s'épanouir. Il trouvera alors une saveur* agréable à son existence et jouira d'une bonne qualité de vie*¹⁷. Celle-ci peut cependant s'altérer gravement si la maladie survient.

B. Le cancer est une maladie qui peut pénaliser gravement la santé et la qualité de vie* des patients qui en souffrent.

1. Le cancer est une maladie chronique dont le déroulement en plusieurs stades successifs peut aboutir à la mort du malade.

Le cancer est une maladie chronique qui peut revêtir des formes variées, provoquée par une perturbation de l'ADN* cellulaire après l'intervention d'un ou de plusieurs agents susceptibles de provoquer ou de favoriser l'apparition d'un cancer (agents cancérogènes)¹⁸. Sous l'action de ces agents, des cellules anormales apparaissent et se développent de façon incontrôlée pour donner naissance à une tumeur maligne (cancéreuse)¹⁹. Chez l'homme, la transformation d'une cellule normale en cellule cancéreuse - la cancérogénèse - évoluant vers un cancer clinique, c'est à dire décelable par un simple examen, s'effectue en plusieurs stades successifs : au départ du processus, les cellules normales se multiplient localement et forment une hyperplasie*. Au cours de l'étape suivante - la dysplasie - leur forme et leur orientation se modifient. Le cancer reste « in situ » tant que ces cellules dites néoplasiques n'ont pas franchi la membrane basale*. Dans la dernière phase du processus, les cellules

¹¹ Disponible sur le site internet http://www.who.int/topics/mental_health/fr/, consulté en mars 2013.

¹² BAERTSCHI, Bernard, *Enquête philosophique sur la dignité, Anthropologie et éthique des biotechnologies*, éd. LABOR ET FIDES, chapitre 2. La biologie et la nature humaine, p ; 92.

¹³ Dictionnaire *Le Petit Larousse illustré*, Paris : éditions Larousse, 2006.

¹⁴ BAERTSCHI, Bernard, *Enquête philosophique sur la dignité, Anthropologie et éthique des biotechnologies*, éd. LABOR ET FIDES, chapitre 2. La biologie et la nature humaine, p ; 92.

¹⁵ FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur l'art-thérapie*, Paris : éditions Favre, Supplément à la 5^e édition, Chapitre I, L'art-thérapie concerne la qualité existentielle, p ; 159, 160.

¹⁶ FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur la musicothérapie*, Paris : éditions Favre, 2011, p ; 92.

¹⁷ FORESTIER, Richard, *Regard sur l'Art, SeeYouSoon*, Chapitre II, Mécanismes humains impliqués dans l'activité artistique, p ; 13.

¹⁸ BARBIER, Geneviève, FARRACHI, Armand, *La société cancérogène*, Paris : éd. Points, 2007 p ; 24.

¹⁹ Guide SOR SAVOIR PATIENT *Vivre pendant et après un cancer*, Paris : FNCLCC 2007 p ; 67.

cancéreuses franchissent cette membrane et migrent vers les vaisseaux : le cancer devient invasif²⁰. Les cellules cancéreuses peuvent alors former des métastases, c'est-à-dire des tumeurs secondaires localisées à distance de la tumeur primitive capables d'atteindre tous les organes. Avec l'évolution de la maladie, l'état général du malade peut s'altérer et aboutir à la mort de l'individu²¹. Les médecins disposent cependant de traitements spécifiques et variés pour la combattre.

2. Le cancer nécessite des traitements spécifiques choisis par une équipe pluridisciplinaire en fonction de plusieurs critères.

Pour lutter contre le cancer, les traitements les plus usités sont la chirurgie*, la radiothérapie*, la chimiothérapie*, l'hormonothérapie* et les biothérapies*. Pour chaque patient, une équipe pluridisciplinaire composée de professionnels de santé choisit et propose les traitements qu'elle estime les mieux adaptés, au cours d'une réunion de concertation pluridisciplinaire ou RCP dont la mise en place remonte au Plan cancer 2003-2007²² (voir partie 4).

La chirurgie* constitue le traitement de base de nombreux cancers, même si elle demeure souvent insuffisante. Elle répond aux trois principaux objectifs que sont le diagnostic et le classement de la maladie, l'intégration dans une stratégie thérapeutique curative associant plusieurs traitements complémentaires, et la palliation pour soulager par exemple les symptômes d'une tumeur très avancée²³.

La radiothérapie* occupe aussi une place prépondérante pour traiter la maladie. Ses applications sont multiples²⁴ : en préopératoire, son rôle est d'irradier une tumeur pour diminuer son volume. En postopératoire, elle complète la chirurgie pour réduire les risques de récurrence et garantir un meilleur contrôle régional. Elle est également indiquée dans une visée palliative pour soulager un symptôme à un stade évolué de la pathologie.

Fréquemment utilisée, la chimiothérapie* est administrée au malade soit par voie injectable dans un site implantable* ou dans une veine, soit par voie orale. Pour planifier son déroulement, l'équipe médicale établit un protocole qui définit le nombre de cures, leur périodicité dans le temps, le nom et les doses de médicaments administrés, etc.²⁵. L'indication de traiter un cancer par chimiothérapie* répond généralement à 3 situations²⁶ : elle peut d'abord intervenir avant une chirurgie*, on parle alors de chimiothérapie* néo-adjuvante. Elle peut aussi compléter une chirurgie* ou une radiothérapie* dans le cadre d'une chimiothérapie* adjuvante. Enfin, elle peut être indiquée dans le traitement des métastases, auquel cas il s'agit d'une chimiothérapie* métastatique.

²⁰ SCOTTE, F., COLONNA, P., ANDRIEU, J.M, *CANCEROLOGIE*, Lonrai : éditions Ellipses, 2002, p ; 26, 27.

²¹ Ibid. p ; 21.

²² COLLECTION Guides d'information cancer INFO, *Comprendre la chimiothérapie*, 2008 : éditions Institut National du Cancer, p ; 13, 14.

²³ SCOTTE, F., COLONNA, P., ANDRIEU, J.M, *CANCEROLOGIE*, Lonrai : éd. ellipses, 2002, chapitre 4, p ; 57 et suivantes.

²⁴ RONCHIN, Philippe – CHELLE, Christophe, *CANCEROLOGIE GENERALE*, Paris : éd. Vernazobres – Grego, 2004, p ; 41, 42.

²⁵ COLLECTION Guides d'information cancer INFO, *Comprendre la chimiothérapie*, 2008 : éditions Institut National du Cancer, p ; 19, 20, 21 et 114.

²⁶ Ibid., p ; 16, 17.

D'autre part, certains types de cancers comme celui du sein et de la prostate réagissent favorablement à l'hormonothérapie*, dont le but est d'empêcher la prolifération des cellules cancéreuses²⁷. De leur côté, les biothérapies*, apparues plus récemment, traitent la maladie en tentant de stimuler les défenses naturelles de l'organisme²⁸ pour empêcher la prolifération des cellules malignes.

Dans la majorité des cas, outre la chirurgie* qui peut nécessiter une hospitalisation plus longue, ces traitements sont administrés soit en ambulatoire*, soit à domicile ou parfois même lors d'une brève hospitalisation. S'ils représentent une arme indéniable pour lutter contre le cancer, ils peuvent également provoquer des effets néfastes qui en s'ajoutant à la pathologie elle-même diminuent la qualité de vie des malades.

3. Le cancer et ses traitements peuvent altérer gravement la qualité de vie* des malades.

Le cancer entraîne d'abord une souffrance corporelle. Celle-ci se traduit par des dégradations de tous ordres souvent aggravées par les effets secondaires* des traitements. On peut observer une asthénie*, un amaigrissement, des douleurs, une alopécie (perte des cheveux ou des poils), une mucite (inflammation d'une muqueuse), des troubles digestifs et intestinaux, une altération du goût et de l'odorat, des troubles neurologiques, des troubles sanguins, de la fièvre, etc.²⁹. Lorsqu'elles se produisent, ces dégradations corporelles multiples renforcées par les privations sensorielles liées aux hospitalisations peuvent non seulement pénaliser la saveur* existentielle et les capacités d'expression, mais aussi fragiliser le sentiment d'identité³⁰ et l'estime de soi³¹.

D'autre part, l'annonce du diagnostic provoque parfois un véritable choc psychologique susceptible de bouleverser brutalement l'existence du malade. Désormais, l'avenir est associé à la crainte. Le présent monopolisé par le rythme des soins rappelle sans cesse la réalité de la maladie. La déformation de la perception temporelle³² peut entraîner une perte du contrôle de l'existence et pénaliser l'autonomie. Lorsque la confiance en l'avenir et en la vie sont atteintes, la malade peut abandonner tout espoir³³.

A cela peuvent s'ajouter des troubles de la relation* et de la communication*. En effet, les rôles sociaux, familiaux et professionnels se modifient avec la pathologie. Face à ces bouleversements, le patient cancéreux souvent très éprouvé émotionnellement élabore généralement des mécanismes de défense qui peuvent perturber la relation* et la

²⁷ SCOTTE, F., COLONNA, P., ANDRIEU, J.M, *CANCEROLOGIE*, Lonrai : éd. ellipses, 2002, chapitre 4, p ; 79.

²⁸ Ibid., p ; 82, 83.

²⁹ SCOTTE, F., COLONNA, P., ANDRIEU, J.M, *CANCEROLOGIE*, Lonrai : éd. ellipses, 2002, ch. 5, p ; 95 et suivantes.

³⁰ LEBLANC, Guillaume, *La vie psychique de la maladie*, Revue *Esprit*, Janvier 2006. In PIERRON, Jean-Philippe, *Vulnérabilité Pour une philosophie du soin*. PUF. Chapitre III Le soin et la symbolique du mal, p ; 114

³¹ PIERRON, Jean-Philippe. *Vulnérabilité Pour une philosophie du soin*. PUF. Chapitre III Le soin et la symbolique du mal, L'imaginaire du cancer, p ; 95

³² FROUCHT-HIRSCH, Sylvie, *Le temps d'un cancer, Chronique d'un médecin malade*, Paris : Collection Espace éthique, Éditions Vuibert, 2005, p ; 105. Voir aussi LANZAROTTI, Claudine, *L'aide psychologique aux patients cancéreux. Les sentiments de clivage entre la tête et le corps*, In ESPIE, Marc. *Le suivi du patient cancéreux*, collection Dialogue Ville-hôpital, édition John Libbey EUROTEXT, p ; 41. Voir aussi ROUILLON, Frédéric, *Vulnérabilité et Troubles de l'adaptation*, ELSEVIER MASSON, 2008, p ; 74-75.

³³ PIERRON, Jean-Philippe. *Vulnérabilité Pour une philosophie du soin*. PUF. Chapitre III Le soin et la symbolique du mal, L'imaginaire du cancer, p ; 95.

communication* avec son entourage, notamment avec ses proches, souvent eux-mêmes démunis et en proie au désarroi³⁴.

De plus, le malade et son entourage associent souvent le cancer à la potentialité de la mort³⁵. Étymologiquement en effet, le mot cancer draine avec lui toute une symbolique mortelle puisqu'il évoque le crabe, « charognard des fonds marins »³⁶. Paradoxalement d'ailleurs, la maladie cancéreuse fabrique la mort en s'appuyant sur des processus vitaux liés au développement cellulaire³⁷. S'il connaît sa maladie, le malade doit cette fois affronter la probabilité concrète de sa propre mort. Devant cette éventualité totalement inconnue pour lui, dont il n'a et ne peut à fortiori avoir aucune expérience, il peut alors éprouver anxiété*, angoisse* et solitude³⁸. Souvent confronté à la question spirituelle du fondement même de son existence, parfois isolé dans une souffrance qui peut atteindre la totalité de son être et qu'il ne parvient pas toujours à communiquer, le malade peut alors sombrer dans une détresse profonde susceptible de pénaliser fortement sa qualité de vie*³⁹. Si le cancer peut être considéré comme un drame individuel, il représente aussi un véritable fléau social en France : les pouvoirs publics ont donc décidé de réagir pour y faire face.

4. Face à la constante progression de la maladie cancéreuse dans la société française, les pouvoirs publics ont mis en place un ensemble de mesures pour lutter contre le cancer.

Selon les dernières études en cours, l'évolution récente en France en 2011 indique que pour tous cancers confondus l'incidence (nombre de nouveaux cas d'une maladie dans une population pendant un temps donné) augmente et la mortalité diminue⁴⁰. Ainsi, en 2011, 365500 nouveaux cas de cancer ont été estimés en France⁴¹. La même année, le nombre de décès par cancer en France a été évalué à 147500, avec de fortes disparités géographiques⁴² et sociales⁴³ qui continuent à perdurer au vu des derniers rapports⁴⁴. Au regard de ces éléments et en dépit de la baisse de la mortalité, on peut estimer qu'aujourd'hui le cancer en France représente un grave problème de santé pour le pays. Pour y faire face, les pouvoirs publics ont pris dès l'année 2002 d'importantes mesures réunies sous le nom de PLAN CANCER⁴⁵.

³⁴ RUSZNIEWSKI, Martine, *Face à la maladie grave*, Paris : Éditions DUNOD, 1995 ; Chapitre Les mécanismes de défense des patients, p ; 36, 42-43, 49, 53, 55.

³⁵ LANZAROTTI, Claudine, *L'aide psychologique aux patients cancéreux. Les sentiments de clivage entre la tête et le corps*, In ESPIE, Marc. *Le suivi du patient cancéreux*, collection Dialogue Ville-hôpital, édition John Libbey EUROTEXT, p ; 41.

³⁶ PIERRON, Jean-Philippe. *Vulnérabilité Pour une philosophie du soin*. PUF. Chapitre III Le soin et la symbolique du mal, L'imaginaire du cancer, p ; 95.

³⁷ Ibid.

³⁸ JANKELEVITCH, Vladimir, *Penser la mort ?* Paris : Éditions Liana Levi, 1994, Chapitre Corps, violence et mort, p ; 105, 106, 108.

³⁹ PIERRON, Jean-Philippe. *Vulnérabilité Pour une philosophie du soin*. PUF. Chapitre V Le soin face à la souffrance, p. 137, p. 155.

⁴⁰ Disponible sur le site web www.unicancer.fr Source Institut national du Cancer : © La situation du Cancer en France en 2011, Collection rapports et synthèses, p ; 17, consulté en mars 2013.

⁴¹ Ibid.

⁴² Ibid., p ; 29.

⁴³ BARBIER, Geneviève, FARRACHI Armand, *La société cancérogène*, Paris : éd. POINTS, 2007, p ; 33.

⁴⁴ GRUNFELD, Jean-Pierre, *Recommandations pour le Plan cancer 2009-2013 : pour un nouvel élan, Réduire les inégalités : un des objectifs principaux du Plan cancer 2009-2013*, Revue trimestrielle adsp n° 73 parue en décembre 2010.

⁴⁵ Disponible sur le site web www.plan-cancer.gouv.fr, Plan cancer 2003-2007, consulté en mars 2013.

Ces mesures placent le patient au centre du soin et prennent en compte sa qualité de vie*. Dans cette optique, l'art-thérapie, qui exploite le potentiel artistique dans une visée humanitaire et thérapeutique⁴⁶, constitue un complément non négligeable aux soins de support oncologiques* dont l'objectif est l'amélioration du bien être des malades : elle a désormais toute sa place dans la prise en charge du patient cancéreux⁴⁷.

II La musique est une activité artistique qui stimule la qualité existentielle de l'être humain.

A. L'Art* peut stimuler les mécanismes existentiels.

1. L'orientation esthétique* de l'Art*peut stimuler le goût de vivre.

A travers ses œuvres, l'Art* a pour but essentiel la recherche d'un idéal esthétique*⁴⁸. Lorsque l'être humain capte une œuvre d'Art qui lui plaît, il peut éprouver un type d'émotion spécifique issue du plaisir esthétique ressenti⁴⁹. Au fondement de notre civilisation, les Grecs de l'Antiquité évoquent déjà ce sentiment de plénitude qui peut naître du plaisir pur engendré par la beauté des œuvres d'Art⁵⁰. Au 18^e siècle, Kant définira le plaisir esthétique par « un jeu libre et harmonieux des facultés humaines », jeu qui selon Charles PEPIN occuperait une position intermédiaire entre le corps et l'esprit⁵¹. Lorsqu'au contact de l'œuvre d'Art et du plaisir esthétique qu'elle engendre, l'être humain est envahi par l'émotion, il éprouve alors une saveur* particulière qui donne du goût à sa vie et lui procure une bonne qualité existentielle⁵².

2. L'Art* peut aider l'être humain à s'épanouir.

Pour s'épanouir dans le monde qui l'entoure, l'individu est amené à convoquer sa personnalité lorsqu'il est nourri par la conscience d'être à la fois vivant et humain⁵³. Or, l'Art* dont les Grecs avaient remarqué le pouvoir d'entraînement*⁵⁴ sollicite de façon privilégiée à travers l'implication du corps physique et de l'esprit : poussé par son engagement à contempler ou à produire une œuvre, l'être humain peut affirmer son goût dans

⁴⁶ *Repère métier*, Publication AFRATAPEM, Janvier 2012-5^e édition, p ; 4).

⁴⁷ Guide SOR SAVOIR PATIENT, *Vivre pendant et après un cancer*, Paris : FNCLCC, 2007, Fiche 1 : Le dispositif d'annonce, p ; 55, 57.

⁴⁸ FORESTIER, Richard, *Regard sur l'Art*, SeeYouSoon, Chapitre IV, L'Art est une activité volontaire orientée vers l'esthétique, p ; 8, 30.

⁴⁹ Ibid., p ; 18

⁵⁰ FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur l'art occidental*, Paris : éditions Favre, 2004, De l'idée du beau au beau dans l'œuvre d'Art, p ; 35.

⁵¹ KANT Emmanuel, *Critique de la faculté de juger*, cité dans PEPIN, Charles, *Quand la beauté nous sauve*, Paris : Éditions Robert Laffont, 2013, p ; 31, 50.

⁵² FORESTIER, Richard, *Regard sur l'Art*, SeeYouSoon, Chapitre III, L'esthétique, p ; 25.

⁵³ FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur l'art-thérapie*, Paris : éditions Favre, Supplément à la 5^e édition, Chapitre I, L'art-thérapie concerne la qualité existentielle, p ; 167.

⁵⁴ FORESTIER, Richard, *Regard sur l'Art*, SeeYouSoon, Chapitre I, Généralités, p ; 7.

l'appréciation esthétique d'une production artistique ou exprimer son style lorsqu'il marque de son empreinte ses propres productions⁵⁵. L'Art* est alors en mesure de favoriser l'épanouissement et la bonne qualité de vie* de l'être humain⁵⁶.

B. La musique est une activité artistique qui peut exercer des effets bénéfiques sur la qualité de vie*.

1. La musique est une activité artistique qui fait appel à des compétences originales.

En tant qu'activité artistique, la musique est une organisation de sons volontairement orientés vers l'esthétique*. Elle fait appel aux savoir faire spécifiques d'un interprète⁵⁷, déterminés entre autres par la nature de ses outils - ses instruments de musique - ou par celle de sa voix⁵⁸. Ainsi, la tenue des instruments, la position corporelle, la conduite du souffle, etc., impliquent totalement le corps moteur (le corps en mouvement) dans l'expression musicale⁵⁹, d'autant que la musique provoque l'esthésie* en associant par exemple la vue et l'ouïe⁶⁰. De la même manière, l'esprit est aussi engagé avec la mobilisation de la mémoire, de l'intérêt, de la volonté, de l'intelligence, de l'imagination, etc.⁶¹. Ignorant le principe de distanciation puisque réalisation et production se confondent dans cette activité, la musique requiert une grande maîtrise technique qui englobe simultanément les capacités corporelles et psychiques de l'interprète⁶². De son côté, le contemplateur fait aussi appel à des compétences originales en vue d'obtenir le plaisir esthétique recherché à l'audition d'une œuvre musicale : là encore, le corps moteur et l'esprit sont activement concernés⁶³.

2. La musique a un pouvoir propre.

Ces compétences originales de la musique lui confère un pouvoir propre susceptible de stimuler la qualité de vie*. Dès l'Antiquité, les Grecs lui attribuent des effets sur le bien être et sur la bonne santé : à travers le rythme, le mouvement musical entraîne le corps dans une activité et apaise l'esprit. Certains médecins de l'époque se basent sur les caractères des modes musicaux (échelles de sons basées sur des formules caractéristiques) pour soigner⁶⁴. En découvrant le principe physique de sympathie* la tradition musicale de l'Antiquité donne aussi à la musique le pouvoir d'unir les hommes⁶⁵. Basée en effet sur une organisation sonore interne – l'harmonie – qui détermine l'assemblage des sons entre eux, la musique s'exécute au

⁵⁵ FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur l'art-thérapie*, Paris : éditions Favre, Supplément à la 5^e édition, Chapitre I, L'art-thérapie concerne la qualité existentielle, p ; 160, 161.

⁵⁶ Ibid., p ; 160.

⁵⁷ FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur l'art occidental*, Paris : éditions Favre, 2004, L'inventeur et l'interprète en Art, p ; 197.

⁵⁸ FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur la musicothérapie*, Paris : éditions Favre, 2011, les outils de la musique, p ; 43.

⁵⁹ Ibid. p ; 46, 47.

⁶⁰ Ibid. p ; 43.

⁶¹ Ibid. p ; 46.

⁶² FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur l'art occidental*, Paris : éditions Favre, 2004, La musique devient visible, p ; 56.

⁶³ FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur la musicothérapie*, Paris : éditions Favre, 2011, Le ressenti, la structure et la poussée corporels, p ; 93.

⁶⁴ Ibid., Le pouvoir de la musique, p ; 23, 28, 29.

⁶⁵ FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur l'art occidental*, Paris : éditions Favre, 2004, Le principe sympathique détermine les règles de composition musicale, p ; 55.

sein d'un espace social : elle permet donc aux hommes de s'accorder et d'être touchés ensemble⁶⁶. Elle qui selon Stravinsky structure et ordonne le temps par l'action du rythme et de la mesure⁶⁷, remplit aussi l'espace et permet de les réunir⁶⁸. En effet, l'acte d'écouter ou de produire une œuvre s'exécute et dans l'espace et dans le temps, puisque l'interprète et l'auditeur réinventent et renouvellent à chaque fois chacune de leurs exécutions ou auditions, et ce de manière personnelle⁶⁹. La musique engage de ce fait l'être humain dans l'expérience concrète de son existence. De plus, en tant qu'activité d'expression en recherche d'une gratification sonore, elle s'appuie sur la volonté humaine afin d'orienter l'activité vers le but recherché : à l'implication nécessaire du corps moteur s'associent l'affirmation, la confiance et l'estime de soi, indispensables pour finaliser le projet envisagé⁷⁰. Il faut en effet pouvoir affirmer ses goûts, pouvoir compter aussi sur ses propres capacités de réalisation et croire en sa propre valeur pour qu'un tel projet puisse aboutir. Entraîné dans cette élaboration, l'être humain peut alors retrouver confiance en la vie⁷¹. La musique enfin présente la particularité de s'adresser prioritairement au ressenti et au hors-verbal* plutôt qu'à la représentation⁷². Elle ne cherche pas en effet à signifier quelque chose et reste donc abstraite par nature. Dotée d'une capacité à émouvoir, elle permet surtout l'expression des émotions et des états d'âme que la communication* verbale n'est pas toujours en mesure de réaliser⁷³.

3. Le chant peut particulièrement stimuler la qualité de vie.

Partie intégrante de la musique, le chant qui associe des sons avec des paroles⁷⁴ est transmis par la voix humaine. Dans l'histoire de l'homme, il semble qu'il ait précédé l'invention des instruments de musique et qu'il soit le premier mode d'expression musicale⁷⁵. Dès l'Antiquité, Damon, théoricien de la musique, considère le chant et la danse comme porteurs privilégiés de l'émotion⁷⁶. Socrate évoque de son côté le pouvoir soignant de l'incantation⁷⁷. Par rapport au langage, le chant a le pouvoir de renforcer, d'enrichir ou même

⁶⁶ FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur la musicothérapie*, Paris : éditions Favre, 2011, L'espace sonore est un remplissage p ; 51.

⁶⁷ JANKELEVITCH, Vladimir, *La musique et l'Ineffable*, Paris : éd. du SEUIL, 1983, Chapitre I L'éthique ou la métaphysique de la musique, p ; 12.

⁶⁸ FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur la musicothérapie*, Paris : éditions Favre, 2011, Les outils de la musique, p ; 49.

⁶⁹ JANKELEVITCH, Vladimir, *La musique et l'Ineffable*, Paris : éd. du SEUIL, 1983, Le charme et l'alibi, p ; 99-101.

⁷⁰ FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur la musicothérapie*, Paris : éditions Favre, 2011, L'activité musicale peut aider au bon épanouissement et à la bonne santé humaine, p ; 67,68.

⁷¹ FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur la musicothérapie*, Paris : éditions Favre, 2011, Affirmation de soi, confiance en soi et estime de soi, p ; 93.

⁷² SACHS, Olivier, *Musicophilia, La musique, le cerveau et nous*, Paris : Éditions du Seuil, 2009, Chapitre 4 Musique cérébrale : imaginaire et imagination, p ; 62, 63.

⁷³ FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur la musicothérapie*, Paris : éditions Favre, 2011, L'espace sonore est un remplissage p ; 51.

⁷⁴ FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur l'art occidental*, Paris : éditions Favre, 2004, La musique est au service de la parole, p ; 47.

⁷⁵ DELIEGE, Irène, VITOUCH, Olivier et LADINIG, Olivia, *Musique et Évolution*, Wavre : éd. MARDAGA, 2010, Vers une éthologie du chant : une catégorisation du comportement musical, p ; 269.

⁷⁶ Ibid., p ; 271.

⁷⁷ FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur la musicothérapie*, Paris : éditions Favre, 2011, Prévention et maintien de la santé, p ; 26.

de modifier le sens des mots parlés⁷⁸. Le terme latin « incantare » - enchanter - évoque d'ailleurs le pouvoir magique du chant⁷⁹, et certains mythes de l'Antiquité, comme le mythe d'Orphée y font référence⁸⁰. Porteur d'un message qui fait appel à la compréhension, le chant suscite aussi des sensations internes susceptibles de produire une saveur*. Celles-ci sont générées par la prononciation des mots qui le constituent, par la captation sensorielle issue de l'émission vocale⁸¹ ou même par les mécanismes intellectuels mis en jeu par la compréhension du texte⁸². Il est également intéressant de noter que les sociétés traditionnelles associent les principaux cycles de la vie comme la naissance ou la mort à des rituels chantés, d'ailleurs essentiellement féminins⁸³. Fondamentalement en effet, le chant est lié au souffle et au cycle de la respiration, donc à la vie. Ce rythme respiratoire implique le temps dans la continuité vocale, interrompue par les besoins physiologiques de la respiration. En s'y appuyant, l'interprète peut animer son discours de façon originale et exprimer sa personnalité⁸⁴. Par l'acte de chanter qui mobilise simultanément le corps moteur et l'esprit, l'être humain poussé par son intention offre une expression totale et immédiate de lui-même qu'il inscrit dans le déroulement du temps⁸⁵, donc dans le sens*⁸⁶ en vue d'une gratification sonore. En sollicitant ainsi la personnalité entière de l'interprète qui fait émerger son propre style et son propre goût lorsqu'il s'engage dans cette activité, le chant représente de ce fait un acte existentiel par excellence car il renforce le sentiment d'exister et peut donner du goût à la vie.

III L'art-thérapie à dominante musicale peut améliorer la qualité de vie* des personnes qui souffrent d'une maladie cancéreuse.

A. La musicothérapie est un aspect original de l'art-thérapie.

I. La musicothérapie s'inscrit dans un enseignement officiel et dans un cadre législatif professionnel.

Déterminée par un enseignement officiel et universitaire dispensé au sein des Facultés de Médecine de Tours, Lille, Grenoble ou Poitiers, la musicothérapie est une discipline de l'art-thérapie⁸⁷ basée sur l'exploitation du pouvoir propre de la musique dans une visée

⁷⁸ DELIEGE, Irène, VITOUCH, Olivier et LADINIG, Olivia., *Musique et Évolution*, Wavre : éd. MARDAGA, 2010, Vers une éthologie du chant : une catégorisation du comportement musical, p ; 269.

⁷⁹ Ibid. p ; 270.

⁸⁰ Philosophie MAGAZINE, hors-série n° 19, juillet-août 2013, p ; 64.

⁸¹ FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur la musicothérapie*, Paris : éditions Favre, 2011, Les fondements existentiels humains sont impliqués dans et par l'activité artistique, p ; 66.

⁸² FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur la musicothérapie*, Paris : éditions Favre, 2011, La musique vocale, p ; 45.

⁸³ DELIEGE, Irène, VITOUCH, Olivier et LADINIG, Olivia, *Musique et Évolution*, Wavre : éd. MARDAGA, 2010, Vers une éthologie du chant : une catégorisation du comportement musical, p ; 276.

⁸⁴ FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur la musicothérapie*, Paris : éditions Favre, 2011, La voix détermine des repères dans le flux temporel, p ; 55, 56.

⁸⁵ JANKELEVITCH, Vladimir, *La musique et l'Ineffable*, Paris : éd. du SEUIL, 1983, Chapitre 2, L' « espressivo » inexpressif, p ; 41.

⁸⁶ FORESTIER, Richard, *Regard sur l'Art*, SeeYouSoon, Chapitre IV, L'Art est une activité volontaire orientée vers l'esthétique, p ; 30.

⁸⁷ FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur la musicothérapie*, Paris : éditions Favre, 2011, Le renouveau du métier de musicothérapeute, p ; 36,37.

thérapeutique et humanitaire⁸⁸. L'ensemble des enseignements est complété par une série de connaissances à la fois médicales, scientifiques, psychologiques, paramédicales et sociales. Des stages en milieu professionnel agrémentent la formation et depuis 1999, une formation continue est proposée aux musicothérapeutes diplômés⁸⁹. La musicothérapie s'inscrit dans un cadre législatif et professionnel spécifique. En effet, le musicothérapeute est placé sous l'autorité médicale et doit répondre aux règles des autres professions paramédicales officielles⁹⁰. Il intervient donc sur indication médicale et respecte une déontologie⁹¹. De même, ses protocoles de soin répondent aux protocoles sanitaires reconnus, puisque le musicothérapeute élabore un projet thérapeutique et une stratégie correspondante. Il met en œuvre des modalités d'observation et d'évaluation pour apprécier l'évolution de ses prises en soin au regard des objectifs thérapeutiques fixés⁹².

2. La musicothérapie exploite le pouvoir propre de la musique.

Pour mener à bien sa mission, le musicothérapeute prend appui sur le pouvoir propre de la musique qu'il exploite dans un but humanitaire et thérapeutique⁹³. Il s'adresse en effet à des personnes atteintes dans leur autonomie par des pénalités de vie⁹⁴ - maladie, handicap, difficultés d'insertion sociale, etc. De manière originale, le musicothérapeute dans sa pratique peut utiliser le fond culturel musical des patients qui lui sont indiqués pour mettre en œuvre une dynamique de soin susceptible de déclencher les mécanismes liés à la qualité existentielle⁹⁵. Inhérente au pouvoir propre de la musique, l'implication du corps moteur alliée à l'orientation esthétique de l'activité est révélatrice de la spécificité de la musicothérapie au sein des autres professions paramédicales⁹⁶. De même, la prise en compte du hors-verbal*, de la communication* et de la relation* participe à cette originalité⁹⁷. Enfin, en s'adressant à la partie saine du patient c'est-à-dire aux potentialités vitales dont il dispose encore malgré ses pénalités, la musicothérapie complète de façon intéressante la prise en soin des patients dans le milieu sanitaire ou institutionnel⁹⁸.

⁸⁸ Ibid. p ; 37.

⁸⁹ Ibid. p ; 36.

⁹⁰ Ibid. p ; 40.

⁹¹ Repère métier, Publication Afratapem janvier 2012 – 5^e édition ; p ; 9-14.

⁹² FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur la musicothérapie*, Paris : éditions Favre, 2011, Le renouveau du métier de musicothérapeute, p ; 40.

⁹³ FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur la musicothérapie*, Paris : éditions Favre, 2011, Introduction générale, p ; 17.

⁹⁴ FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur la musicothérapie*, Paris : éditions Favre, 2011, Les sons qu'ils produisent, p ; 45.

⁹⁵ FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur la musicothérapie*, Paris : éditions Favre, 2011, De l'archaïsme au sophistiqué, Art I et Art II, p ; 86.

⁹⁶ FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur la musicothérapie*, Paris : éditions Favre, 2011, Le ressenti, la structure et la poussée corporelle, p ; 94.

⁹⁷ FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur la musicothérapie*, Paris : éditions Favre, 2011, Les nouvelles confusions professionnelles, p ; 70.

⁹⁸ FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur la musicothérapie*, Paris : éditions Favre, 2011, Conclusion, p ; 90.

B. La musicothérapie peut soigner les mécanismes qui pénalisent la qualité de vie* des personnes qui souffrent d'une maladie cancéreuse.

1. La musicothérapie sollicite le goût.

S'appuyant sur le principe physique de sympathie* inhérent à la musique, la musicothérapie peut intervenir positivement sur les pénalités sociales des malades cancéreux en exploitant la sympathie humaine⁹⁹. De la même manière en effet que deux sons accordés peuvent vibrer ensemble alors qu'ils proviennent d'une source sonore différente, deux personnes, ou davantage, peuvent jouer ou chanter ensemble tout en conservant leur totale intégrité¹⁰⁰. Les différentes formes de l'activité musicale, pratiquée par exemple en duo de manière alternée ou à plusieurs de façon simultanée, peuvent permettre au musicothérapeute d'élaborer des stratégies de prise en soin respectivement ciblées sur la communication* ou sur la relation* en fonction des pénalités observées chez les patients¹⁰¹. De plus, la sympathie à l'échelle humaine implique des attirances pour le phénomène sonore : les malades cancéreux, même affaiblis, peuvent donc solliciter leur goût¹⁰² et réalimenter leur sensorialité souvent mise à mal par les effets de la maladie. Dans cette optique, le musicothérapeute exploitera plutôt l'audition que la production instrumentale ou vocale si l'état des patients empêche une trop grande implication dans l'activité. Le goût sollicité dans l'activité musicale a la particularité d'éveiller l'affectivité (le savoir ressentir)¹⁰³ dans une totale liberté de choix¹⁰⁴. Il peut permettre aux malades cancéreux souvent fragilisés dans leur identité de se reconnecter de façon intime à leur intériorité¹⁰⁵, avec pour conséquence la confirmation du sentiment d'exister et une meilleure qualité de vie*.

2. La musicothérapie sollicite le style.

En impliquant le patient cancéreux dans la production d'une œuvre musicale, le temps est aussi concerné : la musicothérapie sollicite alors le style du malade comme révélateur de sa personnalité. Le style s'appuie sur la confiance en soi, c'est-à-dire sur la capacité à bien réaliser la production envisagée, ainsi que sur la confiance en l'avenir nécessaire à l'élaboration d'une production et à sa finalisation¹⁰⁶. Lorsqu'il met en œuvre son propre style au sein de l'activité musicale, le patient cancéreux peut retrouver la confiance qu'il a fréquemment perdue avec l'apparition de la maladie : par la réalisation d'un projet, il peut

⁹⁹ FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur la musicothérapie*, Paris : éditions Favre, 2011, Les manifestations existentielles musicales : le goût, le style et l'engagement, p ; 102.

¹⁰⁰ Ibid.

¹⁰¹ Ibid. Les troubles de l'expression, de la communication et de la relation p ; 96, 97.

¹⁰² FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur la musicothérapie*, Paris : éditions Favre, 2011, Les manifestations existentielles musicales : le goût, le style et l'engagement, p ; 102.

¹⁰³ FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur la musicothérapie*, Paris : éditions Favre, 2011, Les manifestations existentielles musicales : le goût, le style et l'engagement, p ; 100.

¹⁰⁴ JANKELEVITCH, Vladimir, *La musique et l'Ineffable*, Paris : éd. du SEUIL, 1983, Chapitre 2, L'espressivo inexpressif, p ; 95.

¹⁰⁵ PEPIN, Charles, *Quand la beauté nous sauve*, Paris : Éditions Robert Laffont, 2013, Chapitre 3, p ; 174, 175.

¹⁰⁶ FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur la musicothérapie*, Paris : éditions Favre, 2011, Les manifestations existentielles musicales : le goût, le style et l'engagement, p ; 103.

entrer à nouveau dans la dynamique de l'espoir¹⁰⁷ et se réapproprier son corps parfois devenu méconnaissable. Cela peut l'aider à combattre la crainte de la mort et de l'oubli ainsi qu'à diminuer l'anxiété et la détresse qui l'accompagnent.

3. La musicothérapie sollicite l'engagement.

Pour mener à bien une activité artistique, l'être humain doit non seulement élaborer un objectif mais aussi s'engager dans son projet : en coordonnant son goût et son style, qu'il nourrit par l'envie de finaliser son objectif, il signe par là-même son engagement, c'est-à-dire sa participation active et pleinement humaine dans l'activité au service de sa personnalité¹⁰⁸. Pour fonctionner, cet engagement doit prendre appui sur l'estime de soi, c'est-à-dire sur la valeur que l'être humain accorde à sa propre personne et à ce qu'il désire entreprendre¹⁰⁹. Or, le patient cancéreux, diminué par exemple par des dégradations corporelles ou par la perte d'un statut social ou familial, souffre souvent d'une baisse importante de l'estime de soi. En adaptant le goût et le style à la personnalité et à la culture du malade, la musicothérapie peut stimuler à nouveau cette capacité à s'engager dans un projet artistique de manière à réalimenter l'estime de soi fragilisée. Par voie de conséquence l'art-thérapie à dominante musicale peut engendrer un sentiment de fierté à assumer son originalité humaine, facteur non négligeable dans l'appréciation du bien-être des patients¹¹⁰.

IV Plusieurs expériences d'art-thérapie à dominante musicale ont eu lieu auprès de patients atteints d'une maladie cancéreuse.

S'appuyant sur les bienfaits de l'Art* pour des personnes pénalisées par la maladie grave, plusieurs art-thérapeutes ont exploité l'art-thérapie à dominante musicale auprès de patients cancéreux, au cours de leur stage pour l'obtention du Diplôme Universitaire d'art-thérapie à la Faculté de Médecine de Tours. A titre d'exemple sont résumées ici deux expériences de ce type, la première au sein de l'Unité de Soins Palliatifs de l'Hôpital Sainte Péline de Paris, la seconde dans le service d'hématologie et d'oncologie du C.H.R.U (Centre Hospitalier Régional Universitaire) de Tours Bretonneau.

A. Dans son mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-Thérapie de la Faculté de Médecine de Tours, Claire Oppert présente une expérience d'art-thérapie à dominante musicale dans l'Unité de Soins Palliatifs de l'Hôpital Sainte Péline de Paris, qui accueille des patients cancéreux.

L'Unité de Soins Palliatifs de Sainte Péline accueille des personnes en fin de vie et des patients douloureux chroniques. Le travail de l'équipe médicale et paramédicale du service a

¹⁰⁷ Ibid.

¹⁰⁸ FORESTIER, Richard, *Regard sur l'Art*, SeeYouSoon, Chapitre IV, l'Art est une activité volontaire orientée vers l'esthétique, p ; 38.

¹⁰⁹ FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur la musicothérapie*, Paris : éditions Favre, 2011, Principes existentiels humains relatifs à la musicothérapie, p ; 103.

¹¹⁰ Ibid. p ; 103, 104.

pour objectif le traitement de la douleur et l'accompagnement des personnes en fin de vie avec l'amélioration du confort et de la communication au sein de l'entourage familial. Claire Oppert est accueillie au sein de l'Unité dans le cadre d'un stage d'art-thérapie à dominante musicale de 5 mois, de février à juin 2011, au cours duquel elle est amenée à prendre en soin un grand nombre de patients. Les séances d'art-thérapie répondent à l'objectif général de l'équipe pluridisciplinaire centré sur l'amélioration de la qualité de vie des malades.

1. L'art-thérapeute choisit la méthode contemplative auprès des patients cancéreux en fin de vie.

Compte tenu de l'extrême fatigue des patients affaiblis par la diminution de leurs facultés physiques et cognitives, l'art-thérapeute oriente ses prises en soin vers le mode contemplatif, en jouant du violoncelle auprès des malades. Le répertoire choisi tient compte de leur personnalité et de leurs pénalités. En apportant les éléments nécessaires à la contemplation, l'art-thérapeute a pour objectif d'impliquer activement chaque patient dans la réception de l'œuvre musicale. Si le ressenti corporel entre en jeu dans l'acte de contempler, le patient qui écoute une œuvre peut également s'engager dans une dynamique relationnelle à travers différentes formes d'expression dont certaines dépassent les seuls mots du langage. De plus, la mobilisation de ses sens peut générer une émotion et susciter un sentiment esthétique susceptible de le transformer en profondeur.

2. L'art-thérapeute illustre l'impact positif de l'art-thérapie à dominante musicale à travers plusieurs études de cas dont l'une concerne une patiente cancéreuse du service.

Le cas présenté ici à titre d'exemple illustre l'impact positif du travail de l'art-thérapeute au sein de l'Unité : Madame Monique, accueillie dans le service, souffre d'un cancer du poumon avec métastases osseuses, hépatiques et cérébrales. Elle est indiquée en art-thérapie par le médecin chef de service pour diminuer sa forte angoisse*. L'art-thérapeute fixe son objectif général de prise en soin sur cette diminution et détermine trois objectifs intermédiaires : revigorer la saveur* existentielle, simuler l'élan corporel, et restaurer la confiance, l'affirmation et l'estime de soi.

Les deux premières séances font réagir très positivement Mme Monique, très sensible aux vibrations du violoncelle et à la beauté des œuvres musicales. Fervent mélomane, son mari la rejoint dès la 2^{ème} séance et participe activement aux activités avec sa femme, dans une joie commune. La dernière séance en revanche isole la patiente de son époux : celui-ci en effet oriente avec enthousiasme le choix des pièces musicales et s'absorbe totalement dans l'activité, oubliant sa femme dont l'art-thérapeute perçoit la tristesse.

L'évaluation de la prise en soin réalisée par l'art-thérapeute montre que les objectifs intermédiaires ont été globalement atteints. L'objectif général - la diminution de l'angoisse* - est atteint au cours des deux premières séances puis régresse à la troisième séance. Cet objectif a cependant évolué positivement sur l'ensemble de la prise en soin. Les observations de l'équipe soignante ont confirmé cet impact positif avec une augmentation « après- séance » du bien-être de la patiente. L'art-thérapie a donc bien contribué à améliorer sa qualité de vie*.

B. Dans son mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-Thérapie de la Faculté de Médecine de Tours, Anne Bomer présente une expérience d'art-thérapie à dominante musique dans le service d'hématologie et d'oncologie du C.H.R.U de Tours Bretonneau.

Le service d'oncologie et d'hématologie du C.H.R.U de Tours Bretonneau accueille des patients cancéreux répartis dans deux unités fonctionnelles - l'hospitalisation complète et l'Unité Stérile de Soins Intensifs (U.S.S.I) – dont l'une est réservée à ceux qui présentent une hémopathie maligne (cancer du sang). Anne Bomer est accueillie au sein de l'équipe pluridisciplinaire dans le cadre d'un stage d'art-thérapie à dominante musique réalisé en 2005, dont l'objectif est l'amélioration de la qualité de vie* des patients. Ceux-ci sont indiqués à l'art-thérapeute par l'équipe soignante ou bénéficient d'une prise en soin à leur demande validée par l'équipe.

1. L'art-thérapeute cible ses interventions auprès des patients du service sur la lutte contre la douleur.

Les séances d'art-thérapie s'intègrent au traitement de la douleur des malades réalisée par le Centre de la douleur de l'hôpital. L'art-thérapeute contacte le médecin du Centre pour la guider dans son travail et dans sa recherche bibliographique. Elle établit avec lui une fiche d'observation de la douleur réservée aux patients très douloureux. Les autres patients sont évalués plus simplement en début et en fin de séance grâce à une Échelle d'Évaluation de la Douleur (EVA). L'art-thérapeute définit l'objectif thérapeutique après concertation avec l'équipe pluridisciplinaire. Celle-ci lui fournit aussi tous les renseignements nécessaires avant et pendant chaque prise en soin.

2. L'art-thérapeute illustre l'impact positif de l'art-thérapie à dominante musique à travers plusieurs études de cas dont l'une est citée en exemple.

L'exemple relaté ici évoque le cas de Mme Michèle G. atteinte d'une leucémie aigüe : la patiente, douloureuse, est mise sous morphine pendant toute la durée de son hospitalisation, du 24 au 30 mars 2005. Sa souffrance physique s'accompagne aussi d'une souffrance morale qui s'exprime sous la forme d'un syndrome dépressif pour lequel elle reçoit également un traitement. La prise en soin en art-thérapie se déroule en trois séances individuelles. Indiquée par l'équipe soignante, elle s'élabore autour de plusieurs objectifs généraux : l'investissement dans l'activité artistique pour une meilleure qualité et un confort de vie, la revalorisation de l'image de soi ainsi que l'acquisition d'une technique.

Au cours de la première séance, la patiente commence l'apprentissage de la guitare avec l'art-thérapeute. Elle exprime très vite son plaisir de jouer sur l'instrument et se concentre entièrement sur l'activité. Elle s'applique à poursuivre ensuite son entraînement seule pour préparer la séance suivante, au cours de laquelle l'art-thérapeute est témoin de ses progrès. Mme Michèle G., qui a pris soin de son apparence physique à cette occasion, choisit aussi plusieurs chansons populaires qu'elle souhaite chanter tout en s'accompagnant de la guitare. La dernière séance confirme l'implication de la patiente dans l'apprentissage instrumental. L'art-thérapeute lui propose d'autres chansons populaires pour lui permettre de jouer avec son

mari, amateur d'harmonica. Mme Michèle approuve avec joie et exprime à toute sa famille le bien-être ressenti en art-thérapie, une fois la séance terminée.

Le bilan de la prise en soin montre une diminution systématique de la douleur ressentie par la patiente en fin de séance comparée à celle du début. Les deux premiers objectifs généraux – l'investissement dans l'activité artistique pour une meilleure qualité et un confort de vie ainsi que la revalorisation de l'image de soi - ont tous été atteints. Le dernier objectif centré sur l'acquisition d'une technique est atteint mais nécessite la poursuite de l'apprentissage. L'art-thérapie a bien contribué à l'amélioration de la qualité de vie de la patiente au cours de son hospitalisation.

Dans la continuité de ces deux expériences, la deuxième partie de ce mémoire présente la mise en place d'un nouvel atelier d'art-thérapie à dominante musicale auprès de patients cancéreux en milieu hospitalier.

Deuxième partie :

Un atelier d'art-thérapie à dominante musicale est proposé aux patients cancéreux du Centre hospitalier de Neufchâteau.

I Le centre hospitalier de l'Ouest Vosgien répond aux différentes missions de l'hôpital public.

A. L'hôpital public doit répondre à plusieurs missions¹¹¹.

Partie intégrante du secteur public hospitalier, l'hôpital public remplit une mission de service public contrôlé par l'État, comprenant la prévention, l'enseignement, la recherche, la qualité des soins et la sécurité. Prenant appui sur un certain nombre de valeurs que sont l'égalité, la neutralité, la continuité et l'adaptabilité des soins aux malades, l'hôpital public regroupe les centres hospitaliers régionaux, ainsi que les centres hospitaliers et les hôpitaux locaux. Ces derniers doivent à la fois assurer des services diagnostiques et promulguer des soins aigus dans le domaine de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique. Ils doivent également pourvoir aux soins de longue durée réservés aux personnes âgées très dépendantes et aux soins de suite (soins continus dispensés dans un but de réinsertion).

B. Le pôle médecine de l'hôpital de Neufchâteau accueille des patients cancéreux dans le cadre du réseau Oncolor*.

Au sein des centres hospitaliers régionaux, Le Centre hospitalier de l'Ouest Vosgien¹¹² est un établissement public créé le 1 janvier 2013, doté d'une capacité de 697 lits et places. Il regroupe 4 sites différents : un Centre Hospitalier Siège Social à Neufchâteau, ainsi qu'un Centre Hospitalier, un Établissement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) et une Unité de Soins de Longue Durée (USLD) à Vittel. À Neufchâteau, le pôle Médecine de l'hôpital occupe une place prépondérante dans l'établissement. Organisé en différents services, il accueille notamment des patients cancéreux dans le cadre de la mise en place du réseau Oncolor*, auquel le centre hospitalier de Neufchâteau est adhérent : ces patients peuvent ainsi suivre leur traitement de chimiothérapie* à l'Unité Médicale de Chirurgie Ambulatoire (UMCA), ou être accueillis dans les services de Médecine A et de Médecine B dans le cadre d'une hospitalisation qui parfois peut conduire au décès avec l'évolution de la maladie.

A l'UMCA, le déroulement des traitements de chimiothérapie* en ambulatoire* suit un protocole rigoureux : accueillis en salle de chimiothérapie* dès le matin, ceux-ci rencontrent ensuite le médecin et l'infirmière dans une petite salle jouxtant le poste infirmier, pour une consultation individuelle¹¹³ qui vérifie le bon déroulement du traitement et contrôle l'apparition de la moindre anomalie. Après cette visite, chaque patient rejoint la salle de chimiothérapie* et reçoit son traitement aux côtés des autres patients, avant de quitter le service et de rejoindre son domicile. Parfois, l'état du patient nécessite une prise en charge plus spécifique dans l'une des chambres individuelles du service réservée à cet effet. Par

¹¹¹ Disponible sur le site web : <http://www.hopital.fr/Hopitaux/Nos-missions> consulté en août 2013

¹¹² Disponible sur le site web : http://etablisements.hopital.fr/annuaire_hopital.php?id=6148 consulté en février 2013.

¹¹³ COLLECTION Guides d'information cancer INFO, *Comprendre la chimiothérapie*, 2008 : éditions Institut National du Cancer, p ; 69.

ailleurs, lorsque l'évolution de la maladie demande une hospitalisation plus longue, les malades cancéreux sont hospitalisés dans les services de Médecine, où ils bénéficient de la surveillance et des traitements adéquats : leurs journées sont rythmées par les interventions régulières des soignants - soins, examens, visites médicales, toilettes - mais aussi par les visites familiales ou amicales et les repas. C'est dans ce cadre, après prise de contact avec Mme le Docteur Santangelo - praticien hospitalier en charge des patients cancéreux - puis entretien avec la cadre de santé du service de l'UMCA, qu'a été mis en place le stage d'art-thérapie à l'hôpital de Neufchâteau pour améliorer la qualité de vie* des malades atteints d'un cancer.

II Plusieurs patients cancéreux du pôle médecine de l'hôpital de Neufchâteau sont pris en soin en art-thérapie à dominante musicale sur indication médicale.

A. Les prises en soin en art-thérapie à dominante musicale ont lieu à l'UMCA ou en chambre sur indication médicale.

Le stage d'art-thérapie à dominante musicale s'est déroulé dans la période du 19 novembre 2012 au 26 février 2013, une semaine sur deux, les lundis, mardis et jeudis, de 8h30 à 16h30, au pôle Médecine du Centre hospitalier de Neufchâteau : à l'UMCA, chaque patient indiqué par le médecin ou par l'équipe soignante a été vu individuellement lors de son arrivée dans le service pour une première prise de contact avec l'art-thérapeute stagiaire¹¹⁴. A cette occasion, il a reçu une information sur la possibilité et le déroulement d'une prise en soins en art-thérapie à dominante musicale. Cette prise de contact a été complétée par la distribution d'une plaquette d'information également affichée en salle de chimiothérapie*. Au cours de cet entretien, les patients volontaires ont exprimé leurs goûts ainsi que leurs intentions artistiques et sanitaires, puis ont donné leur accord pour une prise en soins en art-thérapie qui compléterait leur traitement habituel à l'UMCA. Au regard de leurs intentions, de la consultation du dossier médical et de l'indication de l'équipe soignante, l'art-thérapeute a fixé les objectifs thérapeutiques pour chaque patient et établi une stratégie pour les atteindre. Les séances d'art-thérapie se sont déroulées dans une salle d'environ 20 m² située à l'entrée du service, contenant un fauteuil de relaxation, une table et des chaises, ainsi que le matériel mis en place par l'art-thérapeute pour les activités musicales : un piano-synthétiseur et un instrumentarium composé d'instruments à percussion pour l'accompagnement des chansons, un large jeu de partitions et de textes de chansons de style et d'époque variés, et un ordinateur branché sur deux haut-parleurs pour les auditions. Les séances ont eu lieu avant ou pendant la chimiothérapie, en fonction des impératifs liés au traitement et de l'organisation des soins. Leur durée et leur périodicité ont été adaptées à cette organisation et à la fatigabilité du patient. Certaines séances se sont déroulées en chambre individuelle lorsque l'état du patient l'a nécessité.

La prise en soin en art-thérapie des patients hospitalisés dans les services de Médecine a suivi le même processus qu'à l'UMCA, avec quelques aménagements. Les séances, de durée

¹¹⁴ Pour alléger la lecture, le terme « art-thérapeute stagiaire » sera désormais remplacé par le terme « art-thérapeute » dans le corps du texte, à entendre comme art-thérapeute dans le cadre du stage d'art-thérapie.

variable et adaptées à chaque malade, se sont déroulées dans leur chambre, chaque jour pendant la durée de l'hospitalisation. Le matériel qui a accompagné les activités d'art-thérapie – baladeur branché sur deux haut-parleurs, jeu de partitions et textes de chansons - a permis les nombreux déplacements dans les services.

Pour illustrer l'ensemble de sa démarche au cours de son stage auprès des patients cancéreux de l'hôpital, l'art-thérapeute a choisi de présenter deux études de cas : le premier fait état d'une prise en soin auprès d'une patiente de l'UMCA, le second concerne une patiente hospitalisée du service de Médecine A.

B. Mme F. est prise en soin en art-thérapie à dominante musicale à l'UMCA de l'hôpital de Neufchâteau sur indication médicale.

Mme F. est prise en soin à l'UMCA de l'hôpital de Neufchâteau depuis 1996 pour un carcinome mammaire (cancer du sein) avec évolution métastatique hépatique, pulmonaire et osseuse. En raison d'une anxiété* importante, elle est adressée à l'art-thérapeute en décembre 2012 par le médecin chef de service : elle suit alors sa 8^o cure de chimiothérapie* palliative, qui lui est administrée tous les 15 jours par voie veineuse.

1. L'état de base de la patiente met en évidence une anxiété importante, un isolement et une perte de la confiance en soi qui pénalisent sa qualité de vie.

La première prise de contact individuelle avec Mme F. a lieu le 6 décembre en salle d'art-thérapie. L'art-thérapeute a pour objectif de cerner avec davantage de précisions les pénalités qui nuisent à sa qualité de vie*, de l'informer sur l'art-thérapie et de lui proposer une prise en soin en accord avec l'indication du médecin chef de service. Âgée de 69 ans, Mme F. évoque peu sa pathologie pendant cette rencontre, mais parle d'emblée de la maladie d'Alzheimer de son époux, dont elle s'occupe à domicile depuis 2 ans ; cela lui cause une grande anxiété* qui l'empêche de se concentrer et nuit à son quotidien. Elle se plaint « d'avoir la tête ailleurs » et d'être perpétuellement préoccupée par son mari. Très inquiète, elle considère l'avenir avec crainte et incertitude. D'un point de vue médical en revanche, Mme F. supporte bien par son traitement de chimiothérapie*. Elle aimerait rencontrer des amis, ou avoir des échanges avec les autres, mais ses obligations familiales et médicales le lui permettent peu : elle ne sort quasiment pas, « de peur qu'il arrive quelque chose à son mari en son absence ». Isolée, Mme F. a donc rarement l'occasion de se détendre et de se changer les idées. Ses loisirs se réduisent à la variété et à la chanson française qu'elle écoute régulièrement chez elle à la radio ou sur ses disques préférés. L'essentiel de sa vie sociale gravite donc autour de son époux, lui-même en proie à de grosses difficultés de communication* et de relation* en raison de sa pathologie. Mme F. souffre à la fois de son anxiété* et de son isolement. Après avoir été informée de l'art-thérapie, elle accepte une prise en soin qu'elle pourra suivre à l'UMCA tous les 15 jours en complément de son traitement médical.

2. A l'aide de l'opération artistique, l'art-thérapeute établit une stratégie thérapeutique dont l'objectif général est la restauration de la confiance en soi et les objectifs intermédiaires sont la diminution de l'anxiété* et la socialisation.

Au regard de l'indication en art-thérapie du médecin chef de service, de la consultation du dossier médical, de l'histoire de vie et des difficultés exprimées par la patiente lors de la première prise de contact, l'art-thérapeute utilise l'opération artistique¹¹⁵ pour localiser les sites d'action (mécanismes humains défaillants) et établir une stratégie thérapeutique en vue d'atteindre l'objectif général qu'il aura déterminé.

Pour Mme F., les **sites d'action** sont localisés en **phases 3 et 4** (anxiété, difficulté de concentration), en **phases 5 et 6** (perte de confiance en l'avenir, soucis qui paralysent et empêchent la réalisation de projets), et en **phase 8** (les soucis et les impératifs de soins isolent et pénalisent la vie sociale).

S'appuyant sur l'indication du médecin chef de service, l'art-thérapeute fixe **l'objectif thérapeutique général** sur **la restauration de la confiance en soi**, et les **objectifs intermédiaires** sur **la diminution de l'anxiété*** et **la socialisation**.

La stratégie thérapeutique envisagée consiste à apporter des gratifications sensorielles (**phase 1**) à la patiente susceptibles de procurer une détente (**phase 3**) et de stimuler son intérêt pour l'activité (**phase 3-4**), pour l'engager dans une réalisation artistique (**phases 5-6**) qui la fasse entrer dans une dynamique relationnelle (**phase 8**) et la sorte de son isolement, tout en mobilisant son corps moteur (**phases 5-6**) et son esprit (**phase 4**), de façon à court-circuiter ses soucis et son anxiété (**phase 3-4**), et lui permettre de retrouver la confiance en soi (**phase 6**) en s'engageant dans l'avenir (**phase 5-6**).

Sur la base des intentions sanitaires et artistiques exprimées lors du premier contact, l'art-thérapeute fait le choix d'une dominante musicale pour les séances, avec le chant comme phénomène associé : la méthode envisagée consistera à faire écouter à Mme F. des chansons qu'elle choisira en fonction de ses goûts à partir d'un support audio, ou bien chantées et accompagnées au piano par l'art-thérapeute. L'heure et la durée des séances, autour de 30 minutes, tiendront compte des impératifs dus au déroulement de la chimiothérapie et au fonctionnement du service lui-même, parfois très bousculé. Le but sera si possible de l'entraîner dans la réalisation artistique en chantant ensemble.

3. La fiche d'observation permet de rendre compte de l'engagement progressif du corps moteur de la patiente dans l'activité artistique.

Pour rendre compte du déroulement de la prise en soin, l'art-thérapeute a établi une fiche d'observation¹¹⁶ complétée systématiquement après chaque séance. Sur cette fiche figurent plusieurs items (plus petite unité observable) avec leur cotation, élaborés en fonction des objectifs thérapeutiques établis : ainsi, pour apprécier la progression vers le premier **objectif intermédiaire - diminuer l'anxiété*** - il s'agira d'observer l'évolution de **l'état émotionnel**, ainsi que la progression de **l'intérêt pour l'activité** qui permettra d'apprécier le degré d'**implication mentale** en séance. On observera également le **corps moteur** avec les items relatifs à la **détente corporelle**, ainsi que la **communication* non verbale** pour affiner

¹¹⁵ Annexe 2 : L'opération artistique.

¹¹⁶ Annexe 3 : Modèle de fiche d'observation.

les observations sur le **niveau d'intérêt et de détente** pendant la prise en soin. La progression vers le second **objectif intermédiaire – la socialisation** – sera évaluée à l'aide de plusieurs items relatifs à **l'implication relationnelle** au cours de l'activité. Enfin, l'évolution vers **l'objectif général – la restauration de la confiance en soi** – sera appréciée à l'aide de plusieurs items liés à **l'implication du corps moteur** en séance. L'observation des **capacités artistiques et esthétiques** permettra de mesurer le degré d'**implication dans le phénomène artistique**. Enfin, seront observées les **capacités psychiques** pour compléter l'appréciation du niveau de progression vers l'objectif général.

Au cours du stage, l'art-thérapeute voit 4 fois Mme F. en art-thérapie, tous les quinze jours au moment de son traitement, avec un intervalle de temps plus long entre les séances 2 et 3 lié aux impératifs de sa formation. La fiche d'observation rend compte du déroulement de ces 4 séances, établi en fonction des observations effectuées par l'art-thérapeute :

Séance 1 :

Temps d'accueil : Mme F., prête, entre dans la salle d'art-thérapie et s'installe d'emblée sur le fauteuil de relaxation.

Temps de l'activité : Mme F. demande d'abord à écouter la voix d'Adamo qu'elle apprécie beaucoup. Elle sélectionne la chanson « Tombe la neige », puis « J'ai un ami ». Tout en écoutant, elle rappelle qu'elle avait 16 ans à l'époque puis se tait et reste immobile, sa tête est légèrement relevée dans le fauteuil, son corps semble raide et crispé. Son regard reste fixé sur la source sonore. Mme F. demande ensuite à l'art-thérapeute de chanter plusieurs chansons pour elle. Elle choisit « Octobre » de Francis Cabrel, « Aimer » de Jean Ferrat, « La tendresse » de Jacques Brel, « Chaque jour de plus » de Michel Fugain et « Les Champs Élysées » de Joe Dassin. Elle écoute l'ensemble en silence, sans mouvements, tout en regardant attentivement l'art-thérapeute chanter et jouer du piano. Mme F. montre cependant quelques signes de nervosité, et sursaute lorsque la housse du piano glisse de son support et tombe à terre.

Fin de la séance : Mme F. fait remarquer que lorsqu'elle entend le chant en direct avec le piano, « c'est différent des CD de tout à l'heure, là, on voit, on regarde, on écoute ! ». Elle précise que la séance lui a fait du bien, mais qu'elle a toujours ses soucis en arrière plan. Elle donne son accord pour une prochaine séance d'art-thérapie, à la date de son prochain traitement à l'UMCA.

Prochaine séance envisagée : il est envisagé d'amener progressivement Mme F. à la réalisation d'une activité artistique en l'invitant à chanter, accompagnée par le piano et par la voix de l'art-thérapeute.

Prise de contact avec l'EMSP (équipe mobile de soins palliatifs) : constatant la difficulté de Mme F. à se décentrer de ses préoccupations, l'art-thérapeute contacte l'EMSP de l'hôpital et demande un soutien psychologique pour cette patiente en complément de l'art-thérapie, sous réserve de son accord. Il n'a pas obtenu ensuite d'information particulière sur le résultat de cette démarche.

Séance 2 :

Temps d'accueil : 15 jours plus tard, Mme F. accepte volontiers de venir art-thérapie avant la mise en route de son traitement. L'art-thérapeute s'informe de son état. La patiente dit d'abord se sentir mieux et plus reposée par rapport à la séance précédente. Elle évoque ensuite ses difficultés relationnelles avec son mari, ajoutant qu'elle s'énerve vite et pleure souvent.

Elle précise qu'elle ne sort pas lorsqu'il est à la maison, de peur « qu'il ne lui arrive quelque chose ! ».

Temps de l'activité : en entrant dans la salle, Mme F. remarque immédiatement les instruments de musique posés sur la table, elle s'approche et saisit un œuf-maracasse, qu'elle observe avec attention et intérêt. Elle pose quelques questions sur cet instrument et sourit, avant de s'installer dans le fauteuil. Elle demande d'abord une chanson de Georges Brassens et choisit « Le fantôme », qu'elle ne connaît pas mais accepte de découvrir. Mme F. écoute attentivement, sans mouvements et en silence, le corps et le regard orientés vers la source sonore. Elle réagit par quelques mots, une fois la chanson terminée : « elle est pas mal ! ». Elle demande ensuite à l'art-thérapeute d'interpréter devant elle « l'Auvergnat », du même auteur, car elle aime particulièrement cette chanson. Celui-ci lui confie le texte du chant et lui propose l'œuf maracasse qu'elle avait admiré en début de séance. Mme F. agite sa percussion instinctivement un bref instant, puis se concentre sur les paroles du chant. Elle abandonne l'accompagnement rythmique puis se met à chanter tout en lisant le texte. L'art-thérapeute s'aperçoit qu'elle semble éprouver des difficultés à lire les paroles. Elle chante malgré tout la totalité du chant, timidement, d'une voix hésitante et mal assurée. Elle fait remarquer ensuite qu'elle « chante comme une casserole », et évoque des problèmes de vue récents qu'elle attribue à la chimiothérapie. L'art-thérapeute lui propose pour la prochaine fois d'apporter des textes plus adaptés à ses problèmes visuels, ce à quoi elle répond qu'il est inutile de s'embêter pour cela. Il l'invite ensuite à reprendre la chanson avec lui, lentement et sans crainte, lui assurant que sa voix et le piano sont là pour l'accompagner et l'aider à chanter : elle accepte et reprend de nouveau d'une voix plus sûre et avec une meilleure articulation.

Fin de la séance : Mme F. remarque ensuite qu'elle ne pense plus à ses soucis lorsqu'elle chante. Elle trouve qu'elle se concentre mieux lorsqu'elle écoute ou interprète une musique qu'elle aime, et ajoute en souriant que la séance lui a fait du bien. Avant de partir, elle évoque de nouveau sa situation familiale et confie certaines de ses difficultés.

Nouvel item pratique : Mme F. ayant pour la première fois accepté de découvrir une chanson inconnue, l'art-thérapeute ajoute le nouvel item pratique « **ouverture à l'inconnu** » pour affiner l'évaluation de la **confiance en soi**, à l'intérieur des **capacités psychiques** de la patiente (la cotation de cet item sera présenté partie 4) : **Confiance en soi (b) : b- ouverture à l'inconnu O**

Prochaine séance envisagée : il s'agit de poursuivre l'écoute des chansons choisies par la patiente en fonction de ses goûts, et de l'aider à se lancer progressivement dans la réalisation artistique en chantant avec l'art-thérapeute à l'aide de textes adaptés à ses difficultés visuelles.

Séance 3 :

Temps d'accueil : Mme F. revient dans le service pour poursuivre sa 8^{ème} cure de chimiothérapie. La journée s'annonçant très chargée dans le service, l'art-thérapeute convient avec l'infirmière du moment le plus opportun pour la séance d'art-thérapie. Celle-ci ajoute qu'il lui faudra interrompre l'activité à certains moments pour vérifier le bon déroulement du traitement. En arrivant dans la salle, la patiente déclare allez bien et s'installe dans le fauteuil.

Temps de l'activité : Mme F. demande d'abord à écouter Dalida : elle choisit sur une liste « Fini la comédie » qu'elle ne connaît pas, puis « Il venait d'avoir 18 ans ». A plusieurs reprises, l'activité est perturbée par la sonnerie de la poche et par l'entrée de l'infirmière sans que cela paraisse gêner la concentration de la patiente, continuellement attentive et silencieuse, la tête appuyée sur le fauteuil, le regard tournée vers la source sonore et les mains

croisées sur son ventre. Elle demande ensuite à l'art-thérapeute d'interpréter plusieurs chansons en ajoutant : « J'aime bien vous entendre chanter ! ». Elle choisit « La montagne » de Jean Ferrat, « L'encre de tes yeux » de Francis Cabrel, et « La langue de chez nous » d'Yves Duteil. Mme F. écoute le 1^{er} chant et regarde continuellement l'art-thérapeute en observant attentivement le jeu de ses mains sur l'instrument. Lorsqu'il a terminé, elle s'exclame avec un grand sourire : « Bravo ! », et applaudit. Celui-ci enchaine avec « L'encre de tes yeux » et lui tend le texte de Cabrel en gros caractères, en l'invitant à chanter avec lui. Mme F. saisit la feuille et suit le texte en chantant doucement. Elle interprète ensuite « La langue de chez nous » toujours avec l'art-thérapeute. Sur certaines phrases, elle laisse sortir sa voix, de façon plus assurée que pour le chant précédent, avec une meilleure articulation et davantage d'intention expressive. Cependant, elle semble éprouver encore quelques difficultés à déchiffrer le texte, et se perd par moments malgré la taille des caractères sur la feuille. L'art-thérapeute s'approche d'elle et chante à ses côtés en suivant du doigt le déroulement des paroles. Il l'invite ensuite à reprendre l'ensemble plus lentement, avec le soutien de sa voix et du piano. Cette fois, la patiente parvient à chanter le tout en déchiffrant le texte sans se perdre.

Fin de la séance : elle remarque que « ça fait du bien ! » en souriant. Elle apprécie aussi les temps d'échanges pendant l'activité. Elle se sent alors moins seule qu'à la maison, où ses soucis reprennent le dessus. Elle confie des craintes d'ordre médical relatives à sa vue, ajoutant qu'elle hésite à poser des questions au médecin de peur de la réponse. Avant de quitter Mme F., l'art-thérapeute l'invite à prendre soin d'elle et à s'accorder du temps personnel : elle y consent mais ajoute que l'art-thérapie lui apporte davantage de bénéfices. Elle constate avec plaisir que cette séance lui a paru bien plus courte qu'en réalité, puis convient d'un rendez-vous dans 15 jours, date de son prochain traitement.

Nouvel item pratique : pour affiner son observation, l'art-thérapeute ajoute un nouvel item pratique au faisceau d'items **Intérêt pour l'activité** (sa cotation sera présentée partie 4) : **Perception subjective de la durée de la séance (O)**

Prochaine séance envisagée : il est envisagé de poursuivre l'écoute de chansons, de reprendre une chanson déjà travaillée à l'aide d'un texte adapté à aux difficultés visuelles de la patiente ou de l'engager avec l'art-thérapeute dans une réalisation artistique nouvelle. La conduire si possible vers une recherche esthétique : travailler la justesse, l'articulation et l'expressivité du texte.

Séance 4 :

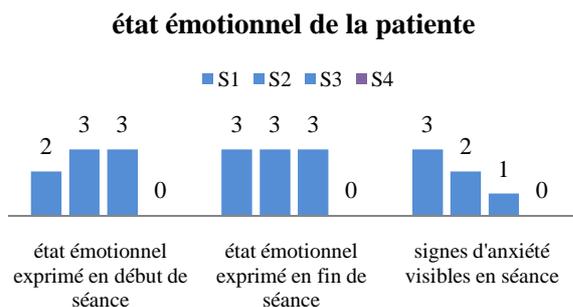
Temps d'accueil et annulation de la séance : lorsque l'art-thérapeute propose sa 4^e séance d'art-thérapie à Mme F., celle-ci paraît perturbée et inquiète. Pour la première fois, elle déclare préférer ne pas venir, ajoutant que « ça change pas grand-chose ! ». En consultant son dossier médical, il apprend que ses problèmes de vue se sont fortement aggravés. Me F. s'est plainte aussi de nombreux vertiges lors de sa consultation médicale à son arrivée dans le service, et le dossier note la présence d'une forte anxiété consécutive à cet état. La séance est annulée.

Dernière rencontre : l'art-thérapeute reverra une dernière fois Mme F. dans le service au cours de son stage, mais celle-ci s'apprête à s'en aller et à rejoindre son taxi qui l'attend. D'autres séances d'art-thérapie ont eu lieu en effet avec des patients de l'U.M.C.A, ainsi qu'avec une patiente hospitalisée en médecine A indiquée par le médecin ce matin-là.

4. L'évaluation, le bilan et la synthèse des séances de Mme F. semblent montrer une progression non aboutie de son état de base vers l'objectif fixé par l'art-thérapeute, au regard de la stratégie thérapeutique établie.

Évaluation : Les observations des séances d'art-thérapie permettent ensuite à l'art-thérapeute de procéder à la mesure des items ou faisceaux d'items théoriques de la fiche d'observation, ainsi qu'à celle des items pratiques rajoutés au cours des séances d'art-thérapie. Les diagrammes suivants font apparaître l'ensemble de ces mesures tout au long de la prise en soin, avec les légendes correspondantes :

Graphique 1 : prise en soin de Mme F. - état émotionnel F.I :

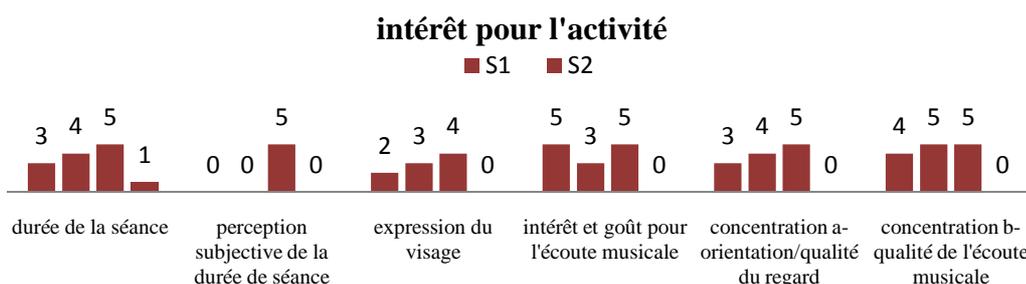


Légende : 0 = non évalué F.I = faisceaux d'items / O = items objectifs / I= items interprétés

<p>État émotionnel exprimé en début de séance O :</p> <p>État émotionnel exprimé en fin de séance O :</p> <p>Signes d'anxiété* visibles en séance O :</p>	<p>1- parle d'un mal être 2- n'exprime rien 3- parle d'un bien-être</p> <p>1- parle d'un mal être 2- n'exprime rien 3- parle d'un bien-être</p> <p>1- concentrée et calme toute la séance 2- souvent concentrée et calme 3- nerveuse occasionnellement mais parvient à se concentrer une partie de la séance 4- souvent nerveuse et agitée 5- nerveuse et agitée continuellement</p>
---	--

Le **graphique 1** montre une **diminution progressive des signes d'anxiété*** au cours de la prise en soin alors que **l'état émotionnel** exprimé par la patiente reste **stable** et témoigne d'un **bien-être** en séance.

Graphique 2 : prise en soin de Mme F. - intérêt pour l'activité F.I :

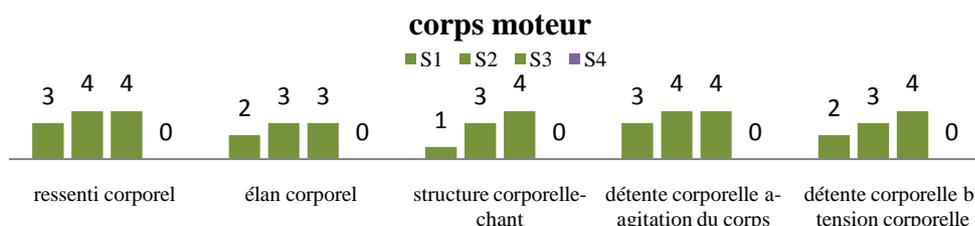


Légende : 0 = non évalué F.I = faisceaux d'items / O = items objectifs / I= items interprétés

- Durée de la séance O :** 1- refuse la séance 2- de 0 à 5 minutes 3- de 10 à 15 minutes 4- de 20 à 30 minutes 5- plus de 30 minutes
- Perception subjective de la durée de la séance O :** 1- très supérieure à sa durée objective 2- supérieure à sa durée objective 3- égale à sa durée objective 4- inférieure à sa durée objective 5- très inférieure à sa durée objective
- Expression du visage I :** 1- visage sombre ou fermé 2- visage triste ou préoccupé 3- visage parfois animé 4- visage souvent animé 5- visage enthousiaste
- Intérêt et goût pour l'écoute musicale O :** 1- ne demande aucune écoute musicale 2- demande 1 écoute musicale 3- demande 2 écoutes musicales 4- demande de 2 à 4 écoutes musicales 5- demande plus de 4 écoutes musicales
- Concentration (a-b) F.I :**
- a- orientation et qualité du regard O :** 1- regard absent détourné de la source sonore 2- regard dispersé sans cesse en mouvement 3- regard parfois détourné de la source sonore 4- regard souvent attiré orienté vers la source sonore 5- regard intensément fixé sur la source sonore
- b- qualité de l'écoute musicale O :** 1- parle sans cesse pendant la séquence musicale 2- parle souvent pendant la séquence musicale 3- parle parfois pendant la séquence musicale 4- parle très peu pendant la séquence musicale 5- garde le silence pendant la séquence musicale

Le graphique 2 montre une **progression importante de l'intérêt pour l'activité** : la **durée des séances augmente nettement**, l'**expression du visage** traduit une **plus grande animation**, la **concentration** progresse. **L'intérêt et le goût pour l'écoute musicale** est élevé en S1 et S3, **plus faible** en S2. L'item qui concerne la **perception subjective de la durée de la séance** n'est pas significatif pour l'analyse, car évalué qu'une seule fois en S3. Il peut simplement corroborer **l'intérêt pour l'activité** en S3.

Graphique 3 : prise en soin de Mme F. - corps moteur F.I :

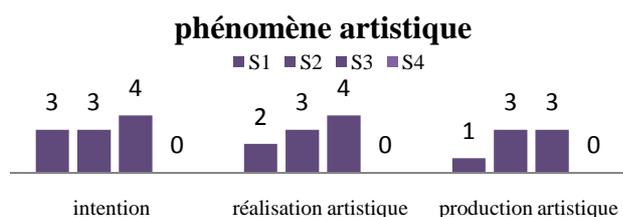


Légende : 0 = non évalué **F.I = faisceaux d'items / O = items objectifs / I= items interprétés**

- Ressenti corporel O :** 1- aucune réaction corporelle visible 2- faible orientation du corps vers la source sonore 3- orientation partielle du corps vers la source sonore 4- orientation globale du corps vers la source sonore 5- modification radicale de la position corporelle vers la source sonore
- Élan corporel O :** 1- inexistant 2- faible 3- moyen 4- marqué 5- total
- Structure corporelle O :** 1- aucune mobilisation visible de la structure corporelle 2- très légers mouvements des lèvres pour chanter 3- murmure le chant 4- chante à voix haute 5- chante à voix haute et se lève
- Détente corporelle (a-b) F.I :**
- a- agitation du corps O :** 1- continuelle 2- fréquente 3- occasionnelle 4- rare 5- inexistante
- b- tension corporelle O :** 1- corps très raide, agrippé au fauteuil 2- corps raide et crispé 3- corps parfois raide et crispé 4- corps relâché, en appui sur le fauteuil 5- corps totalement relâché et ouvert

Le graphique 3 fait apparaître un **investissement progressif du corps moteur** dans l'activité artistique à travers une **progression du ressenti**, de l'**élan** et surtout de la **structure corporelle**. La **détente corporelle** augmente à travers une **baisse de l'agitation** et une **diminution significative des tensions du corps**.

Graphique 4 : prise en soin de Mme F. - phénomène artistique F.I :

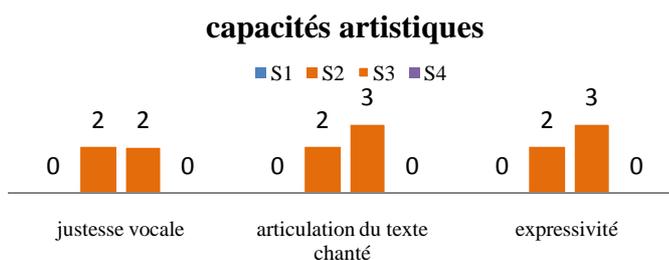


Légende : 0 = non évalué **F.I** = faisceaux d'items / **O** = items objectifs / **I** = items interprétés

- Intention O :** 1- aucune intention exprimée 2- à peine exprimée 3- présente 4- affirmée 5-enthousiaste
Réalisation artistique O : 1- aucune 2- contemple 3- initie la réalisation d'une activité 4- s'installe plus longuement dans la réalisation d'une activité 5- réalise une activité toute la séance
Production artistique O : 1- aucune 2- Art I 3- vers Art II 4- Art II

Le graphique 4 fait apparaître une **stabilité de l'intention artistique** avec une **légère progression en S3**. La **réalisation artistique s'élabore progressivement de S1 à S3 sans parvenir cependant à une production aboutie**.

Graphique 5 : prise en soin de Mme F. - capacités artistiques F.I :

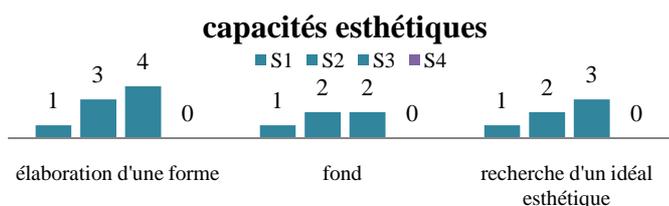


Légende : 0 = non évalué **F.I** = faisceaux d'items / **O** = items objectifs / **I** = items interprétés

- Justesse vocale O :** 1- très approximative 2- approximative 3- correcte 4- bonne 5- excellente
Articulation du texte chanté O : 1- inexistante, texte incompréhensible 2- insuffisante, texte difficilement compréhensible 3- correcte, texte compréhensible 4- bonne, clarté du texte 5- excellente et très soignée
Expressivité I : 1- aucune, chante de façon mécanique 2- insuffisante, chant souvent monotone 3- correcte, phrasé parfois changeant et adapté au texte 4- bonne, phrasé souvent varié et adapté au texte 5- excellente, phrasé en parfaite adéquation avec le texte

Le graphique 5 montre une **augmentation relativement faible des capacités artistiques** : hormis la **justesse vocale** qui reste **stable et approximative**, **l'articulation du texte chanté et l'expressivité accusent une légère progression**.

Graphique 6 : prise en soin de Mme F. - capacités esthétiques F.I :



Légende : 0 = non évalué **F.I** = faisceaux d'items / **O** = items objectifs / **I** = items interprétés

Élaboration d'une forme O :

1- aucune forme visible 2- prémisses d'une forme 3- forme en voie d'élaboration 4- forme élaborée 5- forme élaborée et aboutie

Fond O :

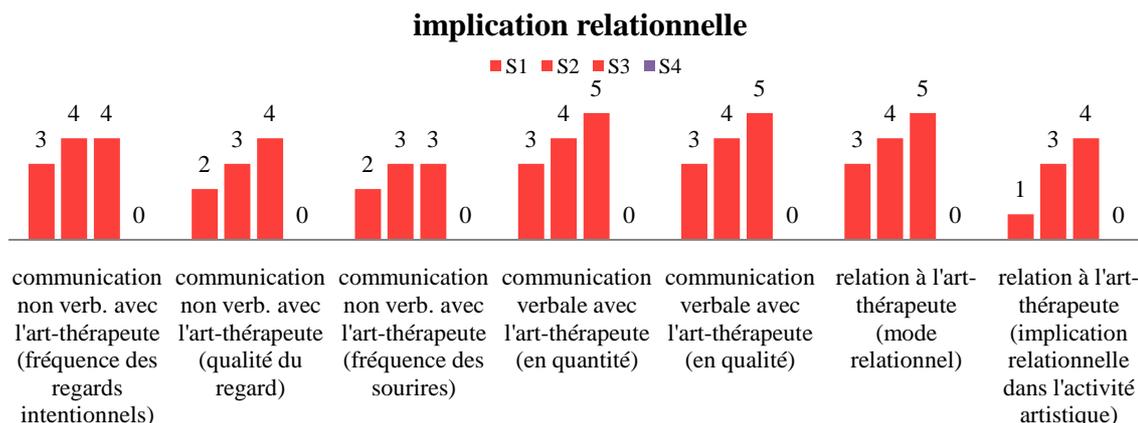
1- aucun 2- mimesis 3- heuristique

Recherche d'un idéal esthétique (équilibre fond/forme) I :

1- inexistante 2- faible 3- occasionnelle 4- forte 5- très forte

Le graphique 6 montre que la patiente **progress** dans sa capacité à **élaborer une forme artistique**. Le **fond** accuse une **progression faible** et se cantonne à la **mimesis**. La **recherche d'un idéal esthétique** à travers l'équilibre du fond et de la forme **progress** **légèrement** mais reste encore **occasionnelle**.

Graphique 7 : prise en soin de Mme F. - implication relationnelle F.I :



Légende : 0 = non évalué F.I = faisceaux d'items / O = items objectifs / I = items interprétés

Communication non verbale avec l'art-thérapeute (a-b-c) F.I :

a- fréquence des regards intentionnels I :

1- très faible 2- faible 3- moyenne 4- élevée 5- très élevée

b- qualité du regard I :

1- hostile et fermé 2- inquiet 3- intéressé 4- animé 5- émerveillé lumineux

c- fréquence des sourires O :

1- aucun 2- rares 3- occasionnels 4- fréquents 5- très fréquents

Communication verbale avec l'art-thérapeute (a-b) F.I :

a- en quantité O :

1- jamais 2- rarement 3- parfois 4- souvent 5- très souvent

b- en qualité O :

1- ne parle pas 2- évoque des banalités 3- propos reliés à l'activité musicale 4- évoque plusieurs soucis personnels 5- se confie avec confiance

Relation (a-b) F.I :

a- mode relationnel (hors-verbal) I :

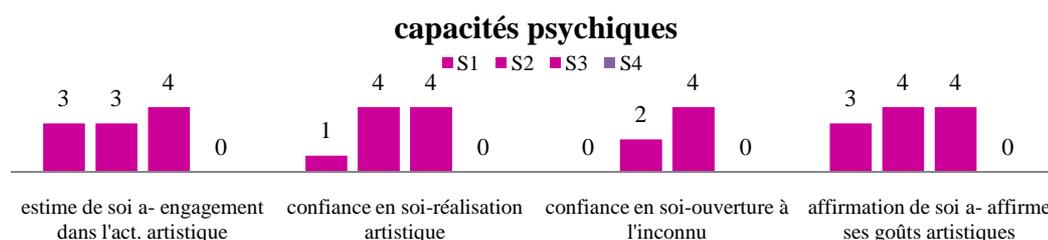
1- hermétique 2- hostile 3- poli ou réservé 4- disponible et agréable 5- impliqué

b- implication relationnelle dans l'activité musicale (sympathie) O :

1- ne chante pas avec l'art-thérapeute 2- chante rarement avec l'art-thérapeute 3- chante occasionnellement avec l'art-thérapeute 4- chante souvent avec l'art-thérapeute 5- chante toujours avec l'art-thérapeute

Le **graphique 7** montre une **progression significative** de l'**implication relationnelle avec l'art-thérapeute** de S1 à S3, tant au niveau de la **communication* non verbale** – la **fréquence des regards intentionnels**, la **qualité du regard** et la **fréquence des sourires augmentent** - qu'au niveau de la **communication* verbale** qui **progress** en **quantité** et en **qualité**. De même, la **relation* à l'art-thérapeute**, illustrée par le **mode relationnel** et par l'**implication relationnelle de la patiente dans l'activité artistique**, **s'améliore** de S1 à S3. En S4 suite au refus de la patiente de venir en séance, aucun de ces items n'est évalué.

Graphique 8 : prise en soin de Mme F. – capacités psychiques F.I :



Légende : 0 = non évalué **F.I** = faisceaux d'items / **O** = items objectifs / **I**= items interprétés

- Estime de soi F.I :**
a- engagement dans l'activité artistique O : 1- aucun engagement dans l'activité artistique 2- hésite à s'engager dans l'activité artistique 3- s'engage timidement dans l'activité artistique 4- s'engage nettement dans l'activité artistique 5- s'engage spontanément et totalement dans l'activité artistique
- Confiance en soi (a) F.I :**
a- réalisation artistique O : 1- aucune réalisation artistique 2- chante le début d'un chant avec l'art-thérapeute 3- chante des extraits de chant avec l'art-thérapeute 4- chante au moins un chant entier avec l'art-thérapeute 5- chante seule un chant entier devant l'art-thérapeute
- b- ouverture à l'inconnu O** : 1- ne demande qu'à écouter des chansons connues 2- accepte avec sollicitation de découvrir 1 chanson inconnue 3- accepte avec sollicitation de découvrir des chansons inconnues 4- accepte d'emblée de découvrir 1 ou des chansons inconnues 5- prend l'initiative de découvrir 1 ou des chansons inconnues
- Affirmation de soi F.I :**
a- affirme ses goûts artistiques O : 1- jamais 2- rarement 3- parfois 4- souvent 5- très souvent

Le graphique 8 illustre une **amélioration des capacités psychiques** : l'estime de soi et l'affirmation de soi progressent légèrement, mais c'est surtout la confiance en soi qui accuse la progression la plus marquée.

Bilan : au regard de l'ensemble de ces éléments, il semble possible de déduire que la prise en soin de Mme F. a évolué **en partie positivement** vers le **premier objectif intermédiaire** – la **diminution de l'anxiété*** - : il paraît probable en effet que les gratifications sensorielles apportées par les écoutes de chansons aient à la fois apporté une détente et nourri l'intérêt de la patiente pour l'activité jusqu'à la séance 3, la détournant de ses préoccupations et de ses soucis, en tout cas au moment des séances d'art-thérapie. Néanmoins, il est à noter que la patiente a refusé la séance 4 et que la séance 5 n'a pas pu avoir lieu. Si les préoccupations générées par la présence de problèmes visuels et de vertiges peuvent en partie expliquer ce refus en S4, il semble probable également que le cadre des séances fixé à 15 jours d'intervalle ne lui ait pas permis de diminuer son anxiété* au quotidien, ce qui apparaît d'ailleurs pendant les moments d'échanges entre la patiente et l'art-thérapeute (voir partie 3) : il aurait sans doute fallu des séances plus nombreuses et surtout plus rapprochées dans le temps pour induire un bénéfice plus durable. Dans le cas présent, l'anxiété alimentée par les soucis habituels a sans doute pris le pas sur les bénéfices immédiats de diminution de l'anxiété* observés au moment des séances. Il semble possible de déduire également que la prise en soin de Mme F. a évolué **en partie positivement** vers le **second objectif intermédiaire** – la **socialisation** - : en s'impliquant dans la relation avec l'art-thérapeute par le biais de l'activité artistique, la patiente est entrée dans une dynamique relationnelle qui a pu l'aider à rompre son isolement. Il est probable également que cela ait pu encourager ses confiances de fin d'activité, celles-ci devenant d'ailleurs de plus en plus personnelles au fur et à mesure de sa prise en soins. Cet élément est aussi significatif d'une amélioration de la **confiance en l'autre** et donc de la **confiance en soi**, qui constitue l'**objectif général de la prise en soin**. D'un autre côté, là encore le cadre des séances fixé à quinze jours d'intervalle semble être un frein

pour qu'une progression marquée de la dynamique relationnelle ait pu s'installer durablement dans la vie quotidienne de cette patiente, comme elle l'a elle-même évoqué dans ses échanges avec l'art-thérapeute (voir partie 3). Cette **amélioration partielle** de l'état de base de la patiente vers les deux **objectifs intermédiaires – diminution de l'anxiété* et socialisation** – peut expliquer que cet état de base ait pu **seulement progresser vers l'objectif général – la restauration de la confiance en soi** – sans l'atteindre de façon significative. Il semble que le faible nombre de séances n'ait pas pu rendre possible la mise en place d'une production aboutie et de ce fait permettre un investissement du corps moteur plus significatif et plus à même de réengager la patiente dans l'avenir.

Synthèse : le tableau récapitulatif suivant propose une synthèse de la prise en soin de Mme F. :

Prise en soin de Mme F. en art-thérapie	
Indication générale	Médecin chef du service de chimiothérapie*
Objectif général de l'équipe soignante	Diminuer l'anxiété*
Objectif général en art-thérapie	Restaurer la confiance en soi
Objectifs intermédiaires en art-thérapie	1. Diminuer l'anxiété* 2. Socialiser
Nombre de séances	3 (refus de la séance 4)
Horaire	- Généralement en matinée, variable en fonction des impératifs de soins en chimiothérapie* et du temps de présence de la patiente dans le service - Autour de 30 minutes adaptés à la patiente et à ses impératifs de soins
Périodicité des séances	Tous les 15 jours en fonction du protocole de chimiothérapie*
Type de prise en soin	Individuelle
Lieu	Salle d'art-thérapie
Nature des transmissions	- Par séance (bref résumé sur le dossier médical de la patiente) - Synthèse adressée au médecin chef de service en fin de prise en soins
Dominante	Musicale
Phénomène associé	Chant
Matériel	Piano numérique, instruments de percussion, textes de chansons, support audio : ordinateur et haut-parleurs, fauteuil de relaxation, table et chaises
Résultats de la prise en soin	- diminution de l'anxiété* en séance - amélioration de la socialisation en séance - légère amélioration de la confiance en soi en séance

Limites	<ul style="list-style-type: none"> - nombre de séances insuffisantes - séances trop éloignées l'une de l'autre - répercussion faible dans la vie quotidienne de la patiente
Solutions possibles	<ul style="list-style-type: none"> - augmenter le nombre de séances - diminuer l'intervalle de temps entre chaque séance d'art-thérapie (H.A.D : hospitalisation à domicile,...)

C. Mme V. est prise en soin en art-thérapie à dominante musicale dans le cadre de plusieurs hospitalisations à l'hôpital de Neufchâteau.

Mme V. est admise à l'hôpital de Neufchâteau en Médecine A le 14 décembre 2012 en raison d'une insuffisance rénale aigüe (défaillance aigüe des fonctions des reins) consécutive à un néo colon (cancer du colon) métastatique diagnostiqué en début d'année à l'hôpital Brabois de Nancy. Au moment de son hospitalisation à Neufchâteau, elle devait normalement démarrer sa 3^{ème} ligne de chimiothérapie* à Nancy, où elle suit régulièrement son traitement depuis la pose du diagnostic. Quelques jours après son admission, elle est adressée à l'art-thérapeute par le médecin chef de service pour diminuer son anxiété*.

1. L'état de base de la patiente met en évidence une dégradation corporelle importante, une forte anxiété* ainsi que des troubles relationnels avec l'entourage.

Mme V., âgée de 62 ans, est aide-soignante retraitée. Divorcée puis remariée, elle a une fille issue d'un premier mariage, et deux petits-enfants. Son mari actuel, douloureusement marqué par la maladie de son épouse, la soutient beaucoup.

La première prise de contact entre l'art-thérapeute et Mme V. a lieu le lundi 17 décembre en fin de matinée dans sa chambre d'hôpital. La patiente, allongée sur son lit, lui semble très fatiguée. La consultation du dossier médical lui apprend qu'elle a subi 10 mois plus tôt une opération chirurgicale consistant à pratiquer une ablation partielle du colon ainsi qu'une ablation des métastases du foie. Depuis cette intervention, Mme V., très affaiblie, porte une poche qu'il faut vider régulièrement.

Au cours de cette première rencontre, la patiente évoque les frictions fréquentes avec son entourage, notamment avec les soignants, ainsi qu'une anxiété* importante, nourrie par des soucis et par la crainte de l'avenir. Mme V. se sent particulièrement tendue, fatiguée et diminuée par la maladie. Elle réagit très favorablement aux informations que lui apporte l'art-thérapeute sur l'art-thérapie en évoquant d'emblée son goût pour la musique, notamment pour la chanson française qu'elle connaît bien. Elle accepte une prise en soin dans sa chambre, qui aura lieu chaque jour pendant la durée de son hospitalisation.

2. A l'aide de l'opération artistique, l'art-thérapeute établit une stratégie thérapeutique dont l'objectif général est la diminution de l'anxiété* et l'objectif intermédiaire est l'apaisement des tensions corporelles et relationnelles.

Au regard de l'indication en art-thérapie du médecin chef de service, de la consultation du dossier médical et des difficultés exprimées par la patiente lors de la première prise de

contact, l'art-thérapeute utilise l'opération artistique¹¹⁷ pour localiser les sites d'action et établir une stratégie thérapeutique en vue d'atteindre l'objectif général qu'il aura déterminé. Pour Mme V., les **sites d'action** sont localisés en **phases 3 et 4** (fatigue, tensions corporelles, nervosité, anxiété), en **phases 5 et 6** (perte de confiance en l'avenir), et en **phase 8** (troubles relationnels avec l'entourage).

S'appuyant sur l'indication du médecin chef de service, l'art-thérapeute fixe **l'objectif thérapeutique général** sur la **diminution de l'anxiété***, et **l'objectif intermédiaire** sur **l'apaisement des tensions corporelles et relationnelles**.

La stratégie thérapeutique envisagée consiste à apporter à la patiente des gratifications sensorielles (**phase 1**) susceptibles de générer un plaisir esthétique et une détente (**phase 3**) qui stimulent son intérêt pour l'activité (**phase 3-4**) et la décentrent de ses soucis (**phase 4**). En tenant compte de sa fatigabilité (**phase 3**), il s'agit de prendre appui sur cet intérêt pour l'engager dans la contemplation (**5-5'**) ou dans une réalisation artistique adaptée à ses possibilités (**phases 5-6**) ; ceci afin de mobiliser son corps moteur et son esprit pour qu'elle retrouve confiance en l'avenir (**phase 6**) et diminue son anxiété*. L'activité artistique peut aussi générer une dynamique relationnelle positive (**phase 8**) qui fasse baisser les tensions relationnelles, apportant un apaisement général (**phase 3**) qui contribue également à diminuer l'anxiété*.

Sur la base des intentions sanitaires et artistiques exprimées par la patiente, l'art-thérapeute fait le choix d'une dominante musicale pour les séances, avec le chant comme phénomène associé : la méthode envisagée consistera à faire écouter à Mme V. des chansons qu'elle choisira en fonction de ses goûts à partir d'un support audio ou bien chantées par l'art-thérapeute. L'heure et la durée des séances tiendront compte de l'état de la patiente, de sa fatigabilité et des impératifs de soin au sein du service.

3. La fiche d'observation permet à l'art-thérapeute de rendre compte de l'engagement total du corps moteur de la patiente dans l'activité artistique.

Comme pour Mme F, l'art-thérapeute a établi pour Mme V. une fiche d'observation¹¹⁸ complétée après chaque séance à partir de ses observations. Au regard des objectifs thérapeutiques établis, les items suivants ont été élaborés : ainsi, pour apprécier la progression vers le **premier objectif intermédiaire – l'apaisement des tensions corporelles** - il s'agira d'observer les **capacités corporelles** à l'aide des items relatifs à la **détente corporelle**. On observera également le **plaisir esthétique éprouvé en séance**, intégré dans le faisceau d'items **des capacités esthétiques**. La progression vers le **second objectif intermédiaire – l'apaisement des tensions relationnelles** – sera appréciée à travers un ensemble d'items liés à la **dynamique relationnelle**. Enfin, l'évolution vers **l'objectif général – la diminution de l'anxiété*** – sera évaluée à l'aide de plusieurs items relatifs à **l'état émotionnel** et à **l'intérêt pour l'activité**. Le degré d'engagement du **corps moteur** dans l'activité artistique au regard de la **fatigabilité**, ainsi que le **degré d'implication dans le phénomène artistique**, avec l'observation des **capacités esthétiques**, compléteront l'appréciation de l'évolution vers

¹¹⁷ Annexe 2 : L'opération artistique.

¹¹⁸ Annexe 3 : Modèle de fiche d'observation.

l'objectif général. Les **capacités psychiques - confiance, estime et affirmation de soi** - seront également observées et compléteront les appréciations.

Les huit séances d'art-thérapie auxquelles Mme V. a participé sont ici synthétisées à l'aide de la fiche d'observation remplie par l'art-thérapeute :

Séances 1 et 2 : ces 2 séances révèlent l'intérêt de Mme V. pour l'art-thérapie et ses effets positifs sur son bien-être.

S1 : Mme V. se dit tendue en début de séance, et aimerait pouvoir se détendre en écoutant des chansons calmes. L'activité commence par un temps d'écoute sur support audio, où Mme V. fait le choix d'entendre plusieurs titres de Barbara Streisand. La patiente est allongée et écoute attentivement en fermant les yeux, sa respiration ralentit progressivement. Elle commence aussi à vocaliser certains passages en souriant légèrement. Elle souhaite ensuite entendre l'art-thérapeute chanter Jean Ferrat : « Aimer à perdre la raison » et Daniel Guichard : « Mon vieux ». Là encore son écoute est concentrée, elle remue faiblement des lèvres et murmure le chant avec l'art-thérapeute. Mme V. le complimente sur sa voix qu'elle trouve belle. Elle dit aussi se sentir touchée, puis exprime le désir de pouvoir continuer à écouter de la musique à son domicile, car elle constate que cela la détend surtout dans une position allongée. L'art-thérapeute lui propose d'enregistrer les chansons de la séance sur une clé USB pour qu'elle puisse les réécouter chez elle à titre privé. Mme V. accepte volontiers. Elle ajoute qu'elle a beaucoup apprécié cette 1^{ère} séance et convient d'un second rendez-vous pour le lendemain matin.

S2 : la patiente, tendue à l'arrivée de l'art-thérapeute, exprime des contrariétés vis-à-vis des soignants. Comme en S1, la séance commence par un temps d'écoute de chansons calmes sur support audio, au cours duquel la patiente se détend presque jusqu'à l'endormissement. L'art-thérapeute interprète ensuite à sa demande « Une île » de Serge Lama et « Emmenez-moi » de Charles Aznavour. Mme V. participe avec lui en remuant des lèvres. Elle se dit touchée par la profondeur des paroles de Serge Lama et remarque qu'elle se sent complètement relâchée et prête à s'endormir. Elle exprime ensuite son désir de poursuivre sans faute les séances d'art-thérapie à l'UMCA, puisqu'elle doit sortir de l'hôpital et reprendre sa chimiothérapie* en ambulatoire*. Dans ce cadre elle souhaite pouvoir écouter le piano dont elle apprécie beaucoup la sonorité.

Séance 3 : cette séance imprévue et à fort retentissement émotionnel fait suite à l'aggravation brutale de l'état de santé de la patiente. La présence de son époux, catalyseur de la séance, est déterminante. La relation au sein du couple s'apaise au cours de la séance.

Quelques jours plus tard, l'art-thérapeute apprend en arrivant dans le service que Mme V. a été ré hospitalisée d'urgence dans la nuit suite à une grave infection du sang. En entrant dans la chambre, il voit Mme V. livide, affaiblie, agitée et en larmes aux côtés de son époux qui pleure également et l'embrasse avec fébrilité. En voyant l'art-thérapeute, la patiente le présente à son époux qui le remercie d'emblée « pour tout le bien que l'art-thérapie fait à sa femme ». Très fatiguée, Mme V. ne souhaite pas de séance mais son époux l'incite à accepter en lui disant que cela lui fera du bien. La patiente revient sur sa décision en demandant à son mari de rester présent. L'art-thérapeute le lui suggère également, pensant que son épouse a particulièrement besoin de son soutien. Il fixe donc un **objectif intermédiaire de séance pour le couple**, centré sur **l'apaisement des tensions émotionnelles et la restauration d'une**

relation plus posée et moins fusionnelle : il lui semble important en effet que M. et Mme V. puissent tous les deux profiter de ce moment pour retrouver le calme et intégrer la soudaineté et la violence des derniers événements. Monsieur V. accepte et s'installe discrètement au fond de la pièce. Celle-ci choisit d'écouter plusieurs chansons de Joan Baez sur support audio puis 3 chansons qu'elle demande à l'art-thérapeute d'interpréter : « La langue de chez nous » d'Y. Duteil, « Retiens la nuit », de J. Halliday, et « Aimer à perdre la raison » de J. Ferrat. Elle écoute d'abord attentivement puis remue les lèvres avec l'art-thérapeute. Son époux est lui aussi très attentif et très calme, il laisse couler quelques larmes par moments puis sourit lorsque tout est terminé. Mme V., qui a retrouvé le calme et l'apaisement, fait remarquer la beauté et la profondeur de ces chansons qu'elle adore. M. V. semble aussi plus serein, l'atmosphère s'est détendue. La patiente demande une autre séance d'art-thérapie pour le lendemain et ajoute qu'elle préfère le matin, donc sans son mari toujours indisponible à ce moment-là. L'art-thérapeute note cette remarque : il semble sentir chez la patiente une volonté de réserver les séances pour elle, ce que confirmera sa réaction à la remise de la clé USB en S7. Volontairement, l'art-thérapeute ne fait pas apparaître les items de M. V. sur la fiche d'observation car celui-ci n'est présent qu'une seule fois au cours de la prise en soin. Il ajoute cependant les **items pratiques** suivants relatifs à la **dynamique relationnelle** de la patiente au regard de sa **relation* à son époux** (leur cotation sera présentée dans la partie 4), qui permettront d'évaluer **l'objectif intermédiaire de séance : DYNAMIQUE RELATIONNELLE 2** :

Relation à son époux en début de séance (mode relationnel) I / Relation à son époux en fin de séance (mode relationnel) I / Communication non verbale adressée à son époux (qualité des regards en début de séance I / qualité des regards en fin de séance I / pleurs en début de séance O / pleurs en fin de séance O) / Communication verbale adressée à son époux O

Séance 4 et 5 : ces deux séances confirment leur effet de détente sur Mme V.

S4 : L'art-thérapeute retrouve la patiente très fatiguée après sa dernière hospitalisation. Avec détermination, elle souhaite maintenir sa séance. Après un premier temps d'écoute audio (chansons irlandaises du groupe The Whistles) pendant lequel elle ferme les yeux en respirant calmement, elle choisit deux chansons qu'elle demande à l'art-thérapeute d'interpréter, « L'oiseau et l'enfant » de M. Myriam et « L'enfant au tambour » de G. Coulonges. Mme V. remue faiblement ses lèvres avec lui, les yeux clos, puis semble s'assoupir légèrement. Mme V. rouvre les yeux une fois le chant terminé et remarque qu'elle sent ses muscles se relâcher systématiquement pendant l'activité. Elle ajoute qu'elle s'est endormie immédiatement après la séance de la veille, et convient d'un prochain rendez-vous pour le lendemain.

S5 : Mme V. est contrariée et de nouveau très fatiguée. Elle souhaite une courte séance, et choisit simplement d'écouter 3 chansons de J. Ferrat sur support audio. La patiente commence par remuer faiblement ses lèvres puis s'endort rapidement. L'art-thérapeute quitte la chambre et revient la voir en fin d'après-midi pour s'enquérir de son état : Mme V. a retrouvé le calme, son époux est présent et informe l'art-thérapeute qu'il transmettra le lendemain une clé USB à son épouse pour l'enregistrement des chansons qu'elle choisira, comme il a été convenu en S1.

Séance 6 : la patiente ressent une forte émotion esthétique qui vient contrebalancer toutes les émotions négatives qu'elle exprime en début de séance.

Dès l'arrivée de l'art-thérapeute, Mme V. exprime son mal être. Elle l'informe qu'elle est « très fatiguée, énervée et à bout » en expliquant les raisons de ses contrariétés. Elle ajoute qu'elle se sent très anxieuse et fond en larmes, déclarant qu'avant sa maladie elle n'était pas comme ça. L'art-thérapeute se tient à ses côtés et l'écoute attentivement en silence. Centré sur

son objectif d'apaisement des tensions, il lui propose de commencer l'activité. Mme V. lui confie alors spontanément une clé USB pour récupérer les enregistrements des chansons qu'elle a appréciées pendant les séances précédentes. Elle choisit ensuite deux chansons de J. Ferrat qu'elle écoute en remuant des lèvres faiblement, avant de demander à l'art-thérapeute de chanter pour elle. Celui-ci lui propose de découvrir plusieurs chansons du groupe Try Ann, mélodieuses et calmes. La patiente accepte, son écoute est très concentrée. Lorsque le chant se termine, son regard marque la surprise et elle s'exclame : « C'est beau, c'est vraiment très beau ! C'est incroyable comme je sens mes muscles se relâcher d'un seul coup ! ». Mme V. évoque en souriant le « bon repas » qu'elle va prendre et la « bonne sieste » qui va suivre. Elle ajoute que les séances d'art-thérapie lui font du bien et convient d'un nouveau rendez-vous pour le lendemain.

Séances 7 et 8 : la patiente, qui apparaît sereine et détendue, profite pleinement de ces 2 séances malgré son affaiblissement général.

S7 : l'art-thérapeute trouve Mme V. détendue et souriante le lendemain de la séance 6. Elle plaisante avec les infirmières à son arrivée. Avec le premier temps d'écoute où elle accepte de découvrir deux chansons de Brel, elle exprime ses goûts esthétiques en déclarant qu'elle n'aime pas « Grand-mère » alors qu'elle trouve belle « Il nous faut regarder ». L'art-thérapeute chante à sa demande « Belle île en mer » de L. Voulzy et « L'eau vive » de G. Béart. La patiente écoute en silence et s'endort à plusieurs reprises. Lorsque les chants sont terminés, l'art-thérapeute lui tend la clé USB qu'il lui a préparée. Elle la saisit avec détermination, en insistant sur le fait qu'elle lui est strictement réservée. Elle dit se sentir fatiguée et anticipe avec plaisir la possibilité de se reposer une 1^{ère} fois juste avant le repas et une 2^{ème} fois avant la visite de son mari. Elle convient aussi d'une 8^{ème} séance d'art-thérapie pour le lendemain matin.

S8 : Mme V. reçoit l'art-thérapeute avec le sourire. Elle lui montre avec fierté les orchidées qu'elle vient de recevoir de son époux pour sa fête, en ajoutant qu'elle adore ces fleurs. La séance se déroule calmement et sereinement autour d'un temps d'écoute au cours duquel la patiente exprime ses préférences esthétiques. Elle écoute ensuite avec une grande concentration trois chansons interprétées à sa demande par l'art-thérapeute. Elle se met à remuer spontanément des lèvres sur la dernière d'entre elles, en s'exclamant à deux reprises : « C'est beau ! C'est beau ! ». Mme V. informe l'art-thérapeute qu'elle doit quitter l'hôpital dans l'après-midi, mais qu'elle reprendra sa chimiothérapie à l'UMCA. Elle s'informe de la possibilité de poursuivre les séances d'art-thérapie dans ce cadre, ce qu'elle compte absolument faire car, dit-elle, cela lui fait du bien. Elle ajoute que son époux aimerait lui aussi y participer avec elle. L'art-thérapeute l'invite à la recontacter au moment de son retour à l'UMCA pour faire le point et envisager la suite de la prise en soins.

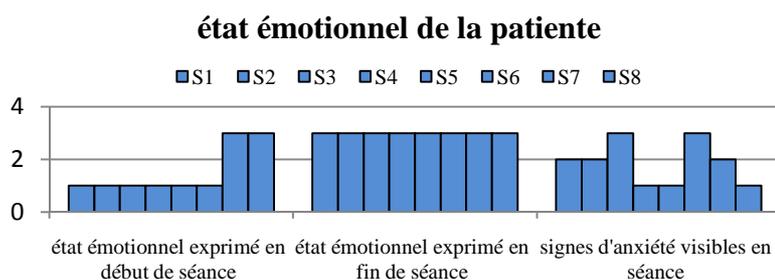
Fin de la prise en soins : l'art-thérapeute apprend le décès de Mme V. 5 jours plus tard et reçoit une lettre de son époux.

Lorsqu'il revient dans le service la semaine suivante, l'art-thérapeute apprend le décès de Mme V. à son domicile dans la nuit du 5 février en présence de son époux. Quelques temps plus tard, ce dernier lui envoie une lettre dans laquelle il l'informe de ce décès et le remercie pour « tout le bonheur que les séances d'art-thérapie ont apporté à son épouse ».

4. L'évaluation, le bilan et la synthèse des séances de Mme V. semblent montrer une progression de son état de base vers l'objectif fixé par l'art-thérapeute au regard de la stratégie thérapeutique établie, malgré l'aggravation importante de sa pathologie.

Évaluation : Les observations des séances d'art-thérapie permettent ensuite à l'art-thérapeute de procéder à la mesure des items ou faisceaux d'items théoriques de la fiche d'observation, ainsi qu'à celle des items pratiques rajoutés au cours des séances d'art-thérapie. Les diagrammes suivants font apparaître l'ensemble de ces mesures tout au long de la prise en soin, avec les légendes correspondantes :

Graphique 1 : prise en soin de Mme V. – état émotionnel F.I



Légende : F.I = faisceaux d'items / O = items objectifs / I = items interprétés

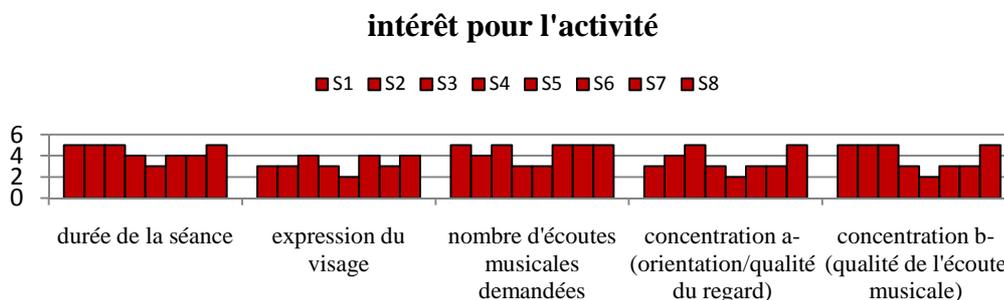
État émotionnel exprimé en début de séance O :
 1- parle d'un mal être 2- n'exprime rien 3- parle d'un bien-être

État émotionnel exprimé en fin de séance O :
 1- parle d'un mal être 2- n'exprime rien 3- parle d'un bien-être

Signes d'anxiété visibles en séance O :
 1- concentrée et calme toute la séance 2- souvent concentrée et calme 3- plusieurs signes de nervosité ou d'agitation 4- souvent nerveuse et agitée 5- nerveuse et agitée continuellement

Le graphique 1 montre que l'état émotionnel exprimé par la patiente s'améliore nettement et de façon systématique si l'on compare le début et la fin de chaque séance jusqu'en S6. Pour les 2 dernières séances, la patiente exprime un bien-être avant et pendant toute la séance. De plus, les signes d'anxiété, hormis en S3 et en S6, restent faibles en séance, même lorsque la patiente exprime un mal être initial.

Graphique 2 : prise en soin de Mme V. – intérêt pour l'activité F.I



Légende : F.I = faisceaux d'items / O = items objectifs / I = items interprétés

Durée de la séance O :
 1- refuse la séance 2- de 0 à 10 mn 3- de 10 à 20 mn 4- de 20 à 30 mn 5- de 30 à 45 mn

Expression du visage I :
 1- sombre ou fermé 2- triste ou préoccupé 3- parfois animé 4- animé 5- enthousiaste

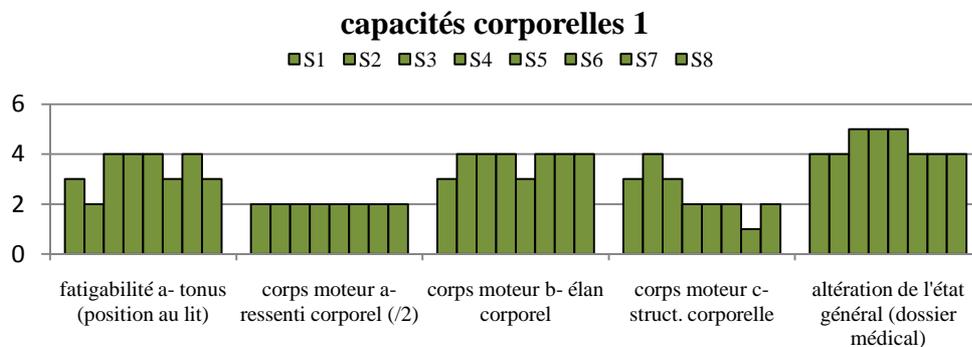
Nombre d'écoutes musicales demandées O :
 1- ne demande aucune écoute musicale 2- demande 1 écoute musicale 3- demande de 2 à 3 écoutes musicales 4- demande de 3 à 4 écoutes musicales 5- demande plus de 4 écoutes musicales

Concentration a-b F.I :

- a- orientation et qualité du regard O :** 1- dispersé, sans cesse en mouvement 2- vide ou absent
 3- parfois concentré et fixé sur un point précis 4- concentré et fixé sur un point précis 5- ferme les yeux et se concentre totalement
- b- qualité de l'écoute musicale O :** 1- parle ou s'endort pendant toute la séquence musicale
 2- parle ou s'endort souvent pendant la séquence musicale
 3- parle ou s'endort parfois pendant la séquence musicale
 4- parle ou s'endort rarement pendant la séquence musicale
 5- garde le silence et reste éveillée pendant la séquence musicale

Le **graphique 2** fait apparaître plusieurs éléments : de S1 à S3 et **dès le début** de la prise en soin, **l'intérêt pour l'activité est élevé**. En effet, la durée des séances, l'expression du visage, le nombre d'écoutes demandées et la concentration **progressent ou restent stables à un niveau élevé** de cotation. Après S3, les graphiques révèlent d'abord **une baisse** avec un **creux** en S5, suivie d'**une progression** de chaque item ou faisceau d'items jusqu'à la dernière séance.

Graphique 3 : prise en soin de Mme V. – capacités corporelles 1 F.I



Légende : F.I = faisceaux d'items / O = items objectifs / I= items interprétés

Fatigabilité F.I a- :

- a- tonus (position au lit) O :** 1- redressée et tonique 2- redressée, quelques forces 3- à peine redressée, tonus léger 4- allongée, tonus faible 5- allongée, aucun tonus

Corps moteur a-b-c F.I :

- a- ressenti corporel O :** 1- aucune réaction corporelle visible 2- adopte une position corporelle adaptée pour contempler ou produire

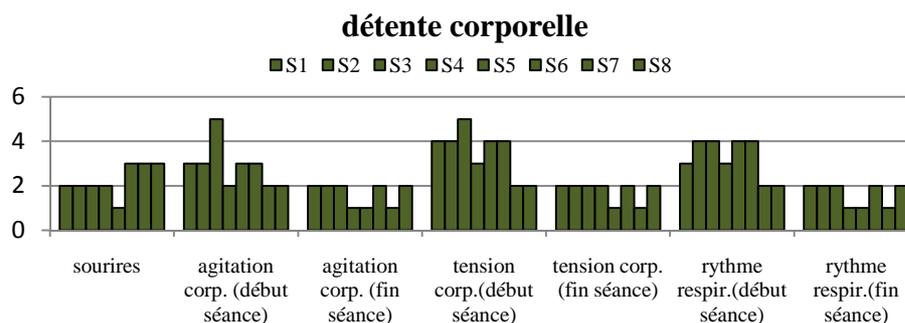
- b- élan corporel O :** 1- inexistant 2- faible 3- moyen 4- marqué 5- total

- c- structure corporelle O :** 1- aucune mobilisation visible de la structure corporelle 2- très légers mouvements des lèvres pour chanter 3- murmure à peine le chant 4- chante à voix faiblement 5- chante à voix haute

- Altération de l'état général (dossier médical) O :** 1- très faible 2- faible 3- moyenne 4- importante 5- très importante

Le **graphique 3** montre d'abord une **forte altération de l'état général** avec une **aggravation** de S3 à S5. Par ailleurs, il apparaît que **la fatigabilité** augmente de S3 à S8. **Parallèlement, la structure corporelle accuse une baisse brutale** dès S4 et ce jusqu'à S8. En revanche, le **ressenti et l'élan corporels** restent particulièrement **élevés et stables** sur **toute la prise en soin**.

Graphique 4 : prise en soin de Mme V. – capacités corporelles 2 F.I

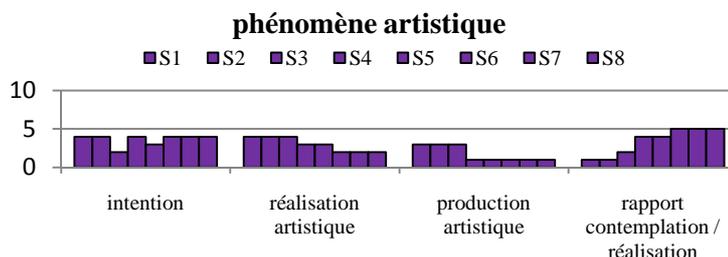


Légende : F.I = faisceaux d'items / O = items objectifs / I= items interprétés

- | | |
|---|--|
| sourires (fréquence) O : | 1- jamais 2- rarement 3- parfois 4-souvent 5- très souvent |
| agitation corporelle (début de séance) O : | 1- très calme 2- calme 3- parfois agitée 4- souvent agitée 5- toujours agitée |
| c- agitation corporelle (fin de séance) O : | 1- très calme 2- calme 3- parfois agitée 4- souvent agitée 5- toujours agitée |
| d- tension corporelle (début de séance) O : | 1- relâchement complet, endormissement 2- faible et proche de l'endormissement 3- moyenne 4- importante 5- très importante |
| e- tension corporelle (fin de séance) O : | 1- relâchement complet, endormissement 2- faible et proche de l'endormissement 3- moyenne 4- importante 5- très importante |
| f- rythme respiratoire (début de séance) O : | 1- très lent 2- lent 3- modéré 4- rapide 5- très rapide |
| g- rythme respiratoire (fin de séance) O : | 1- très lent 2- lent 3- modéré 4- rapide 5- très rapide |

Le **graphique 4** montre une **progression** de la **détente corporelle** : en effet, le **nombre de sourires augmente**, l'**agitation corporelle**, la **tension corporelle** et le **rythme respiratoire** observés en **début de séance diminuent progressivement**, hormis un pic élevé en S3. De plus, pour les **deux dernières séances**, les schémas font apparaître une **diminution significative** de l'**agitation corporelle**, de la **tension corporelle**, et du **rythme respiratoire dès le début de l'activité**. Par ailleurs, chacun de ces paramètres **observés comparativement en début et en fin de séance progressent à chaque fin d'activité**, et ce tout au long de la prise en soin, l'écart le plus important figurant en S3.

Graphique 5 : prise en soin de Mme V. – phénomène artistique F.I

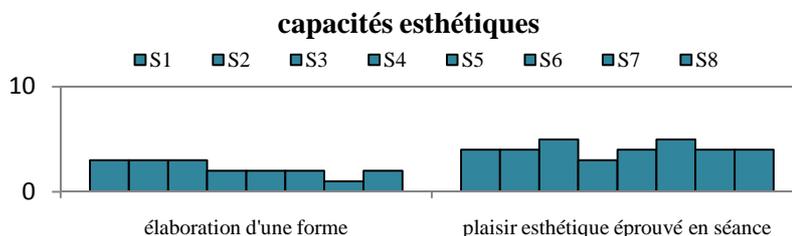


Légende : F.I = faisceaux d'items / O = items objectifs / I= items interprétés

- | | |
|--|---|
| Intention O : | 1- aucune intention exprimée 2- hésitante 3- présente 4- affirmée 5- enthousiaste |
| Réalisation artistique O : | 1- aucune 2- contemple 3- initie la réalisation d'une activité 4- s'installe plus longuement dans la réalisation d'une activité 5- réalise une activité toute la séance |
| Production artistique O : | 1- aucune 2- Art I 3- vers Art II 4- Art II |
| Rapport contemplation/réalisation O : | 1- contemplation << réalisation 2- contemplation < réalisation 3- contemplation = réalisation 4- contemplation > réalisation 5- contemplation >> réalisation |

Le **graphique 5** montre que l'intention artistique reste **globalement élevée et stable** hormis en S3. Il apparaît aussi une **diminution progressive de la réalisation artistique** ainsi qu'un **arrêt de la production artistique** après S3 jusqu'en S8 au **profit de la contemplation** qui devient **prépondérante**.

Graphique 6 : prise en soin de Mme V. – capacités esthétiques F.I



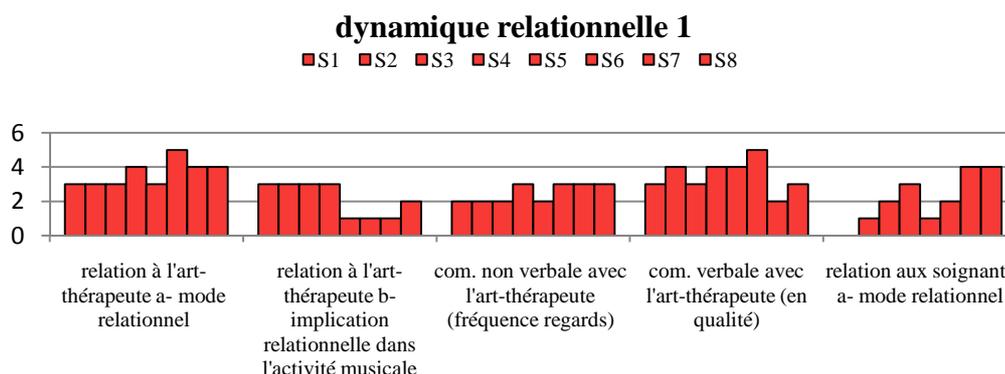
Légende : F.I = faisceaux d'items / O = items objectifs / I = items interprétés

Élaboration d'une forme O : 1- aucune forme visible 2- prémisses d'une forme
3- forme en voie d'élaboration 4- forme élaborée
5- forme élaborée et aboutie

Plaisir esthétique éprouvé en séance I : 1- inexistant 2- faible 3- moyen 4- certain 5- vif

Le **graphique 6** montre la permanence et l'intensité du **plaisir esthétique** éprouvé, hormis une baisse en S4, alors que la patiente investit de moins en moins l'activité à travers l'**élaboration d'une forme artistique**.

Graphique 7: prise en soin de Mme V. – dynamique relationnelle 1 F.I



Légende : 0 = non évalué F.I = faisceaux d'items / O = items objectifs / I = items interprétés

Relation à l'art-thérapeute F.I a-b f :

a- mode relationnel (hors-verbal) I :

1- hermétique 2- hostile ou tendu 3- serein
4- agréable 5- impliqué

b- implication relationnelle dans l'activité musicale O : (sympathie)

1- ne chante pas avec l'art-thérapeute
2- chante rarement avec l'art-thérapeute
3- chante occasionnellement avec l'art-thérapeute
4- chante souvent avec l'art-thérapeute
5- chante toujours avec l'art-thérapeute

Communication non verbale avec l'art-thérapeute F.I a- :

a- fréquence des regards O :

1- jamais 2- rarement 3- parfois 4- souvent
5- très souvent

Communication verbale avec l'art-thérapeute F.I a- :

a- en qualité O :

1- ne parle pas 2- évoque des banalités
3- propos liés à l'activité musicale
4- évoque des soucis personnels 5- se confie avec confiance

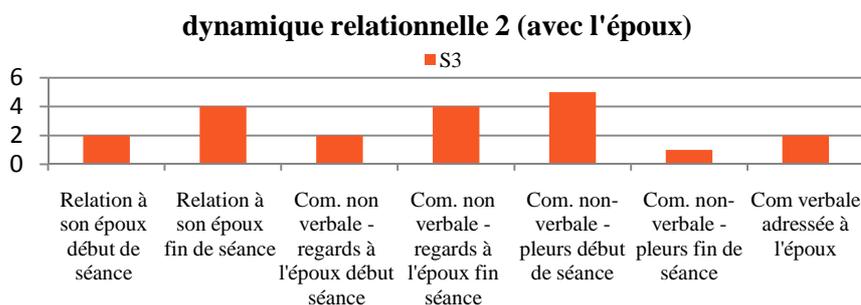
Relation aux soignants F.I a- :

a- mode relationnel I :

1- hostile 2- plaintive 3- indifférente

Le **graphique 7** fait apparaître plusieurs éléments : le **mode relationnel avec l'art-thérapeute**, d'abord **stable et posé**, **progressé dès la seconde moitié** de la prise en soin. De son côté, le graphique illustrant le **mode relationnel avec les soignants** souligne d'abord de **fréquentes tensions** de S1 à S5, avant de faire apparaître une **détente importante** en S7 et en S8. D'autre part, la **communication* non verbale avec l'art-thérapeute évolue elle aussi positivement** en seconde partie de prise en soin. De plus, la **communication* verbale** progresse de façon constante jusqu'à S6, avant de baisser en S7 et S8. En revanche, **l'implication relationnelle dans l'activité musicale, stable dans un premier temps, chute ensuite brutalement** de S5 à S8.

Graphique 8 : prise en soin de Mme V. – S3 : dynamique relationnelle 2 F.I



Légende : F.I = faisceaux d'items / O = items objectifs / I = items interprétés

Relation à son époux en début de séance F.I a - : 1- hermétique 2- fusionnel 3- indifférent 4- apaisé
a- mode relationnel I : 5- sympathique

Relation à son époux en fin de séance F.I a - : 1- hermétique 2- fusionnel 3- indifférent 4- apaisé
a- mode relationnel I : 5- sympathique

Communication non verbale adressée à son époux F.I :

- **qualité des regards en début de séance I :** 1- hostile 2- effrayé, en détresse 3- indifférent
4- serein 5- aimant

- **qualité des regards en fin de séance I :** 1- hostile 2- effrayé, en détresse 3- indifférent
4- serein 5- aimant

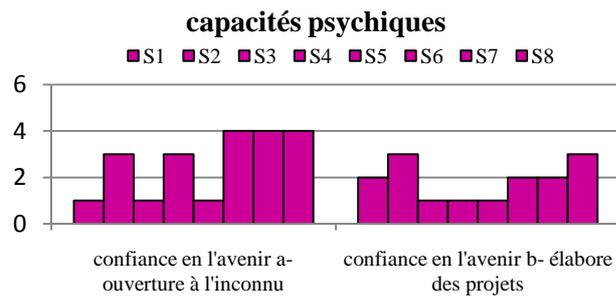
- **pleurs en début de séance O :** 1- inexistants 2- rares 3- occasionnels 4- fréquents
5- omniprésents

- **pleurs en fin de séance O :** 1- inexistants 2- rares 3- occasionnels 4- fréquents 5- omniprésents

Communication verbale adressée à son époux O : 1- aucune 2- rare 3- occasionnelle 4- fréquente
5- très fréquente

Le **graphique 8** fait apparaître une **amélioration significative** des items sélectionnés au regard de leur cotation en **début** et en **fin de séance** : en effet, dans la **communication* non verbale**, la **qualité des regards avec l'époux** augmente et les **pleurs** diminuent en cours de séance, de même la **relation*** au sein du couple s'apaise. Il est à noter que cette **amélioration** s'exprime surtout à travers la **relation*** et la **communication* non verbale**, la **communication* verbale** restant **rare** comme le montre le graphique correspondant.

Graphique 9 : prise en soin de Mme V. – capacités psychiques F.I



Légende : F.I = faisceaux d'items / O = items objectifs / I= items interprétés

Confiance en soi F.I

(a-b) :

a- ouverture à l'inconnu O :

1- ne demande à écouter que des chansons connues 2- accepte avec sollicitation de découvrir 1 chanson inconnue 3- accepte avec sollicitation de découvrir des chansons inconnues 4- accepte spontanément de découvrir 1 ou des chansons inconnues 5- prend l'initiative d'écouter 1 ou des chansons inconnues

b- élabore des projets O : 1- non 2- oui à court terme 3- oui à moyen terme 4- oui à long terme 5- oui à très long terme

Le graphique 9 montre que l'ouverture à l'inconnu, d'abord faiblement ou moyennement coté, **progressé nettement** aux trois dernières séances. Par ailleurs, la capacité de la patiente à **élaborer des projets qui l'engagent vers le futur évolue** positivement en fin de prise en soin : le graphique correspondant montre une **légère progression** de S1 à S2, suivie d'une **chute brutale et stable** de S3 à S5, avant une **amélioration progressive** jusqu'à la dernière séance S8.

Bilan : l'analyse des diagrammes permet plusieurs remarques :

1. Il est d'abord probable que les gratifications sensorielles générées en séance d'art-thérapie aient pu provoquer chez la patiente un plaisir esthétique significatif susceptible d'induire une détente suffisamment importante pour apaiser les fortes tensions corporelles nuisibles à son bien-être. Au regard de ces éléments, il semble possible de déduire que la prise en soin de Mme V. a **évolué positivement vers le premier objectif intermédiaire – l'apaisement des tensions corporelles** - fixé par l'art-thérapeute.

2. On peut penser ensuite que **l'apaisement des tensions corporelles** a eu une **incidence positive** sur le **second objectif intermédiaire – l'apaisement des tensions relationnelles** - qui au regard de l'analyse des graphiques, évolue favorablement en seconde partie de prise en soin avec les soignants, tandis que la relation à l'art-thérapeute, sereine dès le départ, gagne progressivement en qualité. Pour ce qui est de la baisse de l'implication relationnelle de la patiente dans l'activité musicale, on peut l'expliquer par l'augmentation de sa fatigabilité, par l'altération importante de son état général et par l'implication moindre de sa structure corporelle (graphique 3). Quant à **la baisse de la communication* verbale en qualité** en S7 et S8 (graphique 7), il est possible d'émettre l'hypothèse que l'expression de fortes émotions négatives en S3 et en S6 canalisées puis transformées par l'activité artistique aient pu contribuer à augmenter encore la détente des deux dernières séances, et induire chez la patiente une communication* verbale plus anodine et plus légère. Par ailleurs, au regard de l'analyse du graphique 8, on peut estimer que **l'objectif intermédiaire de séance** établi en S3 par l'art-thérapeute, à savoir **l'apaisement des tensions émotionnelles** et la **restauration**

d'une relation plus posée au sein du couple, a été atteint non par l'intermédiaire de la parole mais par la seule activité artistique.

4. Enfin, en ce qui concerne l'objectif général de prise en soin, fixé sur la diminution de l'anxiété*, il est possible de supposer d'abord que l'atteinte des objectifs intermédiaires - apaisement des tensions corporelles et relationnelles - ait pu contribuer à diminuer l'anxiété* de la patiente. D'autre part, il semble probable de déduire que l'intensité du plaisir esthétique ressenti par la patiente en séance ait pu à la fois stimuler d'emblée son intérêt pour l'activité et la décentrer de ses soucis, tout en opérant une transformation de ses émotions négatives. Portée par cet intérêt, celle-ci a pu commencer à engager son corps moteur dans l'avenir à travers une réalisation artistique. Ces deux éléments - décentrage des soucis et implication corporelle – ont pu susciter un sentiment de confiance et de sécurité et par là-même entraîner une diminution de l'anxiété*. Malgré l'affaiblissement et la dégradation progressive de son état général, la patiente portée par l'intensité et la permanence du plaisir esthétique ressenti en séance s'est alors engagée pleinement dans la contemplation, source nouvelle de plaisir esthétique : s'est créée alors une boucle de renforcement susceptible de consolider la diminution de son anxiété*. Ceci est corrélé par la capacité de la patiente à élaborer de nouveau des projets à moyen terme en fin de prise en soin. Au regard de ces éléments, il est possible de conclure que l'état de base de Mme F. a effectivement évolué positivement vers l'objectif général.

Synthèse : le tableau récapitulatif suivant propose une synthèse de la prise en soin de Mme V. :

Prise en soin de Mme V. en art-thérapie	
Indication générale	Médecin chef du service de chimiothérapie*
Objectif général de l'équipe soignante	Diminuer l'anxiété*
Objectif général en art-thérapie	Diminuer l'anxiété*
Objectif intermédiaire en art-thérapie	1. Apaiser les tensions corporelles et relationnelles
Nombre de séances	8
Horaire	<ul style="list-style-type: none"> - Généralement en matinée, variable en fonction de l'état de santé de la patiente - Autour de 30 minutes adaptés à la fatigabilité de la patiente et à ses impératifs de soins
Périodicité des séances	Journalière pendant la durée de son hospitalisation
Type de prise en soin	Individuelle
Lieu	Dans sa chambre d'hôpital
Nature des transmissions	<ul style="list-style-type: none"> - Par séance (bref résumé sur le dossier médical de la patiente) - Synthèse adressée au médecin chef de service en fin de prise en soins
Dominante	Musicale

Phénomène associé	Chant
Matériel	Textes de chansons, support audio : MP3 et haut-parleurs
Résultats de la prise en soin	<ul style="list-style-type: none"> - objectif intermédiaire atteint - évolution positive de l'état de base vers l'objectif général
Limites	Implication du corps moteur freinée par la fatigabilité de la patiente et par l'altération importante de son état général qui a conduit à son décès

Troisième partie :

A partir de nos connaissances et de ces expériences, une discussion se met en place sur le fait que dans son rapport au temps, la musique peut aider le malade cancéreux à mieux gérer le temps de sa maladie.

A partir de cette expérience et de nos connaissances, il nous semble important maintenant, afin de déterminer l'orientation thérapeutique de la pratique professionnelle en art-thérapie auprès des patients cancéreux, d'interroger la question de la problématique du temps dans la musique et dans la maladie. En observant comment ce paramètre articule différemment l'activité musicale, mais aussi les soins et la pathologie elle-même, nous allons questionner le fait que la musique, dans son rapport au temps, puisse aider les malades cancéreux à mieux gérer le temps de leur maladie.

I Dans son rapport au temps, la musique peut aider le malade cancéreux à mieux gérer le temps de sa maladie.

A. Indissociable du temps, la musique peut redonner confiance en la vie au malade cancéreux.

Un grand nombre de malades cancéreux vivent avec une forte anxiété* qui modifie radicalement leur relation au temps. Avec la maladie dont ils savent bien qu'elle peut les faire mourir, les projets d'avenir sont souvent réduits à néant. C'est alors la peur qui domine et prend le relai dans l'épreuve. Dans les services hospitaliers d'oncologie, les regards des patients trahissent fréquemment la crainte, l'angoisse* ou même l'effroi. Beaucoup d'entre eux expriment le sentiment d'être envahis par des pensées négatives et répétées, qui les enferme dans une temporalité circulaire et sans issue¹¹⁹. S'ajoute à cela l'impression que leur corps les a trahis¹²⁰. Ils vivent mal par exemple l'arrêt des loisirs ou des activités sociales que le cancer les a forcés à interrompre. Leur passé leur semble alors définitivement révolu. Désormais, les soins et leurs effets indésirables envahissent leur quotidien. Ils instrumentalisent leur corps qui n'est plus qu'une machine à soigner¹²¹ et les enferment dans un cycle temporel répétitif avec les allers-retours à l'hôpital, les chimiothérapies, les radiothérapies et les examens de tous ordres. Bien des malades expriment leur lassitude : dans leur entourage, la vie normale continue mais sans eux ... Ils sont les spectateurs du temps qui passe, ce temps qu'ils ne parviennent plus à investir de leur humanité et dont ils se sentent désormais exclus. Dès lors, il leur devient très difficile d'aller de l'avant et de garder l'espoir. Si on considère maintenant le rapport qu'entretient la musique avec le temps, il est intéressant de remarquer qu'elle est temporelle dans son essence même¹²². En effet, l'existence d'une œuvre musicale chantée, jouée ou écoutée, est toujours assujettie au temps de son exécution puisqu'elle ne peut exister en dehors de lui de quelque manière que ce soit. De la première à la dernière note, l'œuvre s'élabore progressivement pendant une certaine durée à la fois incompressible et parfaitement déterminée¹²³. Indissociable du temps, l'œuvre musicale

¹¹⁹ PIERRON, Jean-Philippe, *Vulnérabilité Pour une philosophie du soin*, éd. PUF, Chapitre V, Le soin face à la souffrance, p. 137.

¹²⁰ LANZAROTTI, Claudine, *L'aide psychologique aux patients cancéreux. Les sentiments de clivage entre la tête et le corps*, In ESPIE, Marc. *Le suivi du patient cancéreux*, collection Dialogue Ville-hôpital, édition John Libbey EUROTEXT, p ; 8.

¹²¹ PIERRON, Jean-Philippe, *Vulnérabilité Pour une philosophie du soin*, éd. PUF, Chapitre I, Prendre soin, le cœur du métier, p ; 43.

¹²² JANKELEVITCH, Vladimir, *La musique et l'Ineffable*, Paris : éd. du SEUIL, 1983, Chapitre II, L' « espressivo » inexpressif p ; 90, 91.

¹²³ Ibid.

ne se déroule pas dans le temps car elle est le temps lui-même qu'elle sonorise par la combinaison de différents éléments sonores¹²⁴.

Cette caractéristique essentielle de la musique peut s'avérer très intéressante pour aider les patients cancéreux à sortir de leur enfermement. Inséparable du temps, la musique peut constituer une voie d'accès privilégiée pour leur permettre de reconnecter leur humanité au temps, autrement dit de réinvestir leur capacité à se vivre comme sujet. Dès lors elle peut conforter leur confiance en la vie et autorise l'espoir.

B. L'organisation temporelle de la musique peut représenter un repère fiable et sécurisant dans le temps pour le malade cancéreux.

Le cancer a également pour particularité d'annihiler tous les repères que les malades s'étaient forgés avant leur pathologie. Dorénavant, plus rien n'est sûr et tout peut basculer du jour au lendemain. La maladie, souvent longue, demande en effet de grandes facultés d'adaptation et de patience. Là encore, le temps peut sembler interminable pour celles et ceux qui attendent les résultats d'un diagnostic, espèrent une rémission, ou craignent une rechute¹²⁵. Lorsque le cancer s'aggrave, l'évolution peut être très brutale et entraîner de nouvelles hospitalisations qui engagent parfois le processus vital et augmentent la détresse. L'imprévu représente alors un facteur supplémentaire d'anxiété* pour les malades qui ne savent plus où s'appuyer pour trouver une aide salutaire et efficace : souvent en effet de multiples peurs – peur d'inquiéter la famille, peur de décevoir, peur d'abandonner les siens, peur de mourir ou de dire sa souffrance, etc. - faussent les relations avec les proches¹²⁶ mais aussi avec les soignants à qui les patients ont confié leur vie, et qu'ils considèrent comme les détenteurs omnipotents de leur éventuelle guérison. Le sentiment d'insécurité est alors permanent.

De son côté, la musique, aussi bien par nature que dans ce qu'elle implique, organise et ordonne le temps. Le tempo attribue une vitesse à la pulsation qui elle-même régule le temps. De son côté, le temps fort détermine la mesure et structure le temps musical en cycles successifs et réguliers. Le rythme enfin assemble et combine différentes durées sonores. D'autre part, la pratique d'une activité musicale nécessite également une répétition et une régularité : c'est ainsi que le jeu instrumental ou l'expression vocale progressent petit à petit et orientent le projet de départ vers son accomplissement. C'est ainsi également que l'audition d'une œuvre s'affine et s'enrichit avec le temps. La répétition et la régularité génèrent à leur tour des gratifications sensorielles susceptibles d'enclencher un plaisir esthétique, qui lui-même demande à se renouveler et à s'approfondir encore. Ces trois caractéristiques de la musique et de l'activité qu'elle entraîne – répétition, régularité et renouvellement permanent vers plus de gratifications – peuvent représenter un appui fiable capable de jalonner l'existence de repères sécurisants et bienfaisants. N'oublions pas non plus que la musique sollicite également la mémoire affective : écouter, jouer ou chanter à nouveau une œuvre qui a plu par le passé peut rassurer l'auditeur ou l'interprète qui réactualise ainsi le lien à sa propre histoire. De son côté, la sympathie qui a tout loisir de se développer durablement au fil des rencontres musicales, permet elle aussi d'installer un rapport humain respectueux, fiable et sécurisant. De plus, certaines déclinaisons de la musique qui nécessitent peu ou pas d'outil à

¹²⁴ Ibid.

¹²⁵ ROUILLON, Frédéric, *Vulnérabilité et Troubles de l'adaptation*, ELSEVIER MASSON, 2008, p ; 73-75.

¹²⁶ LANZAROTTI, Claudine, *L'aide psychologique aux patients cancéreux. Les sentiments de clivage entre la tête et le corps*, In ESPIE, Marc. *Le suivi du patient cancéreux*, collection Dialogue Ville-hôpital, édition John Libbey EUROTEXT, p ; 42.

l'exemple du chant, présentent l'intérêt de rendre directement et immédiatement opérationnel l'entrée dans l'activité. Disponibles à tout moment, elles peuvent renforcer encore davantage le sentiment de sécurité inhérent à ce type de pratique artistique.

Face au temps distordu, étiré ou au contraire bousculé et désorganisé par les soins ou par les rebondissements multiples qui interviennent fréquemment dans l'évolution de la pathologie cancéreuse, face aussi à l'insécurité relationnelle à laquelle les malades sont souvent confrontés, la musique dans son rapport au temps peut apporter sécurité, fiabilité et apaisement : en ouvrant l'accès à une dynamique temporelle structurée, organisée et répétée qui autorise la sympathie, la pratique musicale est à même d'accompagner fidèlement les patients dans toutes les phases de leur maladie, et ce jusqu'au dernier souffle.

C. La temporalité spécifique de la musique peut aider le malade cancéreux à réinvestir positivement le temps de sa maladie.

La survenue d'une pathologie aussi grave que le cancer pose pour un grand nombre de patients la question du temps qui reste à vivre. Dans la mythologie grecque, Cronos qui personnifie le dieu du temps, mutile son père Ouranos et dévore tous ses enfants à l'exception de Zeus¹²⁷. Or, les patients cancéreux éprouvent parfois cruellement la sensation d'un temps chronophage qui dévore leur vie et sur lequel ils n'ont plus aucune prise. Avec l'annonce de la pathologie cancéreuse et le risque léthal qu'elle entraîne, le compte à rebours commence et avance inexorablement vers une fin possible. Comment dès lors investir d'une autre manière ce temps qui reste à vivre sans sombrer dans le désespoir devant l'idée qu'aucune issue n'est possible ? Certains patients se battent avec acharnement et dépensent une grande énergie pour « s'en sortir », d'autres au contraire abandonnent la partie très vite et se retranchent prématurément du monde des vivants. Beaucoup en tous cas vivent avec l'angoisse du temps qui passe et qui les rapproche de l'échéance ultime.

Ces remarques peuvent nous amener à considérer l'originalité de la temporalité musicale. Il s'avère que la musique représente un chemin privilégié et immédiat d'accès à l'intériorité¹²⁸, car elle peut émouvoir et engendrer de fortes émotions esthétiques. Or, l'émotion dont l'étymologie latine « *motio* » évoque le mouvement¹²⁹, induit un changement d'état intérieur. L'émotion musicale en particulier permet de rejoindre une temporalité spécifique car elle peut atteindre la part la plus intime, la plus essentielle et la plus profonde de l'intériorité¹³⁰. La musique en effet ne dit rien mais ouvre la porte à de multiples interprétations : elle relève selon Vladimir Jankélévitch du domaine de « l'ineffable », c'est à dire d'une fécondité expressive à la fois infinie, inexprimable et mystérieuse qui l'oppose au vide stérile et « indicible » de la mort¹³¹. Vécue de l'intérieur, cette temporalité musicale peut être si intense qu'elle peut court-circuiter la mesure objective du temps et venir la « contredire », de telle sorte que le temps de la montre ne corresponde plus à l'impression subjective du temps passé dans l'activité musicale. D'autre part, puisque la musique s'écoute ou s'interprète au fur et à

¹²⁷ Philosophie MAGAZINE, hors-série n° 19, juillet-août 2013, p. 7.

¹²⁸ PEPIN, Charles, *Quand la beauté nous sauve*, Paris : Éditions Robert Laffont, 2013, Chapitre 3, p ; 174.

¹²⁹ Dictionnaire FRANÇAIS LATIN, éd. HATIER.

¹³⁰ PEPIN, Charles, *Quand la beauté nous sauve*, Paris : Éditions Robert Laffont, 2013, Chapitre 3, p ; 174, 175.

¹³¹ JANKELEVITCH, Vladimir, *La musique et l'Ineffable*, Paris : éd. du SEUIL, 1983, Chapitre II, L' « *espressivo* » inexpressif, p ; 92, 93, 95.

mesure de l'écoulement du temps¹³², elle offre à l'auditeur ou à l'exécutant la possibilité de percevoir progressivement toute sa profondeur : par nature, elle permet le temps de l'intégration.

Si la musique n'a pas le pouvoir de guérir et encore moins celui d'empêcher la mort, elle peut de cette manière apaiser les patients cancéreux qui de leur côté manquent de temps pour intégrer les changements fréquents qui jalonnent tout leur parcours médical. Elle peut aussi les aider à quitter le temps objectif, linéaire, chronométré et subi de la maladie pour rejoindre une temporalité subjective car nourrie de l'intérieur donc connectée directement à leur humanité profonde. Eux qui souvent peinent à trouver les mots pour exprimer toute la complexité d'un vécu émotionnel lié à la mort donc difficilement exprimable, peuvent trouver là le moyen d'exprimer autrement et de manière plus profonde encore toute leur richesse intérieure. La temporalité spécifique de la musique peut donc les aider à réinvestir positivement le temps de leur maladie.

II Dans son rapport au temps, la musique peut accroître les difficultés du malade cancéreux à gérer le temps de sa maladie.

A. Par son inscription dans le temps, la musique relève de l'éphémère et de l'invisible : elle peut générer la crainte de l'oubli chez le malade cancéreux.

Si le cancer génère bien des conséquences néfastes, il présente également la particularité de provoquer chez les malades une transformation radicale de leur vision du monde. En effet, c'est toute leur condition d'être mortel qu'ils reconsidèrent avec la maladie. Chacun sait que la mort est inéluctable pour tout individu. Cependant, beaucoup d'êtres humains la regardent comme une échéance certes irrémédiable mais en même temps lointaine et abstraite. Certains d'ailleurs refusent tout simplement d'y penser voire de s'y préparer : ils savent qu'ils vont mourir un jour, mais comme le dit Jacques MADAULE, ils n'y croient pas¹³³. La mort, surtout la leur, ne les concerne pas. Or, une personne qui se sait atteinte d'un cancer se trouve automatiquement ramenée à sa situation d'être mortel et vulnérable. Le malade envisage alors sa finitude avec angoisse et se pose de nombreuses questions dont la plupart sont sans réponse et ne font qu'augmenter sa détresse : « Est-ce que je vais mourir ? Quand ? Comment cela va-t-il se passer ? Est-ce que je vais souffrir ?... ». Si la mort le frappe, il perçoit aussi qu'il ne verra plus ses proches et sera séparé de ceux qu'il aime. Selon Vladimir JANKELEVITCH¹³⁴, la mort génère énormément d'angoisse car elle n'est pas accessible à la représentation. En effet, elle ne peut s'appuyer sur aucun repère existant. Pour tout homme, elle est « le passage à l'absence de forme »¹³⁵, et se présente donc comme une étape unique et radicalement différente de toute autre expérience vécue auparavant, en ce sens où une personne qui meurt cesse d'être, et ce de façon absolument irrémédiable. Cette « cessation d'être » impossible à se représenter peut angoisser particulièrement un malade

¹³² JANKELEVITCH, Vladimir, *La musique et l'Ineffable*, Paris : éd. du SEUIL, 1983, Chapitre II, L' « espressivo » inexpressif, p ; 92.

¹³³ MADAULE, Jacques, *Considérations de la mort*, éd. : Corrèa, cité in JANKELEVITCH, Vladimir, *Penser la mort ?* Paris : Éditions Liana Levi, 1994, L'irrévocable, p ; 29.

¹³⁴ JANKELEVITCH, Vladimir, *Penser la mort ?* Paris : Éditions Liana Levi, 1994, Corps, violence et mort, p ; 105,106.

¹³⁵ Ibid.

cancéreux lorsqu'il pense à l'évolution possible de sa maladie et à son devenir. Il sait qu'un jour il ne sera plus, et qu'ainsi retranché définitivement de la communauté des hommes, il risque de sombrer dans l'oubli.

Force est de constater que la musique, qui par nature s'élabore dans le déroulement du temps, relève de l'éphémère. Une fois retenties les dernières notes d'une œuvre musicale, la musique cesse d'être. Elle peut même s'interrompre à tout instant si un incident indésirable intervient pendant l'exécution ou l'audition d'une pièce musicale, et demeure en ce sens extrêmement fragile. D'autre part, s'il est possible de percevoir les vibrations sonores ou d'entendre les sons produits par l'activité musicale, il est impossible de les voir. Contrairement à la peinture par exemple qui laisse voir ses œuvres, la musique, mis à part les éléments périphériques à sa pratique, ne peut rien montrer d'elle-même : indéfectiblement liée au déroulement imprévisible et insaisissable du temps, elle est invisible¹³⁶.

Or, à l'approche de leur mort, les patients cancéreux éprouvent fréquemment le besoin de laisser à leur entourage un témoignage visible et durable qui atteste leur existence et permet de délivrer un ultime message. La musique qui au contraire relève de l'éphémère et de l'invisible s'avère donc inapte à aider ces malades : elle risque plutôt de souligner leur fragilité et d'exacerber leur crainte de sombrer dans l'oubli.

B. L'organisation temporelle de la musique peut être gênée par le rythme des soins dispensés au malade cancéreux.

L'annonce d'une pathologie cancéreuse fait également entrer les patients dans un véritable parcours du combattant régi par la mise en place du protocole de soins. Il s'agit désormais de tout mettre en œuvre pour combattre sans tarder la gravité de la maladie. Désormais, les soins vont rythmer la vie entière des malades de manière tout à fait prioritaire. Dispensés la plupart du temps à l'hôpital, les traitements sont généralement longs et répétés selon une périodicité préétablie à l'avance mais toujours modifiable en fonction de l'évolution de la pathologie. A titre d'exemple, la périodicité des cures de chimiothérapie* peut être d'une, de deux, voire de trois semaines ou plus selon les patients. Ceux-ci se rendent donc à l'hôpital régulièrement à plus ou moins brève échéance, pour un traitement qui dure plusieurs heures et peut bloquer plus d'une journée en fonction des cures. Cette rythmicité tout à la fois répétitive et entrecoupée dans le temps génère souvent beaucoup de lassitude auprès des malades qui doivent impérativement se plier aux exigences des traitements s'ils veulent se soigner. Pour eux, la fréquentation de l'hôpital reste une contrainte difficile à supporter d'autant plus qu'elle s'installe dans la durée et bloque leur emploi du temps. Elle les amène à s'en aller rapidement une fois les soins terminés.

De leur côté, les malades cancéreux hospitalisés plus longuement pour une chirurgie* ou en raison de complications variées entrent brutalement dans la temporalité spécifique de l'hôpital : dans un rythme dense, soutenu et souvent bruyant s'enchaînent alors les toilettes, traitements divers, visites du médecin, examens médicaux, repas, visites des familles ou des amis, etc. Cette temporalité très resserrée car tendue vers l'optimisation des soins s'interrompt d'ailleurs tout aussi brutalement une fois l'hospitalisation terminée. Elle provoque

¹³⁶ JANKELEVITCH, Vladimir, *Penser la mort ?* Paris : Éditions Liana Levi, 1994, Corps, violence et mort, p ; 135,136.

généralement beaucoup de fatigue et de stress chez les patients et augmente encore la pénibilité de leur pathologie.

A l'opposé, la musique demande une rythmicité adéquate et tout à fait nécessaire. Dépendantes du temps, les activités musicales exigent une pratique régulière dans un environnement calme et propice à la concentration. La musique a besoin d'un temps d'intégration pour s'ancrer dans le corps moteur et dans la mémoire. Ce temps implique une certaine durée incompressible et si possible ininterrompue, qu'il faut renouveler régulièrement sur une périodicité rapprochée de façon à permettre l'évolution progressive du projet musical envisagé.

Dans la pathologie cancéreuse, les rythmes des soins prodigués aux patients vont très souvent empêcher le bon déroulement des activités musicales. Les malades traités par chimiothérapie* qui fréquentent occasionnellement l'hôpital et pour quelques heures seulement, ne pourront s'investir dans une activité régulière et répétée, d'autant qu'ils ont hâte de quitter les lieux une fois leur traitement terminé. De plus, le temps du soin, prioritaire en ambulatoire*, empiète sur le déroulement de ces activités puisqu'elles ont lieu au même moment et sont par ailleurs souvent interrompues par les vérifications nécessaires à la bonne marche du traitement. A priori, les patients cancéreux hospitalisés plus longuement peuvent pratiquer la musique de manière plus régulière, sous forme journalière par exemple. Mais il est clair que le rythme soutenu et bruyant de l'hôpital, avec ses interruptions fréquentes et inévitables, qu'elles soient le fait des soignants ou des visites des familles par exemple, va obligatoirement nuire à la sérénité et au temps d'intégration que demande la musique. Dans tous les cas, le rythme des soins gênera l'organisation temporelle des activités musicales.

C. L'inscription de l'activité musicale dans le temps peut être empêchée par le rythme de la maladie cancéreuse.

Au rythme des soins s'ajoute aussi le rythme et le temps propres à la maladie elle-même. S'il est vrai que la survie des malades s'améliore au vu des derniers rapports¹³⁷, puisque le taux de survie relative à 5 ans est estimé à 53 % tous cancers confondus, les médecins préfèrent parler de rémission complète plutôt que de guérison¹³⁸, sachant qu'une récurrence (reprise de la maladie) même tardive peut toujours survenir. Sur la durée en effet, le cancer effectue son travail de sape, et même si les traitements retardent l'issue fatale, environ la moitié des malades décèdent en moyenne à plus ou moins brève échéance. Ainsi le temps de la maladie impose son rythme ou plus exactement son arhythmie, sous la forme d'aggravations brutales, d'accalmies provisoires, d'urgences soudaines, ou au contraire de dégradations lentes et inexorables. La conjugaison de ces deux facteurs temporels - durée et arhythmie - entraînent une grande fatigue chez les patients qui à terme sont épuisés.

De son côté, la musique qui s'élabore dans le temps demande une présence totale et investie de la part de ceux qui la pratiquent : au moment de l'activité il faut « être là », tant

¹³⁷ Disponible sur le site web : <http://www.hopital.fr/Hopitaux/Actualites/Actualites-medicales/Cancer-le-taux-de-survie-des-malades-progresse> consulté en septembre 2013.

¹³⁸ Site web : <http://www.e-cancer.fr/cancerinfo/se-faire-soigner/suivi/remission>, Cancer INFO, consulté en septembre 2013.

corporellement que psychiquement. A chaque fois en effet, les efforts d'attention et de concentration sont indispensables pour bénéficier du plaisir esthétique attendu. Pour mener à bien un projet il faut aussi pouvoir anticiper et prévoir des temps musicaux réguliers et répétés dans le futur.

Or, la maladie cancéreuse entrave souvent la bonne marche des activités musicales qui peuvent être écourtées ou purement annulées alors même qu'elles avaient été prévues, si la fatigue par exemple ou l'aggravation de l'état général deviennent trop importants chez les patients et empêchent tout effort physique ou intellectuel. Lorsque les malades sont trop affaiblis, l'attention et la concentration sont impossibles. Dans ces conditions il est donc très difficile d'élaborer un projet dans sa totalité. Trop souvent contrecarrée par le rythme propre du cancer, la musique n'est donc pas opportune dans ce type de pathologie.

Conclusion

Nécessaire à l'être humain, la qualité de vie doit compléter la bonne santé pour permettre à l'individu de développer harmonieusement sa personnalité. Dès lors, la maladie grave, en entravant sa capacité à se déterminer comme sujet, peut constituer un frein conséquent à son plein épanouissement et à son bonheur.

Dans un premier temps, ce mémoire a tenté de montrer comment la maladie cancéreuse, au-delà des symptômes qui la caractérisent, engendre aussi une souffrance globale susceptible de diminuer significativement la qualité de vie des malades en portant lourdement atteinte à leur autonomie. Prenant appui sur le pouvoir de l'Art, une hypothèse a été postulée, fondée sur la capacité de la musique à stimuler la qualité existentielle de l'être humain, et étayée par la présentation d'un stage d'art-thérapie à dominante musicale réalisé auprès des patients cancéreux du Centre hospitalier de Neufchâteau. Illustrée par deux études de cas, l'expérience relatée ici a voulu rendre compte de la diversité des situations rencontrées en citant respectivement le cas d'une patiente suivie en ambulatoire pour son traitement de chimiothérapie, et celui d'une autre patiente hospitalisée à plusieurs reprises jusqu'à son décès. Si l'art-thérapie a effectivement produit un impact positif sur la qualité de vie des deux patientes concernées, il est clair que celui-ci a été plus important pour la patiente hospitalisée qui a pu bénéficier de prises en soin régulières et quotidiennes. L'ensemble du stage a d'ailleurs confirmé cette tendance quelles que soient les phases de la maladie, y compris la phase terminale.

Ce faisant, le temps est apparu comme un élément déterminant à prendre en compte et à interroger, puisqu'il est impliqué à la fois dans l'activité musicale, dans l'organisation des soins au sein de l'hôpital et dans le rythme de la pathologie cancéreuse elle-même. Dans son rapport au temps, la musique peut tout aussi bien aider les patients à mieux gérer le temps de la maladie qu'aggraver leurs difficultés en la matière. Si l'activité musicale s'inscrit si fondamentalement dans le temps, elle relève comme lui de l'éphémère et de l'invisible. En convoquant directement l'intériorité, elle peut permettre aux malades de se reconnecter à leur personnalité profonde, alors même que leurs capacités d'expression sont amoindries ou déformées par la pathologie, et donc difficilement perceptibles. C'est là le paradoxe de l'art-thérapie à dominante musicale qui doit s'appuyer sur les observations réalisées pour prendre la mesure de l'évolution constatée dans les prises en soin, au regard des objectifs thérapeutiques établis au départ. En effet, si rien ou presque n'est perceptible à l'extérieur, comment apprécier à leur juste valeur les effets générés par l'activité, lorsque ceux-ci restent imperceptibles et touchent essentiellement l'intériorité ? A ce titre, la réaction d'une patiente qui a priori ne manifestait aucune réaction particulière à l'écoute d'un chant, et qui s'exprimait ensuite par ces mots : « Je chante sans chanter », est significative à la fois des possibilités d'intériorisation active induite par l'activité musicale, et en même temps de la difficulté pour l'observateur à mesurer avec acuité ce chant intérieur s'il n'est pas exprimé d'une manière ou d'une autre par l'intéressée, comme c'est le cas dans cet exemple.

En s'attachant à la personne dans toute sa globalité, l'art-thérapie à dominante musicale touche aussi au mystère de l'être humain : dès lors, il reste sans aucun doute beaucoup à chercher et à affiner dans ce domaine.

Index des graphiques

Graphique 1 : Prise en soin de Mme F. - état émotionnel F.I.....	p.33
Graphique 2 : Prise en soin de Mme F. - intérêt pour l'activité F.I.....	p.33
Graphique 3 : Prise en soin de Mme F. - corps moteur F.I	p.34
Graphique 4 : Prise en soin de Mme F. - phénomène artistique F.I	p.35
Graphique 5 : Prise en soin de Mme F. - capacités artistiques F.I	p.35
Graphique 6 : Prise en soin de Mme F. - capacités esthétiques F.I	p.35
Graphique 7 : Prise en soin de Mme F. - implication relationnelle F.I	p.36
Graphique 8 : Prise en soin de Mme F. - capacités psychiques F.I	p.37
Graphique 1 : Prise en soin de Mme V. - état émotionnel F.I	p.44
Graphique 2 : Prise en soin de Mme V. - intérêt pour l'activité F.I	p.44
Graphique 3 : Prise en soin de Mme V. - capacités corporelles 1 F.I	p.45
Graphique 4 : Prise en soin de Mme V. - capacités corporelles 2 F.I	p.46
Graphique 5 : Prise en soin de Mme V. - phénomène artistique F.I	p.46
Graphique 6 : Prise en soin de Mme V. - capacités esthétiques F.I	p.47
Graphique 7 : Prise en soin de Mme V. - dynamique relationnelle 1 F.I	p.47
Graphique 8 : Prise en soin de Mme V. - dynamique relationnelle 2 F.I... ..	p.48
Graphique 9 : Prise en soin de Mme V. - capacités psychiques F.I	p.49

Références bibliographiques

BAERTSCHI, Bernard, *Enquête philosophique sur la dignité, Anthropologie et éthique des biotechnologies*, éd. LABOR ET FIDES.

BARBIER, Geneviève, FARRACHI, Armand, *La société cancérigène*, Paris : éd. Points, 2007.

DELIEGE, Irène, VITOUCH, Olivier et LADINIG, Olivia, *Musique et Évolution*, Wavre : éd. MARDAGA, 2010.

ESPIE, Marc. *Le suivi du patient cancéreux*, collection Dialogue Ville-hôpital, édition John Libbey EUROTEXT.

FORESTIER, Richard, *Regard sur l'Art*, SeeYouSoon.

FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur l'art occidental*, Paris : éditions Favre, 2004.

FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur l'art-thérapie*, Paris : éditions FAVRE, Supplément à la 5^e édition.

FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur la musicothérapie*, Paris : éditions Favre, 2011.

FROUCHT-HIRSCH, Sylvie, *Le temps d'un cancer, Chronique d'un médecin malade*, Paris : Collection Espace éthique, Éditions Vuibert, 2005.

JANKELEVITCH, Vladimir, *La musique et l'Ineffable*, Paris : éd. du SEUIL, 1983.

JANKELEVITCH, Vladimir, *Penser la mort ?* Paris : Éditions Liana Levi, 1994.

LANZAROTTI, Claudine, *L'aide psychologique aux patients cancéreux. Les sentiments de clivage entre la tête et le corps*. In ESPIE, Marc. *Le suivi du patient cancéreux*, collection Dialogue Ville-hôpital, édition John Libbey EUROTEXT.

LEBLANC, Guillaume, *La vie psychique de la maladie*, Revue *Esprit*, Janvier 2006. In PIERRON, Jean-Philippe, *Vulnérabilité Pour une philosophie du soin*, PUF.

PEPIN, Charles, *Quand la beauté nous sauve*, Paris : Éditions Robert Laffont, 2013.

PIERRON, Jean-Philippe, *Vulnérabilité Pour une philosophie du soin*, éd. PUF.

RONCHIN, Philippe – CHELLE, Christophe, *CANCEROLOGIE GENERALE*, Paris : éd. Vernazobres – Grego, 2004.

ROUILLON, Frédéric, *Vulnérabilité et Troubles de l'adaptation*, ELSEVIER MASSON.

RUSZNIEWSKI, Martine, *Face à la maladie grave*, éd. DUNOD.

SACHS, Olivier, *Musicophilia, La musique, le cerveau et nous*, Paris : Éditions du Seuil, 2009.

SCOTTE, F., COLONNA, P., M ANDRIEU, J.M, *CANCEROLOGIE*, Lonrai : éd. ellipses, 2002.

VAN GANSEN, Paulette, ALEXANDRE, Henri, *Biologie générale*, Paris : Éditions MASSON, 1983, 1997.

Revue et brochures :

COLLECTION Guides d'information cancer INFO, *Comprendre la chimiothérapie*, 2008 : éditions Institut National du Cancer.

GRUNFELD, Jean-Pierre, *Recommandations pour le Plan cancer 2009-2013 : pour un nouvel élan, Réduire les inégalités : un des objectifs principaux du Plan cancer 2009-2013*, Revue trimestrielle adsp n° 73, parue en décembre 2010.

Guide SOR SAVOIR PATIENT *Vivre pendant et après un cancer*, Paris : FNCLCC 2007.

Philosophie MAGAZINE, hors-série n° 19, juillet-août 2013.

Repère métier, Publication AFRATAPEM, Janvier 2012-5° édition.

Dictionnaires :

Dictionnaire FRANÇAIS LATIN, éd. HATIER.

Dictionnaire illustré des termes de médecine, GARNIER DELAMARE, Paris : éd. MALOINE, 2009.

Dictionnaire Le Petit Larousse illustré, Paris : éditions Larousse, 2006.

Sites web consultés :

Site web : <http://www.hopital.fr/Hopitaux/Nos-missions> consulté en août 2013

Site web : http://etablissements.hopital.fr/annuaire_hopital.php?id=6148 consulté en février 2013.

Site internet www.plan-cancer.gouv.fr, *Plan cancer 2003-2007*, consulté en mars 2013.

Site internet www.invs.santé.fr *InVS : Estimation de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1980 à 2005, Synthèse des résultats*.

Site web : <http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/qualite-de-vie-selon-l-oms/>, consulté en septembre 2013.

Site web : <http://www.oncolor.org/le-reseau/presentation-doncolor/> consulté en août 2013.

Site web : http://www.who.int/topics/mental_health/fr/, consulté en mars 2013.

Site web www.unicancer.fr Source Institut national du Cancer : © *La situation du Cancer en France en 2011, Collection rapports et synthèses*, p ; 17, consulté en mars 2013.

Bibliographie complémentaire :

BACQUE, Marie Frédérique, *Deuil et Santé*, Paris : éd. ODILE JACOB, 1997.

La mort à vivre, Approche du silence et de la souffrance, Paris : éd. Autrement, série MUTATIONS – N° 87, Février 1987.

MARIN, Claire, ZACCAÏ-REYNERS, Nathalie, *Souffrance et douleur, Autour de Paul RICOEUR*, Paris : éd. puf, 2013.

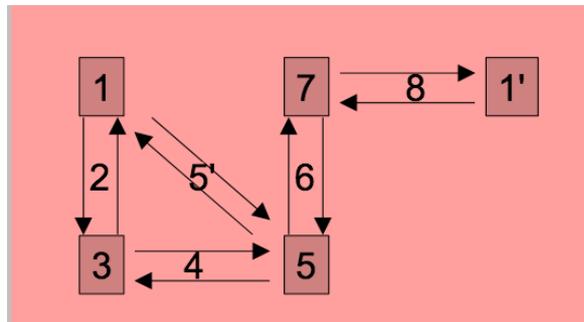
ROBERT, Ladislav, *Les temps de la vie*. Paris : Éditions FLAMMARION, 2002.

ANNEXES

Table des annexes

Annexe 1 : L'opération artistique.....	p. I
Annexe 2 : Modèle de fiche d'observation.....	p. II

Annexe 1 : l'opération artistique



L'opération artistique¹³⁹ est constituée d'une organisation d'éléments appelés phases, qui sont de nature à orienter l'expression humaine vers l'Art :

- 1- L'œuvre d'Art existante (avant)
- 2- Rayonnement et captation de l'œuvre (expérimentation)
- 3- Traitement brut ou archaïque de l'information
- 4- Traitement sophistiqué de l'information (l'activité mentale s'impose)
- 5- Poussée corporelle ou poussée motrice (orientation de l'expression)
- 5' - Le contemplateur
- 6- Le savoir faire technique (activité artistique active)
- 7- La production artistique (l'œuvre faite- Pendant)
- 8- Le traitement mondain de l'œuvre (après)
- 1' - L'œuvre devient culture artistique

¹³⁹ Pour de plus amples précisions, voir FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur l'art-thérapie*, Paris : éditions FAVRE, Supplément à la 5^e édition, p ; 172-185.

Annexe 2 : modèle de fiche d'observation

Nom et prénom du patient :

Date de naissance :

Séance n°

Entrée dans le service le :

Date de la séance :

Horaire de la séance :

Lieu :

Durée de la séance :

Type de séance :

Rappel de la pathologie :

Indication de l'équipe soignante :

Objectif général art-thérapeutique :

Objectif(s) intermédiaire(s) :

Technique dominante :

Phénomène associé :

Méthode envisagée :

Séquençage de la séance :

1)

2)

3)

...

Résumé du déroulement de la séance : -----

Items théoriques : -----

PHENOMENE ARTISTIQUE : **IMPRESSION 1) qualité d'écoute** : inexistante- faible-juste correcte- bonne- très bonne / **2) réaction corporelle visible** : aucune- très faible-apparente-marquée-très importante // **INTENTION 1) exprimée** : oui-non **2) qualité de cette expression** : indifférente-très hésitante-timide-affirmée- très affirmée // **ACTION 1) réalisation artistique** : aucune-à peine ébauchée-partielle-élaborée-totalement aboutie **2) type de réalisation** : mimesis-heuristique // **PRODUCTION 1) Rapport fond/forme** : Fond prédominant-forme prédominante-fond et forme équilibrés

CAPACITES ESTHETIQUES : **GOÛT 1) affirme ses goûts** : jamais-rarement-parfois-souvent-très souvent / **STYLE 1) recherche une orientation esthétique personnelle dans sa réalisation** : oui-non / **ENGAGEMENT 1) s'engage dans l'activité** : non jamais-très faiblement-oui avec réserve-oui de façon marquée-oui avec enthousiasme

DYNAMIQUE ART I/ART II : ART I-vers ART II-ART II

CAPACITES RELATIONNELLES : **COMMUNICATION 1) type** : verbal prédominant-non verbal prédominant **2) communication verbale (quantité)** : inexistante-rare-occasionnelle-fréquente-très fréquente **3) communication verbale (qualité)** : incohérente-propos anodins-propos en rapport avec l'activité-évoque sa situation personnelle-se confie **4) communication non verbale (sourires)** : aucun sourire-quelques sourires-sourires occasionnels-sourires fréquents- très nombreux sourires **5) communication dans l'activité artistique (pratique artistique en alternance avec l'art-thérapeute)** : oui-non / **RELATION 1) mode relationnel** : fermé-hostile-poli-agréable-chaleureux **2) caractéristique de la relation** : fusionnelle-empathique-sympathique **3) relation dans l'activité musicale** : pratique l'activité artistique seule-pratique l'activité artistique avec l'art-thérapeute.

Auto évaluation : oui /non

Nouvel item à prendre en compte :

Prochaine séance envisagée :

**UNIVERSITE FRANÇOIS RABELAIS
UFR DE MEDECINE-TOURS**

&

AFRATAPEM

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

Soutenu le : **9/12/2013**

Par : **MANNONI Nelly**

Titre : **Une expérience d'art-thérapie à dominante musicale auprès de patients cancéreux hospitalisés**

Résumé : Ce mémoire présente la pathologie cancéreuse ainsi que ses conséquences néfastes sur la qualité de vie des malades. Il précise comment la pratique artistique et notamment la pratique musicale peut améliorer cette qualité de vie lorsqu'elle est utilisée dans un cadre thérapeutique, en s'appuyant sur une expérience d'art-thérapie à dominante musicale auprès de patients cancéreux hospitalisés. A partir de cette expérience et d'un ensemble de connaissances, une discussion s'instaure et clôt ce mémoire en interrogeant dans quelle mesure les rapports respectifs de la musique et de la maladie avec le temps peuvent déterminer l'orientation thérapeutique de la pratique professionnelle en art-thérapie auprès des personnes qui souffrent d'un cancer.

Mots Clefs : art-thérapie, cancer, musique, qualité de vie, temps

Abstract : This paper presents the pathology of cancer as well as its harmful consequences on the quality of life of the patients. It explains how the practice of arts - and particularly the practice of music - can improve this quality of life when it is used within a therapeutic framework. It is based on an experiment of art-therapy - with a focus on music - with hospitalized cancer patients. From this experiment and personal knowledge, a discussion is established and closes this paper by wondering to which extent the respective relations of music and disease with time can determine the therapeutic orientation of professional practice in art-therapy for people who suffer from cancer.

Key words : art-therapy, cancer, music, quality of life, time